ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

БЮЛЛЕТЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ

Bulletin of Medical Internet Conferences

2019 Том 9 Выпуск 11
2019 Volume 9 Issue 11

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2019. Том 9. Выпуск 11 (Ноябрь)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор
В.М. Попков, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора
А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.С. Федонников, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь
Ю.В. Попова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет
В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Ю.В. Черненков, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционная коллегия
Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Г.А. Афанасьева, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
О.М. Посненкова, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
И.Е. Рогожина, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)
Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов)
В.А. Шварц, канд. мед. наук (Россия, Москва)

Руководитель Интернет-проекта
И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Технический редактор
А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

Адрес редакции:
410004, г. Саратов, а/я 4440.
E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов осуществляется на сайте www.medconfer.com.
Материалы публикуются в авторской редакции.
Сведения обо всех авторах находятся в редакции.
© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2019

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2019. Volume 9. Issue 11 (November)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov, Russia)

Editor-in-Chief
V.M. Popkov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor
A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.S. Fedonnikov, PhD, MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary
Yu.V. Popova, PhD, MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee
V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Editorial Board
E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
G.A. Afanasyeva, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),
O.M. Posnenkova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
S.N. Potakhin, PhD, MD (Saratov, Russia)
I.E. Rogojina, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia)
V.A. Schvartz, PhD, MD (Moscow, Russia)

Head of the Internet Project
I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Technical Editor
A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

VIII Всероссийская неделя науки с международным участием «Week of Russian science - 2019» (WeRuS-2019) посвященная 110-летию СГМУ им. В.И. Разумовского (материалы: часть 5)

80-я студенческая межрегиональная научно-практическая конференция «Молодые ученые — здравоохранению»

Организаторы:

- ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
- Общество молодых учёных и студентов Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского,
- Научно-образовательный кластер «Нижневолжский»,
- Проект «Медицинские конференции On-line»

Дата проведения очной сессии: 2-5 апреля 2019 года
Подробная информация о мероприятии на сайте: https://medconfer.com/Rusmedsci-2019-about

Дерматовенерология и косметология 501
Чипиго А.И. Особенности локус контроля у больных псориазом 501
Кикава Д.О., Усманова А.Ф. Болезнь кошачьих царапин (фелиноз) 502
Биканова А.А. Синдром Джанотти-Крости 503
Иванов С.Д. Клинический случай псориатического артрита, ассоциированного с экссудативным псориазом 504
Тимошенко П.С. Недержание пигмента. Описание клинического случая 507
Хрищукова И.А. Инверсное акне. Современные методы лечения 509
Решетникова Т.Н., Манаширова М.А. Изменения на коже при патологии желудочно-кишечного тракта 511
Брюшкова А.А., Шляпников И.В. Нейросифилис. Современные аспекты развития и заболеваемость по данным Саратовского областного кожно-венерологического диспансера 512
Тшвеньего В. Невенерические тропические трепонематозы 513
Лариа А.Б. Меланогенез. Фототипы кожи 514
Белякина Ю.Е., Мурашова Ю.А. Генитальный герпес, его опасность для репродуктивного здоровья населения 515
Сулейманова Р.Р., Иванов М.А. Современные методы лечения атопического дерматита 517

Иностранные языки. Английский язык 518
Petrushin M.A. The harmful effects of chlorine in water 518
Lobanov M.E. New methods of depression treatment 519
Rzaeva E.Sh., Balandina E.V., Rzaeva T.Sh. Application of neurointerface technology in the rehabilitation of patients with movement disorders 520
Rzayeva E.Sh., Rzayeva T.Sh., Balandina E.V. The biological role of the endothelium in normal conditions 521
Amiry E.I., Myleyeva M.N. Frailty as a particular feature of rheumatoid arthritis 524

Иностранные языки. Немецкий язык 526
Белова Е.О., Папина А.Г., Тюмина А.В. Die Problematik der Patientenverfügungen 526

Инфекционные болезни и микробиология 527
Сурхаева С.А. Дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза с фелинозом 527
Максимова И.Д., Смирнова Н.Д. Структура заболеваний, протекающих с синдромом острого тонзиллита в инфекционном стационаре 528
Заяц Н.А., Житенева Е.В., Серова Ю.С., Хитрова М.А. Динамика заболеваемости энтеровирусной инфекцией в Саратовской области 529
Баландина Е.В., Рзаева Т.Ш. Критерии дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы 530
Говоровская Е.А., Маликов Р.А. Современные критерии сепсиса (2016 г.): применение в клинической практике 531
Чудакова Т.К., Лагутина Е.А., Коломытцева Е.А. Клинико-эпидемиологические особенности гриппа у госпитализированных детей г. Саратова в сезон 2017-2018 гг. 532
Курочкин А.С., Селиванова М.В. Эффективность профилактических методов при гриппе и ОРЗ по данным социологического опроса 533
Раджабов Х.М., Амирасланов Д.Р. Основные возбудители ГВЗ в ОРИТ г.Саратова и их характеристика устойчивости к антибиотикам 534
Аристанова Л.С., Булудова М.В., Шувалов С.Д., Ахмедов В.К., Ахмедов И.К., Котранова М.В. Бактериологический мониторинг на примере работы бактериологической лаборатории 535

Бурова О.С., Картавых А.К. Эффективность двойной противовирусной терапии у «наивных» пациентов детского возраста с хроническим гепатитом С 538

Клиническая иммунология и аллергология 539
Щеренко С.П., Огурцова П.С. Оральный аллергический синдром в практике стоматолога 539
Шавкатов М.З., Назаренко В.А. Анализ распространенности лекарственной аллергии у пациентов хирургического стационара 540
Макарова Д.А. Зарождение иммунологии в Средневековье 541
Одеков Д.М., Щеренко С.П. Слизистая оболочка полости рта: барьерная и иммунные функции 542

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

Дерматовенерология и косметология

ID: 2019-11-3881-T-18803 Тезис

Чипиго А.И.

Особенности локус контроля у больных псориазом

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Моррисон А.В.

Актуальность. Психоэмоциональные состояния человека являются значимым фактором, влияющим на развитие и течения хронического дерматоза. Рассматривая проблему псориаза, необходимо особое внимание акцентировать на роль самой личности, её ответственности в области здоровья. Проведенное исследование позволяет более углубленно посмотреть на социально-психологическую сторону заболевания.

Цель работы: изучить в рамках методики «Уровень субъективного контроля» (УСК), внешний и внутренний (интернальный, экстернальный) локус контроль у пациентов с псориазом.

Материал и методы. Проводилось анкетирование, методика «УСК» Дж. Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Галынкиной, А.М. Эткинда, статистическая обработка по U-критерию Манна-Уитни. Выборка составила 30 пациентов, страдающих псориазом из которых 15 мужчин, 15 женщин. Средний возраст мужчин составил 41,4 ±12,7; женщин - 52,4±13,5.

Объект исследования: больные псориазом получающие лечение в клинике кожных и венерических болезней СГМУ им. В.И. Разумовского. *Предмет исследования:* особенности проявления субъективного контроля, как одной из психологических характеристик личности пациентов с псориазом. *Гипотеза.* Внутренний локус контроль характерен для пациентов преимущественно женского пола, вне зависимости от длительности заболевания и возраста.

Результаты. По результатам исследования выявлены более высокие показатели интернальности по всем шкалам методики «УСК» у мужчин. Среднее значение у них составляет 5,93 в отличии от женщин 3,87.

Выводы. Интернальный локус контроль преобладает у пациентов мужского пола страдающих псориазом. Следовательно, мужчины к процессу лечения могут относиться с большей ответственностью и уверенностью, что от их действий и последовательных усилий зависит дальнейшее течение заболевания.

Выявленный экстернальный локус контроль у женщин позволяет предположить, что пациентам женского пола больше свойственно полагаться на везение, удачу и внешние обстоятельства из-за этого возможно попустительское отношение к лечению.

Ключевые слова: локус контроль, псориаз

ID: 2019-11-3881-T-18835 Тезис

Кикава Д.О., Усманова А.Ф.

Болезнь кошачьих царапин (фелиноз)

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнёва В.Н.

Цель работы: показать литературные данные, касающиеся этиологии, клинических проявлений болезни кошачьих царапин.

Болезнь кошачьих царапин – редкое инфекционное заболевание, которое возникает после укуса или царапин кошек. Первое сообщение о данном дерматозе было сделано А. Дебре (1931г.), который описал доброкачественную лимфаденопатию после царапин кошек. Фелиноз распространен повсеместно, встречается преимущественно у детей и подростков, так как они чаще контактируют с животными.

Возбудителем является грамотрицательная бактерия Bartonella henselae или Afipia felis. Резервуаром и источником инфекции служат кошки. После инкубационного периода, продолжающегося 1-3 недели, развивается лимфаденопатия по ходу оттока лимфы и нарушается общее состояние: слабость, повышение температуры, усталость.

Типичная форма при неизмененном иммунном статусе характеризуется появлением «первичного аффекта» на месте повреждения в виде пятнисто-папулезной экзантемы.

У пациентов с иммунодефицитом фелиноз может протекать как конъюнктивит Парило, нейроретинит, бациллярный ангиоматоз, поражение внутренних органов и нервной системы.

Дерматоз нередко разрешается спонтанно, однако в ряде случаев целесообразно использовать антигистаминные препараты, нестероидные противовоспалительные средства для купирования воспалительной реакции, при тяжелых случаях антибиотики широкого спектра действия. Специфической профилактики нет.

Учитывая возможное развитие атипичных форм фелиноза, при дифференциальной диагностике с другими дерматозами необходимо обращать внимание на анамнестические данные о травмах, полученных при контакте с кошками.

Ключевые слова: болезнь, кошки, царапины, фелиноз, лимфаденопатия

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-3881-T-18873 Тезис

Биканова А.А.

Синдром Джанотти-Крости

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнёва В.Н.

Цель работы: познакомить с современными литературными данными относительно синдрома Джанотти-Крости, встречающегося преимущественно в детском возрасте, клиническая картина которого напоминает многие кожные заболевания.

Синдром Джанотти-Крости (папулезный акродерматит) представляет собой доброкачественную реакцию организма в ответ на внедрение возбудителя и характеризуется папулезными высыпаниями, главным образом, на коже конечностей, лица и шеи. Первые описания данного синдрома были сделаны Джанотти Ф. и Крости А. (1953-56 гг.).

Основными возбудителями дерматоза считаются вирус гепатита В, Epstein-Barr virus, Human coxsackievirus A16 и вакцинация.

Заболевание наблюдается у детей, чаще в возрасте от 2 до 6 лет, в весеннее время года. Высыпания островоспалительного характера появляются в течение нескольких дней на лице и акральных участках в виде шелушащихся розоватых или синюшно-красных, не сливающихся между собой, папулезных эффлоресценций, диаметром 2-10 мм, которые сопровождаются лимфаденопатией, острым гепатитом и умеренным симптомом интоксикации.

Гистологически: акантоз, очаговый пара- или гиперкератоз, вакуольная дистрофия эпидермиса, в дерме - периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат и отёк эндотелия капилляров.

Дифференциальный диагноз проводится с красным плоским лишаем, многоформной экссудативной эритемой, чесоткой, токсикодермией, папулезной крапивницей, инфекционным мононуклеозом, болезнью Литтерера-Сива.

Дерматоз может разрешаться спонтанно в течение 3-8 недель. При необходимости назначается симптоматическая терапия.

Вывод. Синдром Джанотти-Крости представляет несомненный интерес, так как, несмотря на редкость заболевания, знание его клинико-морфологических особенностей необходимо для дифференциальной диагностики с другими дерматозами.

Ключевые слова: синдром, Джанотти, Крости, папулезный, акродерматит

ID: 2019-11-3881-A-18888 Клинический случай

Иванов С.Д.

Клинический случай псориатического артрита, ассоциированного с экссудативным псориазом

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнёва В.Н.

Резюме

В работе приведены литературные данные о распространенности и патогенезе псориатического артрита. Представлен клинический случай псориатического артрита, ассоциированного с экссудативным псориазом у больной 21 года.

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит, патогенез, иммунная система, кожа, суставы, экссудативный

Актуальность

Псориаз - системное хроническое заболевание мультифакториальной природы, характеризующееся наряду с воспалительными изменениями в коже, поражением висцеральных органов, суставов и периартикулярных структур. [1,2].

Распространенность псориатического артрита (ПсА) в популяции больных псориазом варьирует от 6,2% до 42%, дебют его отмечается в возрастном периоде 30-50 лет. Клинические проявления ПсА развиваются постепенно, приводя к инвалидизации и оказывая негативное влияние на продолжительность и качество жизни пациентов. [3,4,5].

Этиология этого заболевания неизвестна. Патогенетические механизмы ПсА, так же как псориаза, весьма сложные и до конца не изучены. Ведущая роль отводится иммунологическим нарушениям, в которых задействованы элементы врожденного и адаптивного иммунитета. [6,7,8]. Дендритические клетки являются ключевым звеном в обработке и презентации антигенов Т-лимфоцитам, инициируя образование цитокинов (iL-12, iL-23); участвующих в пролиферации и дифференцировке Th1 и Th17, секретирующие провоспалительные медиаторы iL-17, iL-22 и фактор некроза опухоли α. Согласно результатам, полученными разными исследователями, эти цитокины взаимодействуя с другими индукторами воспаления служат важнейшим звеном в развитии ПсА. [9,10,11], с характерными клиническими проявлениями в виде периферического артрита, энтезита, дактилита и спондилита. К основным, общим для этих вариантов симптомов ПсА относятся боль и отеки в области суставов, по ходу сухожилий, в точках прикрепления энтезисов, а также ограничение подвижности в суставах. [12].

Для периферического артрита наиболее характерны изменения нескольких дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, дактилит и деформации пальцев.

При дактилите воспаление формируется одновременно по ходу сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев, при этом визуализируется плотный отек, багровая окраска пораженной кожи, «сосискообразная деформация» пальцев.

Энтезит представляет собой раннюю стадию ПсА с преимущественной локализацией в энтезисе ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза, при этом возникающая сильная боль затрудняет движения. Любая из перечисленных клинических форм ПсА может сочетаться с поражением позвоночника (спондилитом) и проявляться не только болью в спине, усиливающейся в ночное время, но также скованностью и ограничением подвижности в шейном, грудном или поясничном отделах. [13,14].

Пациенты, страдающие тяжелыми, в прогностическом отношении, воспалительными поражениями суставов имеют повышенный риск развития таких коморбидных состояний как: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, дисфункция эндотелия магистральных сосудов и др. [15].

Цель: описание клинического случая псориатического артрита, ассоциированного с экссудативным псориазом.

Описание клинического случая

Больная К. 21 года госпитализирована 14.01.2019 года в клинику кожных и венерических болезней Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского с диагнозом: псориаз диссеминированный, экссудативный, папулезно-бляшечный, фаза прогрессирования, тяжелая стадия, псориатический полиартрит, ониходистрофия. Внесезонный.

При поступлении предъявляла жалобы на зудящие высыпания на коже волосистой части головы, верхних и нижних конечностях, туловища, отек и болезненность в суставах.

Считает себя больной в течение 3 лет, когда впервые появилась шелушащаяся сыпь розового цвета на коже волосистой части головы и постепенно распространилась на туловище и конечности. Начало заболевания связывает с сильным психоэмоциональным стрессом, сопровождавшимся потерей голоса в течение 3 недель. Обострение дерматоза отмечалось несколько раз в год, независимо от сезона. Лечилась в поликлинике по месту проживания. Получала гепатопротекторы, антигистаминные препараты, витамины группы В, наружные средства – с временным улучшением. Последние полтора года стали беспокоить боли в левом коленном суставе, а затем в суставах обеих кистей и левой стопы. Дважды находилась на лечении в областном кожно-венерологическом диспансере с вышеуказанным диагнозом. Положительная динамика была незначительной. Данный рецидив наблюдается с конца ноября 2018 года. К врачу не обращалась. Самостоятельно использовала средства наружной терапии - картолин и белосалик, без эффекта. Обратилась на консультацию в клинику кожных и венерических болезней Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского, и была госпитализирована в связи с прогрессированием патологического процесса на коже, наличием суставного синдрома и неэффективностью терапии, проводимой на амбулаторном этапе.

Росла и развивалась соответственно возрасту. Контакты с инфекционными больными отрицает. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает. Гемотрансфузии отрицает.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

Рисунок 1. Пациентка 21 года до лечения

Рисунок 2. Больная 21 года до лечения

Поражение носит распространенный характер с преимущественной локализацией на коже конечностей и волосистой части головы. Морфологические элементы представлены единичными нумулярными эпидермо-дермальными папулами, сливающимися в бляшки округлой формы диаметром до 10-12 см. с плотными, серовато-желтыми чешуйко-корками на поверхности и ярко-розовым венчиком по периферии, свободным от шелушения. Индекс PASi 40,4. (рис.1)

Визуальные изменения в виде отека мягких тканей имеются в области межфаланговых суставов кистей и стоп, а также левого коленного и голеностопного. Объем активных и пассивных движений в этих суставах затруднен. (рис.2). На ногтевых пластинках 5-х пальцев обеих кистей имеются точечные вдавления.

При обследовании в общем и биохимическом анализах крови отклонений от физиологических норм не выявлено, за исключением повышения СОЭ до 54мм/ч. Ревматоидный фактор отрицательный. На рентгенографии суставов кистей, стоп, коленных и голеностопных дегенеративно-дистрофических изменений не определяется.

Консультирована врачом гинекологом, терапевтом (неоднократно), физиотерапевтом. Ограничений для лечения основной дерматологической проблемы не выявлено.

Проведена комплексная терапия: цитостатические препараты (методжет 22,5мг в/м 1 раз в неделю, в сочетании с фолиевой кислотой 5мг в неделю – 3 тура), антигистаминные средства (Лоратадин 10 мг внутрь 1 раз в сутки), дезинтоксикационная терапия (раствор Реамберина 400.0 мл в/в капельно через день №5), антибактериальные препараты(р-р цефтриаксона 1,0 внутримышечно 2 раза в сутки 10 дней), гепатопротекторы(гептор 400мг внутрь 2 раза в день 10 дней), фотохимиотерапия (ПУВА) с аммифурином 4 раза в неделю №16, магнитотерапия на область измененных суставов №15, наружно (белосалик 1 раз в сутки).

На фоне проводимого в течение 4 недель лечения у пациентки отмечалась положительная динамика: уменьшение отеков и болезненности пораженных суставов, регрессирование высыпаний на коже, индекс PASi 20,4, понижение СОЭ до 35мм/ч.(рис.3)

Рисунок 3. Больная 21 года после лечения в течение 4 недель

Заключение

Описанный случай ПсА представляет интерес в связи с относительно ранним развитием патологических изменений опорно-двигательного аппарата у пациентки с экссудативным псориазом. Назначение адекватной и своевременной терапии может способствовать не только разрешению эффлоресценций на коже, но также прерыванию прогрессирования воспалительных изменений в суставах, снижению риска возникновения коморбидных состояний и, следовательно, – улучшению качества жизни.

Литература

1. Бакулев А.Л. Селективное внутриклеточное ингибирование сигнальных путей – новое направление системной терапии больных псориазом /А.Л. Бакулев. - Саратов.: Вестник дерматологии и венерологии. - 2016. - (5). –С. 55-62.
2. Кацамбас А.Д. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний/ А.Д. Кацамбас, Т.М. Лотти. – М.: Издательство МЕДпресс-информ. – 2008. –С. 392.
3. Мишина О.С. Заболеваемость псориатическим артритом в Российской Федерации: тенденции на современном этапе и перспективы/ О.С. Мишина, Т.В. Коротаева, В.И. Стародубов, Е.Л. Насонов// Научно-практическая ревматология. - 2015;(53)3. –С. 251-257.
4. Нелюбова О.И. Нозометаморфоз псориаза в Саратовском регионе/ О.И. Нелюбова, С.Р. Утц// Саратовский научно-медицинский журнал. 2016;12(3). –С. 467-475.
5. Знаменская Л.Ф. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации/ Л.Ф. Знаменская, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова, А.А. Минаева// Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. - (5). –С. 20-29.
6. Коротаева Т.В. Алгоритм диагностики псориатического артрита в клинической практике дерматолога/ Т.В. Коротаева, Э.А. Баткаев, М.Н. Чамурлиева. - М.: 2016.
7. Бакулев А.Л. Блокаторы сигнальных путей: механизм действия, эффективность, безопасность терапии у больных псориазом и псориатическим артритом/ А.Л. Бакулев.: Вестник дерматологии и венерологии. - 2017;(5). –С. 89-96.
8. Хайрутдинов В.Р. Иммунный патогенез псориаза/ В.Р. Хайрутдинов, И.Э. Белоусова, А.В. Самцов// Вестник дерматологии и венерологии. – Саратов.: 2016;(4). –С. 20-26.
9. Кубанова А.А. Иммуноморфология и морфогенез очагов поражений кожи при псориазе/ А.А. Кубанова, О.Р. Катунина// Вестник дерматологии и венерологии. 2010;1. –С. 70-80.
10. Ritchlin C.T. Pathogenesis of psoriatic arthritis/ C.T. Ritchlin// Curr. Opin Rheumatol. -2005;(7). –С. 406-412.
11. Свечникова Е.В., Жуфина С.Е. Опыт применения секукинумаба у пациента с распространенным вульгарным псориазом тяжелого течения и псориатическим артритом/ Е.В. Свечникова, С.Е. Жуфина// Клиническая дерматология и венерология. - 2018;17(3). –С. 97-102.
12. Кубанова А.А. Псориатический артрит/ А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Е.Л. Насонов, Е.В. Соколовский, Л.Ф. Знаменская, М.Р. Рахматулина, А.Л. Бакулев, М.М. Хобейш, В.В.Чикин, Т.В. Коротаева, Е.Ю. Логинова, Ю.Л. Корсаков. Клинические рекомендации РОДВК и Ассоциации ревматологов России. М. -2016. –С. 471.
13. Балабанова Р.М. Энтезиты: диагностика и лечение. РМЖ. 2012;(11): 538-540 с.
14. Сидорчик Т.Г. Энтезит и псориатическая онихопатия как предрасполагающие факторы псориатического артрита у пациентов больных псориазом/ Т.Г. Сидорчик, В.А. Линев, М.А. Радзиня, А.Я. Рубинс, С.А. Рубинс// Вестник дерматологии и венерологии. 2018;(1). –С. 38-50.
15. Слесаренко Н.А., Утц С.Р., Штода Ю.М., Платонова А.Н. Эндотелиальная дисфункция при псориазе и сахарном диабете 2-го типа в условиях коморбидности. Саратовский научно-медицинский журнал. 2013;9(3). –С. 590-595.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-3881-A-18891 Краткое сообщение

Тимошенко П.С.

Недержание пигмента. Описание клинического случая

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: д.м.н. Слесаренко Н.А.

Резюме

Недержание пигмента представляет несомненный интерес, так как является редким генетическим заболеванием, и знание его клинических особенностей необходимо для дифференциальной диагностики с другими дерматозами. Для данной патологии характерна комбинация кожных и внекожных аномалий. Приводится описание клинического случая синдрома Блоха-Сульцбергера у ребёнка в возрасте 1 месяца.

Ключевые слова: недержание пигмента, синдром Блоха-Сульцбергера

Среди наследственных заболеваний в детском возрасте значимое место занимают состояния, сопровождающиеся поражением кожи, на которые можно сразу обратить внимание даже у новорождённых. С этих позиций особый интерес вызывает заболевание «Недержание пигмента».

Недержание пигмента, или синдром Блоха-Сульцбергера в настоящее время представляет собой редкое генетическое заболевание, характеризующееся дисплазией наружного и среднего зародышевого листка, а также неспособностью базальных клеток эпидермиса удерживать меланин, в результате чего пигмент скапливается в меланофорах дермы и в межклеточном пространстве.

Первое описание данного синдрома было сделано английским врачом Garrod A. в 1906 г., а швейцарский дерматолог Bloch B. и американский педиатр Sulzberger M. более подробно описали и проанализировали клинические наблюдения (1926-27гг.).

Популяционная частота встречаемости заболевания 1 : 90000 новорождённых, среди которых более 90% детей являются лицами женского пола.

Данное заболевание является мозаичным, так как в организме присутствуют генетически различимые ткани из одной зиготы. Выявлены два локуса для недержания пигмента: Xq11 с аутосомной транслокацией и с Х-сцепленными доминантными мутациями в гене NEMO.

Для данного дерматоза характерна комбинация кожных и внекожных аномалий. Для кожных проявлений характерна стадийность течения:

I стадия – воспалительная (везикуло-буллезная), возникает при рождении или в первые дни жизни ребёнка и длится до 2 месяцев. На эритематозно-отечном кожном покрове появляются пузыри и пузырьки с плотной покрышкой и прозрачным содержимым, локализирующиеся линейно, чаще на сгибательных поверхностях конечностей, нередко на туловище, на лице и коже волосистой части головы, образующие очаги по линиям Блашко.Увеличение количества элементов сыпи растёт по мере возникновения повторных вспышек, которые длятся от нескольких дней до 3-5 недель. На месте вскрывшихся элементов образуются эрозии с серозными корками. Высыпания появляются приступообразно. Слизистые оболочки не поражаются. Общее состояние ребенка не страдает. На этой стадии заболевания может обнаруживаться выраженная эозинофилия (до 40-50%) в периферической крови.

II стадия – гипертрофическая (папуловеррукозная), развивается спустя 2-3 месяца. Проявляется в виде чечевицеобразных ороговевающих папул, которые локализуются линейно и дугообразно (по линиям Блашко) в области бывших элементов первой стадии, или беспорядочно, имея схожее строение с бородавчатым невусом желто-бурого цвета. На ладонях и подошвах возможен диффузный гиперкератоз. Подобные изменения кожи сохраняются в течение нескольких месяцев.

III стадия – пигментная, возникает в возрасте 5–6 мес. Бородавчатые очаги разрешаются с образованием гиперпигментированных пятен серо-коричневого цвета со светлыми краями. Рисунок кожных аномалий может иметь самые необыкновенные очертания: на конечностях высыпания похожи на «брызги грязи», на туловище – на «спирали», «кольца» или «мраморный кекс». Чаще всего пигментация начинает исчезать в возрасте 5-6 лет, но может сохраняться и у взрослых (до 10-30 лет).

IV стадия – атрофическая, развивается не у всех пациентов и проявляется через 20-30 лет жизни. Характеризуется сменой участков пигментации на депигментации, умеренно выраженной атрофией кожи, очаговым склерозом.

В настоящее время выделяют 2 формы синдрома Блоха-Сульцбергера:

I форма - стадийная (описана выше);

II форма - воспалительная стадия отсутствует: у ребёнка в 2-3-х летнем возрасте появляются бородавчатые разрастания по линиям Блашко, часто принимаемые за невусы. Они существуют долго, до пубертатного периода и даже дольше.

Внекожные изменения встречаются почти у 50% больных и чаще всего проявляются аномалиями со стороны зубов (65%), органов зрения (35%), ЦНС (16%), а также сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и мочевыделительной системы.

Дифференциальная диагностика зависит от стадии заболевания. При I стадии исключают буллёзные дерматозы: простой пузырьковый лишай новорождённых, стафилококковую (эпидемическую) и сифилитическую пузырчатки, буллезный эпидермолиз. При II и III стадиях дифференцируют с невусами, дискератозом Дарье, вульгарными бородавками, доброкачественной пузырчаткой Хейли-Хейли.

Прогноз при «Недержании пигмента» зависит от стадии и вовлечения в процесс различных органов и систем.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2019

Лечение больных симптоматическое. В период воспалительных явлений для профилактики присоединения инфекции используется наружная терапия водными анилиновыми красителями, антисептическими растворами и присыпками. При генерализации процесса возможно назначение дезинтоксикационных средств, системных антибиотиков, глюкокортикостероидов. В стадии веррукозных разрастаний рекомендованы кератолитические препараты, наружные или системные ароматические ретиноиды.

Цель работы: описать клинический случай редкой патологии «Недержание пигмента».

Описание клинического случая

Больная М. в возрасте 1 месяца поступила в детскую инфекционную больницу с диагнозом «Инфекция неясной этиологии». Из анамнеза известно, что ребёнок от 2-ой беременности, первая беременность закончилась выкидышем плода мужского пола. В I триместре мать отмечала у себя на бедре сыпь наподобие герпетической, лечение не проводилось. Роды срочные, естественным путём. Масса ребёнка при рождении 3400 г., рост - 52 см, состояние расценивалось как удовлетворительное. Через несколько часов кожа приобрела ярко розовый цвет, на верхних и нижних конечностях появились сгруппированные пузырьки и пузыри диаметром от 0,5 до 2 см с серозным содержимым. По данному поводу была переведена в отделении патологии новорожденных с диагнозом «Внутриутробная инфекция?». Далее с диагнозом «Инфекция неясной этиологии» была направлена в детскую инфекционную больницу для уточнения диагноза и лечения.

Объективно: поражение кожи имеет распространенный характер. На коже нижних и верхних конечностей на ярко-эритематозном фоне отмечаются множественные линейно расположенные, по линиям Блашко, везикуло-буллёзные высыпания размером от 0,3 до 1,5 см с гладкой напряженной покрышкой, с серозным содержимым. Уплотнения в основании пузырей не определяются. На коже бедра правой нижней конечности и подколенной ямки левой нижней конечности высыпания образуют бляшки, покрытые серозно-геморрагическими корками.

Инфекционный характер заболевания был отвергнут в первые дни пребывания в инфекционной больнице. Дифференциальный диагноз проводился с буллёзным эпидермолизом и линеарным IgA- зависимым дерматозом у детей.

Ребёнок получал антибактериальную терапию с целью профилактики присоединения бактериальной инфекции. Наружно назначались антисептические растворы и анилиновые красители.

На фоне проводимого лечения отмечено значительное улучшение: эритема угасла, экссудативные элементы подсохли, корки отторглись.

Было рекомендовано продолжить обследование: консультация невролога, офтальмолога, кардиолога, дерматолога и педиатра.

Вывод

Таким образом, новорожденные с везикуло-буллёзными высыпаниями, наблюдаемые неонатологами, требуют тщательного обследования и определения дальнейшей тактики ведения.

Литература

1. Воинова В.М. Российский вестник перинатологии и педиатрии. Синдром Блоха-Сульцбергера у детей/ В.М. Воинова, П.В. Новиков, Л.З. Казанцева. – Москва, 1999.- 25-28с.
2. Слесаренко Н.А. Саратовский научно-медицинский журнал. Недержание пигмента (синдром Блоха - Сульцбергера)/ Слесаренко Н.А. [и д.р.] – Саратов, 2015.- 457–462с.
3. Прошутинская Д.В. Вестник дерматологии и венерологии. Невоидная гипопигментация как проявление мозаицизма кожи/ Д.В. Прошутинская, Л.В. Текучева. - Москва, 2015.- 86-90с.
4. Вислобоков А.В. Российский журнал кожных и венерических болезней. Меланобластоз Блоха–Сульцбергера/ Вислобоков А.В. [и д.р.] – Москва, 2015.- 26-29с.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-3881-A-18899 Краткое сообщение

Хрищукова И.А.

Инверсное акне. Современные методы лечения

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Моррисон А.В.

Резюме

Инверсное акне является одной из наиболее актуальных проблем в практике врачей дерматовенерологов и косметологов. Разнообразие этиологических факторов, рост распространенности данного заболевания среди пациентов молодого возраста ставят перед врачами задачу своевременной диагностики, назначение адекватной терапии и профилактики осложнений. В работе подробно изучены этиология, роль предрасполагающих факторов риска, патогенез, клиника инверсного акне, а также современные методы лечения.

Ключевые слова: инверсное, апокриновые, фолликулярная окклюзия, ретиноиды

Цель работы: указать этиологию, патогенетические механизмы, клинику и современные методы лечения тяжело протекающих форм акне.

В настоящее время акне все чаще встречается в работе врача дерматовенеролога и косметолога, и представляют актуальную проблему.

Инверсное акне (ИА) (hidradenitis suppurativa) – это тяжелое хроническое иммуноопосредованное заболевание кожи, поражающее апокриновые потовые железы, сопровождающееся вторичным воспалением и негативно сказывающееся на качестве жизни больного.

Акне является одним из самых распространенных дерматозов в мире. Чаще страдают люди в возрасте от 12 до 24 лет 85%, реже от 25 до 34 лет 8%, крайне редко от 35 до 45 лет 3%. У подростков встречаемость акне среди мальчиков и девочек практически одинаковая, в то время как в дальнейшем женщины болеют чаще, чем мужчины.

В классификации акне выделяют такие формы как: камедональные, папуло-пустулезные и узловатые, а также степени тяжести: легкую, среднюю и тяжелую.

Современная классификация инверсионного акне включает 3 стадии по Hurley:

I стадия - Формирование одиночного или множественных абсцессов без свищей и рубцов;

II стадия - Рецидивирующие абсцессы с формированием свищей и рубцов, одиночные или множественные поражения на расстоянии друг от друга;

III стадия - Диффузное или близкое к диффузному распространение воспаления или множественные сообщающиеся свищевые ходы и абсцессы.

Говоря о причинах развития ИА, можно выделить генетическую предрасположенность и формирование аберрантного иммунитета. Группы генов, отвечающих за развитие акне: ген рецепторов андрогенов (AR), ген CYP17. На основании генетического анализа было доказано, что заболевание имеет наследственный характер, передаваясь по аутосомно-доминантному типу и мутации в генах, вследствие чего создается белок, известный как γ-секретаза. Также в развитии заболевания имеют значение факторы внешней среды: ультрафиолетовое излучение, различные косметические средства, травматизация и стрессовый фактор. Нельзя не сказать о влиянии вредных привычек (курение, алкоголизм) и несоблюдение рационального питания, которые играют немаловажную роль в возникновении заболевания.

В патогенезе развития ИА решающее значение отводится окклюзии фолликулов при инфундибулярном гиперкератозе. Фолликулярная окклюзия – провоцирующий фактор развития вторичной инфекции. Провоспалительный цитокин фактор некроза опухоли I (ФНО-I) играет ключевую роль в развитии хронического воспалительного процесса: поврежденные клетки сальной железы инициируют формирование абсцесса. ФНО-I и другие провоспалительные цитокины провоцируют изменения, вызывающие образование и пролиферацию эпителизированных свищевых ходов, образование «биопленки» из бактерий, находящихся в поврежденных клетках и свищевых ходах, обеспечивают хронизацию воспаления и риск распространения воспаления и развития обострений заболевания. Таким образом, апокриновые потовые железы вовлекаются в процесс вторично.

Заболевание начинается с возникновения болезненных бугристых инфильтратов, которые открываются на поверхность кожи фистулезными ходами. Содержание воспалительных очагов гнойное или геморрагически-гнойное. Формируются свищи с последующим образованием втянутых рубцов.

Дифференциальную диагностику проводят со стафилококковыми инфекциями, простым абсцессом, венерической лимфогранулемой, болезнью Крона, актиномикозом, скрофулодермой.

Лечение ИА зависит от степени тяжести и течения патологического процесса. Оно заключается в нацеливании на формирование «биопленки». На данный момент не существует единой универсальной схемы терапии для каждого больного. При легком течении, без глубоких воспалительных поражений, пациенты могут лечиться амбулаторно. В таких случаях назначаются антибактериальные препараты чаще из группы линкозамидов и тетрациклинов, применение тёплых компрессов, тщательное соблюдение правил гигиены и ношение свободной одежды. Как правило, важным моментом в терапии является отказ от вредных привычек и нормализация массы тела.

С умеренной и тяжелой степенью тяжести или стадией Hurley II назначают системные ретиноиды (изотретиноин) с предшествующим назначением антибиотиков широкого спектра действия коротким курсом, противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды, ингибиторы альфа-фактора некроза опухолей (при необходимости). Если состояние пациента не

улучшается, то рекомендуется применение нового препарата адалимумаба (торговое название «Хумира»), как вариант лечения первой линии у пациентов с умеренно-тяжелым течением. Дозировка адалимумаба составляет 160 мг в неделю подкожно, а затем 40 мг в неделю. Если не отмечается положительной динамики со стороны кожного процесса, то терапию следует продолжать до тех пор, пока отмечаются поражения. Если пациент не проявляет ответ, то необходимо рассмотреть терапию второго или третьего ряда, включающую антисептические препараты, внутриклеточные глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты (инфликсимаб). Отсутствие улучшения от проводимой терапии после 12 недель лечения говорит о необходимости рассмотреть другие методы лечения, вплоть до хирургического.

Вывод

В связи с тем, что распространенность инверсионного акне в практикующей деятельности врача дерматовенеролога и косметолога с каждым годом возрастает, проблема сохраняет свою актуальность. Важно вовремя выявить данную патологию, правильно поставить диагноз и немедленно начать комплексное лечение, учитывающее всё разнообразие факторов, спровоцировавших появление заболевания у конкретного пациента. Только своевременно начатая терапия исключит возможные тяжелые последствия заболевания и улучшит качество жизни больного.

Литература

1. Гидраденит суппуративный: современные представления о патогенезе, терапии и успешный опыт лечения адалимумамом. Хобейш М.М., Шустов Д.В., Соколовский Е.В. Вестник дерматологии и венерологии - 2017 г.
2. Угри инверсные: трудности в диагностики и терапии. Беата Берглер-Чоп, Каролина Хадасик, Лигия Бжезинская-Висло. Advances in Dermatology and Allergology - 2015 г.
3. Угри инверсные: обзор с акцентом на патогенез и лечение. Уве Волллина, Андре Кох, Биргит Хейниг, Андреас Новак. Indian Dermarotology Online Journal - 2013 г.
4. Гидраденит гнойный. Роберт Ли. NORD - 2012 г.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-3881-T-18907 Тезис

Решетникова Т.Н., Манаширова М.А.

Изменения на коже при патологии желудочно-кишечного тракта

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнёва В.Н.

Актуальность. Кожа находится в тесной взаимосвязи с висцеральными органами, отражая как в зеркале на своей поверхности патологию желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, язвенную болезнь, дисбактериоз, нарушение функции печени и поджелудочной железы, злокачественные новообразования). Такая зависимость провоцирует возникновение на слизистой и коже высыпаний, характерных для ряда дерматозов (крапивницы, почесухи, акне, дерматиты и другие).

Цель: показать клинические случаи изменений на коже у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 6 пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ в сентябре 2018г. Возрастной интервал у 4-х мужчин и 2-х женщин составлял от 30 до 57 лет.

Результаты. У мужчины 57 лет с диагнозом «Плоскоэпителиальная карцинома верхнего отдела желудочно-кишечного тракта» наблюдались изменения окраски кожи кистей и стоп красно-фиолетового цвета и шелушащиеся гиперкератотические папулы. У женщины 47 лет с диагнозом «Аденокарцинома тонкой кишки» на коже лица локализовались папулы розового цвета диаметром 0,5-1 см.

Везикулобуллезные эффлоресценции вокруг естественных отверстий и на коже дистальных отделов конечностей имели место у пациентки 46 лет с диагнозом «Хронический энтерит, период обострения, средняя степень тяжести».

Один из пациентов страдал язвенным колитом с тотальным поражением толстой кишки, который сопровождался образованием на голени язв с неровными подрытыми краями, множественными грануляциями и гнойно-сукровичным отделяемым.

«Хронический панкреатит», диагностированный у двух пациентов (мужчина 30 лет, женщина 37 лет), протекал без изменений на коже.

Выводы. Таким образом, кожные проявления могут быть лишь верхушкой айсберга, а их истинные причины скрываются в патологиях органов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: кожа, желудочно-кишечный тракт

ID: 2019-11-3881-T-19002 Тезис

Брюшкова А.А., Шляпников И.В.

Нейросифилис. Современные аспекты развития и заболеваемость по данным Саратовского областного кожно-венерологического диспансера

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнёва В.Н.

Цель работы: показать распространенность нейросифилиса на современном этапе и литературные данные, отражающие особенности клинического течения и диагностики заболевания.

Проблема сифилитической инфекции в настоящее время сохраняет актуальность, так как несмотря на сведения официальной статистики о снижении общей заболеваемости сифилисом, составившей в 2015 году 13% от всех ИППП в РФ, наблюдается тенденция роста поздних форм от 4,4 % в 2009 г. до 16,7% в 2015 г. (Вислобоков А. В. и соавт. 2018 г.).

Показатели заболеваемости сифилитической инфекцией на территории Саратовской области по материалам ОКВД превышали среднероссийские – в 2013 г. в 2,3 раза, в 2016 г. – в 1,5 раза. В 2002 г. не было зарегистрировано случаев нейросифилиса (НС), однако в 2017 г. – заболеваемость составила 14,8%, преобладали асимптомные формы (78,7%) и с выраженной симптоматикой (17,3%).

Основная роль в развитии сифилитического поражения нервной системы отводится недостаточному предшествующему антилюэтическому лечению. Рост показателей заболеваемости НС, возможно, является следствием увеличения больных люэсом в 1990-е г. в РФ. Некоторые исследователи связывают учащение случаев НС с ВИЧ-инфекцией. В зависимости от сроков появления признаков нейросифилиса выделяют ранний (до 5 лет с момента заражения) и поздний (более 5 лет), однако это деление весьма условно, так как клинические проявления заболевания представляют сочетания патологических изменений как мезенхимальной ткани, так и паренхиматозной.

Согласно современной классификации выделяется асимптомный и манифестный нейросифилис. Диагноз асимптомной формы основывается на изменениях, выявляемых при исследовании цереброспинальной жидкости (ЦСЖ). При НС с симптомами, кроме лабораторной диагностики, ведущее значение имеют разнообразные клинические проявления со стороны нервной системы (прогрессирующий паралич, спинная сухотка, табопаралич, атрофия зрительных нервов).

Поздние формы НС закладываются в ранние периоды болезни, однако долгое время клинические проявления отсутствуют, впоследствии могут приобретать тяжелое течение и заканчивается летально (Соколовский Е.В. 2014).

Вывод. Своевременное назначение адекватной антибактериальной терапии – ключевой фактор благоприятного прогноза.

Ключевые слова: нейросифилис, сифилис, люэс

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-3881-T-19039 Тезис

Тшвеньего В.

Невенерические тропические трепонематозы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: асс. Кондратьева Н.Н.

Эндемическая тропические трепанематозы (ЭТ) - группа инфекционных заболеваний, возбудителями которых являются патогенные грамотрицательные бактерии семейства спирохет. Помимо того, что данные бактерии являются возбудителями сифилиса, они могут вызывать такие заболевания как фрамбезия, беджель, пинта, относящиеся к ЭТ. Заболеваемость ими составляет большой процент в структуре инфекционных процессов в Африке и Южной Америке.Чаще встречаются в сельской местности, среди детей и подростков. Характерно, что передача происходит бытовым путем, а процент передачи инфекций половым путем составляет около 1-2 процентов; поражаются кожа и слизистые оболочки, костно-суставной аппарат. В отличии от сифилиса, вовлечения нервной системы, а также внутренних органов не наблюдается. При обычной микроскопии возбудители ЭТ и сифилиса практически не различимы. Как правило, для данных заболеваний характерна стадийность течения, однако, четко разграниченных периодов, как при сифилисе, может не отмечаться. На начальных стадиях высыпания крайне контагиозны.

Диагностика основана на клинической картине заболевания, сборе анамнеза, лабораторных данных - обнаружение трепонем в мазках с высыпаний при темнопольной микроскопии, а также положительных серологических тестах на сифилис.

Основными лекарственными средствами для лечения ЭТ являются дюрантные пенициллины; необходимо лечение контактных лиц.

Ключевые слова: фрамбезия, беджель, пинта, сифилис

ID: 2019-11-3881-T-19042 Тезис

Лариа А.Б.

Меланогенез. Фототипы кожи

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: асс. Кондратьева Н.Н.

Процесс образования меланина (меланогенез) является сложнейшим нейро-биохимическим процессом, происходящим в организме человека. В последнее время в различных областях науки большой интерес вызывают механизмы образования пигмента меланина, равно как и механизмы регуляции данного процесса. Известно, что меланоциты содержатся в базальном слое эпидермиса, волосяных фолликулах и сетчатке глаза. Однако, могут встречаться в дерме, головном и спинном мозге, надпочечниках, внутреннем ухе и радужке глаза. Приблизительное содержание меланоцитов к клеткам назального слоя эпидермиса составляет 1:10, но показатель может варьировать в зависимости от локализации на том или участке кожного покрова. Выяснено, что количество меланоцитов практически не меняется с возрастом. Также, имеются гендерные различия - у мужчин количество меланоцитов несколько больше, чем у женщин. Интересен тот факт, что у лиц с 5-6 фототипом кожи по Фицпатрику количество меланоцитов соответствует количеству их у людей с более светлой кожей.

Внешними стимуляторами меланогенеза является ультрафиолетовое излучение, под его действием происходит образование так называемого «загара». Помимо этого, на процесс активации меланоцитов может влиять инфракрасное и рентгеновское излучение,воздействие химических веществ, таких как мышьяк, висмут и т.д. Внутренняя регуляция меланогенеза представляется крайне сложным многоступенчатым механизмом с участием ЦНС, желез внутренней секреции, витаминов и микроэлементов.

При детальном изучении функций меланоцитов, было выявлено, что кроме общеизвестной функции фотозащиты от действия ультрафиолетовых лучей, они несут ряд других, не менее важных - например, ингибируют в клетках токсичные для них реакции с образованием свободных радикалов. Существует мнение, что меланоциты влияют на функцию центральной нервной системы. Образование пигмента меланина является одним из гомеостатических процессов в организме человека, и нарушение данного равновесия приводит к различным патологиям-витилиго, альбинизм, по данным ряда авторов-к болезни Паркинсона. Известно, что растворимые формы меланина могут выполнять транспортную функцию-быть «перевозчиками» различных продуктов метаболизма. Так, интерес представляет способность меланина проникать через гематоэнцефалический барьер, пронося с собой различные вещества.

Таким образом, изучение процессов меланогенеза, роли меланина в организме представляется интересной и перспективной задачей.

Ключевые слова: меланин, меланогенез, меланоцит

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-3881-A-19084 Краткое сообщение

Белякина Ю.Е., Мурашова Ю.А.

Генитальный герпес, его опасность для репродуктивного здоровья населения

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнёва В.Н.

Резюме

Эпидемиологические исследования указывают на повсеместное распространение генитального герпеса. Все чаще регистрируются случаи мужского и женского бесплодия, осложнения беременности и родов при наличии герпетической инфекции в организме. Выделяют первичный и рецидивирующий процесс. Приводится описание клинической картины генитального герпеса у мужчин и женщин и его влияние на репродуктивное здоровье населения.

Ключевые слова: генитальный герпес, везикула, бесплодие

Цель: показать литературные данные относительно этиологии, патогенетических механизмов и основных клинических проявлений генитального герпеса. Отметить, какое влияние оказывает персистирующая инфекция на репродуктивное здоровье населения.

Эпидемиологические исследования указывают на повсеместное распространение генитального герпеса. Ежегодно в мире заболевают около 500 000 человек. В Российской Федерации показатель заболеваемости в 2006 году составили 23,6 на 100 тысяч населения. Все чаще регистрируются случаи мужского и женского бесплодия, осложнения беременности и родов при наличии герпетической инфекции в организме [1].

Возбудитель инфекции-вирус простого герпеса 2 типа (ВПГ), входящий в подсемейство альфа–герпес вирусов, открытый немецкими ученными В. Грютером и А. Левенштейном в 1912 году. Источником заболевания является больной человек, выделяющий большое количество вируса со слюной и секретами половых органов. Проникнув в организм через поврежденные слизистые, возбудитель проходит сложный цикл репликации, который состоит из абсорбции, раздевания и разрушения вириона, пенетрации в клетку и синтеза вирусных частиц в ядре клетки.

Среди клинических форм заболевания выделяют первичный и рецидивирующий герпетический процесс. Первичный - как правило отличается яркой клинической картиной, что обусловлено отсутствием специфических антител.

Герпетический вульвовагинит манифестирует значительной гиперемией, отеком больших и малых половых губ, слизистой оболочки влагалища, нередко в процесс вовлекается область промежности и внутренние поверхности бедер. Вслед за этим появляются сгруппированные везикулы, образующие после вскрытия мокнущие эрозии, при слиянии которых возникают обширные эрозивно-язвенные, болезненные элементы. Эффлоресценции оставляют временную пигментацию, которая впоследствии бесследно исчезает [2].

У женщин наряду с поражением слизистых оболочек и кожи наружных половых органов у женщин, в процесс могут вовлекаться верхние отделы репродуктивной системы: шейка матки, эндометрий, маточные трубы. Хронические воспалительные заболевания нередко являются важной причиной бесплодия и различных осложнений беременности, таких как плацентарная недостаточность, преждевременные роды, синдром задержки развития плода и его гибель. Эти состояния связаны прежде всего с тем, что герпес-вирусы, обладая тропностью к эндотелию, запускают каскад патологических реакций. Инфекционный агент, изменяя пространственную конфигурацию фосфолипидов мембран, усиливая синтез протромбиназы (fg 12), тканевого фактора (TF) и интерлейкина - 8, приводит к повышению образования тромбина и как следствие - усилению агрегации тромбоцитов. Вирусные частицы также способны нарушать экспрессию молекул адгезии (фактора Виллебрандта, Р-селектина, Е-селектина), что ведет к увеличенному связыванию эндотелиоцитами медиаторов воспаления, которые путем секреции цитокинов «переключают» антикоагулянтные свойства эндотелия на прокоагулянтные. Кроме того, гликопротеиды ВПГ - gC, gE осуществляют адгезию X фактора, гранулоцитов и абсорбируют на своей поверхности различные иммунные комплексы.

Местные воспалительные изменения в репродуктивных органах приводят к дискоординированной работе гипоталамо–гипофизарно–яичниковой системы: нарушается продукция эстрогенов и прогестерона, возникает патология овуляции. Пораженный эндометрий не способен адекватно реагировать на гормональную стимуляцию.

Беременная женщина, инфицированная различными формами ВПГ, может передать вирус будущему ребенку. Заражение может произойти внутриутробно-гематогенным или трансплацентарным путем, особенно при вирусемии у матери, и интранатально–при прохождении родовых путей. Герпес новорожденных может протекать в виде локализованных или генерализованных форм, а также как латентная инфекция с клиническими проявлениями в более старшем возрасте. В первые дни после рождения у ребенка отмечается неврологическая симптоматика, лихорадка, анорексия, диспептические расстройства, высыпания на слизистой оболочке полости рта, глотки, в тяжелых случаях возможно развитие сепсиса [3].

У мужчин высыпания локализуются на коже полового члена, мошонки, головки, крайней плоти, а также на ягодицах и внутренних поверхностях бедер. Больных беспокоят боли по ходу седалищного нерва, дизурия, выделения из мочеиспускательного канала. При отсутствии терапии поверхностный процесс может осложняться воспалением предстательной железы, в клинике которого можно выделить три стадии. Начало простатита отличается нарушением мочевыделения, которое проявляется никтурией, дизурией, тяжестью в области промежности. Для стадии очаговых изменений специфично поражение отдельных долек железы, имеет место выраженная интоксикация, болевой синдром в области половых органов. На этапе диффузного поражения развивается гнойное воспаление и закупорка выводящих протоков железы. Патологические процессы приводят к нарушению функционального состояния простаты, в первую очередь снижается подвижность сперматозоидов.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2019

Известно, что больных генитальным герпесом беспокоят не только физические страдания, связанные с рецидивирующим течением болезни, но и трудности в социальной и личной жизни.

Терапия генитального герпеса включает прежде всего этиотропные и иммуномодулирующие препараты, с этой целью используются ациклические нуклеозиды, как местно так и системно, и препараты интерферона. Правильно подобранное, своевременно начатое лечение позволяет ускорить разрешение клинических проявлений, предупреждает развитие осложнений, уменьшает частоту рецидивов, снижает риск передачи герпеса здоровому половому партнеру.

В связи, с актуальностью проблемы инфекций передающихся половым путем, а также тяжёлыми осложнениями генитального герпеса, необходимо проводить профилактические мероприятия, направленные на информирование населения. В первую очередь это касается подростков, которые должны знать о механизмах передачи, первых признаках болезни и средствах индивидуальной защиты. Только своевременно начатая противовирусная терапия позволяет избежать тяжелых последствий, сохранить репродуктивную функцию и улучшить качество жизни населения.

Литература

1. Клинические рекомендации по ведению больных генитальным герпесом: стандарты ведения больных для врачей-специалистов/ под ред. А.А. Кубановой. –М.:ДЭКС-ПРЕСС, 2010. – 5 с.
2. Халдин, А.А., Молочков, А.В. Герпес-вирусные поражения кожи и слизистых (простой и опоясывающий герпес): учебно-методическое пособие для врачей/ А.А. Халдин, А.В. Молочков. – М.: Мосполиграф, 2013. – 8 с.
3. Владимирова Е. В. Герпетическая инфекция кожи и слизистых оболочек // Вестн. дерматол. и венерол.— 1997.— № 2.— 45–51 с.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-3881-T-19131 Тезис

Сулейманова Р.Р., Иванов М.А.

Современные методы лечения атопического дерматита

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Научный руководитель: к.м.н. Шерстнёва В.Н.

Актуальность проблемы атопического дерматита (АД) обусловлена неуклонным ростом данного заболевания в популяции. Ранняя манифестация и хроническое рецидивирующее течение значительно снижают качество жизни пациентов. Топическая терапия глюкокортикостероидами (ГКС) остается золотым стандартом лечения АД (Белоусова Т.А; Горячкина М.В. 2014 г.). Однако использование ГКС сопряжено с возникновением множества нежелательных осложнений в виде местных и системных реакций.

Цель работы: показать современные литературные данные, касающиеся патогенеза и перспектив фармакотерапии АД.

В патогенезе АД ведущая роль принадлежит наследственно обусловленному доминированию иммунного ответа по Th2-типу. Активация в острую фазу Th2-звена ведет к гиперпродукции ИЛ 4 и 13, инициирующих высвобождение медиаторов воспаления и переключение синтеза IgM на IgE, а так же ИЛ-31, оказывающего ингибирующее влияние на пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов и продукцию филаггрина. Последующее включение Th1-клеток приводит к хронизации процесса за счет продукции ИНФ-γ, ИЛ-5, ИЛ-12, ИЛ-18.

В последние десятилетия ведется активный поиск новых эффективных и безопасных методов лечения АД. Перпараты моноклональных антител (МкАТ) прочно закрепились в мировой клинической практике. МкАТ на молекулярном уровне препятствуют развитию отдельных звеньев патогенеза, блокируя связывание провоспалительных агентов с их рецепторами на поверхности иммунных клеток. Высокоспецифичное таргетное действие обуславливает оптимальный клинический эффект при минимизации нежелательных явлений.

Вывод. Препараты моноклональных антител являются перспективным направлением терапии АД. Избирательность их действия обуславливает высокую эффективность и безопасность применения.

Ключевые слова: атопический дерматит, патогенез атопического дерматита, таргетная терапия

Иностранные языки. Английский язык

ID: 2019-11-4451-T-18826 Тезис

Petrushin M.A.

The harmful effects of chlorine in water

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of foreign languages

Научный руководитель: к.п.н. Ефремова Е.Ф.

Water is one of the main substances necessary for organisms on our planet. But in order for people to safely consume water extracted from open reservoirs or from the underground, it must be cleaned of harmful microorganisms. One of the methods of water purification is chlorination. Chlorination is the process of adding chlorine to drinking water to disinfect it. In small quantities, exposure to chlorine gas or liquid can be poisonous. Chlorine is available as compressed elemental gas, sodium hypochlorite solution (NaOCl) or solid calcium hypochlorite (Ca(OCl)2. Adding chlorine to drinking water has become standard since the beginning of the 20th century. Water chlorination significantly reduced the number of infectious diseases. Disinfecting drinking water ensures it is free of the microorganisms that can cause serious diseases, such as cholera and typhoid fever. To this day, chlorine remains the most commonly used drinking water disinfectant. Unfortunately, we do not simply use chlorine, because it is the safest and most effective means of disinfection, rather because it is the cheapest method.

Over the years, researchers have found that people who are exposed to chlorinated water over long periods of time, have a greater risk of cancer. Drinking chlorine contaminated water and swimming in chlorinated pools increases the risk of respiratory problems, such as asthma. Chlorine added to your water supply can pose serious threats to your cardio-vascular health.

Chlorine reacts with the organic matters, naturally present in water. This chemical reaction forms a group of chemicals known as disinfection by-products. The most common of these by-products are trihalomethanes (THMs), which include chloroform. Hundreds of these disinfection byproducts (DBPs) have been identified, many of which have harmful health effects. There is a balance between the use of chlorinebased additives to kill harmful organisms in drinking water and the levels of harmful chemicals created as byproducts in the disinfection process. Levels of unwanted disinfection byproducts in drinking water are difficult to predict. Levels of THMs can increase as the water moves from the treatment plant through the distribution system to the tap. Other factors that influence levels of DBPs include water temperature, the amount of organic material present in the water, chlorine dose, contact time, and bromide ion concentration.

Finding a balance between the risks from harmful microorganisms, and the risks from high levels of DBPs requires management actions at key points in the waters' journey from source to tap.

Keywords: the harmful effects of chlorine in water

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-4451-T-18903 Тезис

Lobanov M.E.

New methods of depression treatment

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of foreign languages

Научный руководитель: к.п.н. Ефремова Е.Ф.

Major depressive disorder (MDD) is a common, severe psychiatric illness that has a lifetime prevalence of about 16.6% in adults and results in the highest burden of disability among all mental and behavioral disorders.

Nowadays, sleep-related problems are a prevalent case among university students. Poor sleep quality is one of the most studied aspects of sleep complaints, affecting about 40% of this population. Poor sleep quality consequences are many and have a profound impact in the student's psychobiological health. Research has found a significant ssociation between sleep quality and depression or depressive symptoms.

Another type of depression is Postpartum depression (PPD), a psychiatric complication of childbirth affecting from 10 to 20% of new mothers and has negative impact on both mother and infant. Serum lipid levels have been related to depressive disorders, but very limited literatures are available regarding the lipid levels in women with postpartum depression.

Treatment for different types of depression is complicated due to the multifactorial etiology, ranging from biological pathways to psychosocial adjustment. Identifying the unique, personalized factors contributing to the development of depression could improve long-term treatment and management for individuals. More personalized approaches to treatment and further research into unique therapy combinations may improve the management of depression and improve the health, functioning, and quality of life for individuals with depression.

Current recommended drug therapies are associated with suboptimal remission rates and, oftentimes, undesirable side effects.

Furthermore, the effects of pharmacological agents are widespread; in contrast, interventions that can target specific abnormalities in brain activity may permit greater therapeutic precision.

In conlclusion, we may say that depression is one of the most widespread illnesses of our time, currently affecting more than 300 million people worldwide and it must be treated.

Keywords: MDD, sleep-related depression

ID: 2019-11-35-T-19029 Тезис

Rzaeva E.Sh., Balandina E.V., Rzaeva T.Sh.

Application of neurointerface technology in the rehabilitation of patients with movement disorders

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky

Neurorehabilitation of patients with persistent loss of motor activity of various origins remains is one of the most urgent problems of medicine both in our country and abroad. Given the large number of patients with persistent motor the shortage of various genesis is the issue of developing technology neurocomputer interface (NCI) providing full or partial restoration of lost functions and improving the quality of life. Currently in the world is a large number of works in the development and improvement of NCI in the field of health. However on this stage, the number of coordinated research within the global community is limited.

In this regard, it is relevant to conduct a comprehensive analysis of publications on developments in the field of NCI for 1998–2017 period.

An analysis of 250 works of large databases was carried out: eLIBRARY.RU - Russian Nanotechnology Magazine, publishing magazine Elsevier, Journal of Neurorehabilitation, Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation, etc.

Since 2013, experiments of the injection of electrodes into the hippocampus in patients suffering from epilepsy have been conducted in the USA. In Germany, since 2014, a large number of articles (more than 16) have been published on the topic of restoring vision patients with retinitis pigmentosa by inserting a chip into the retina. In Switzerland, was published more than 27 works devoted to the improvement of the already existing exoskeletons of the lower extremities. It is important to note that the trends of Russian scientists in this field are multifaceted: the introduction of exoskeleton, cochlear implants, methods for treating patients with epilepsy have been developed.

Since 2010, research has been conducted: NCI (6 publications), exoskeleton - 10, optogenetics - 5. In 2014, NCI - 15, exoskeleton - 30, optogenetics - 4. In 2017, NCI - 16, exoskeleton - 39, optogenetics - 4.

Conclusion at this stage of development of science in the field of scientific research institutes, multidirectional research is being conducted; increases exponentially, there is an effective implementation of these technologies for patients with limited opportunities. However, their distribution is limited due to lack of evidence of effectiveness. It is necessary to create system recommendations for evaluating published works in the field of NCI and drawing up uniform protocols research to eliminate duplication and facilitate met-analysis.

Keywords: neurointerface technology, rehabilitation of patients, exoskeleton

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-35-R-19033 Краткое сообщение

Rzayeva E.Sh., Rzayeva T.Sh., Balandina E.V.

The biological role of the endothelium in normal conditions

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky

Abstract

The paper presents current data of domestic and foreign literature on the biological role of the vascular endothelium under normal conditions, the participation of the endothelium in the regulation of vascular tone, blood coagulation potential, regulation of leukocyte adhesion, regulation of vascular permeability and their re-endothelization due to growth factors.

Keywords: endothelium, vascular tone, coagulation potential

Endothelial cells have an extremely heterogeneous structure, with diverse functions and a violation of the structure and functions of the endothelium is the initiating factor for the development of various forms of pathology. The endothelial lining of vessels is very diverse, in a number of organs and tissues has dense cell – cell contacts, which is characteristic of the blood-brain barrier. In other organs and tissues, particularly in the kidneys, a number of endocrine glands, the endothelium is fenestrated, sinusoidal, and thus provides selective permeability for various substances. (Z. A. Lupinskaya, A. G. Zarifyan, T. Ts. Gurovich , S.G. Shleifer 2008)

According to a number of authors, the vascular endothelium is an endocrine organ, and performs numerous functions, in particular, the regulation of the coagulation potential of the blood, as well as vascular tone. Endothelial cells mediate inflammatory and immune processes; regulate leukocyte adhesion; modulate lipid oxidation; regulate vascular permeability, their re-endothelization due to growth factors.

The purpose of this work was to analyze the literature data of domestic and foreign authors on the role of the endothelium in the regulation of the functional activity of the vascular wall under normal conditions.

Endothelial factors that regulate vascular tone

Among the endothelial factors that affect vascular tone, vasodilating factors are identified, which include NO, EDHF (endothelial hyperpolarizing factor), prostacyclin, adrenomedullin, carbon monoxide, Na-uretic peptide C, kinins, and several others. The vasoconstrictor factors produced by endothelial cells include thromboxane A2, endothelin, 20-HETE (20-hydroxyeicosecotetraenic acid), angiotensin II. The balance between the factors of relaxation and constriction determines the vascular tone and, accordingly, the amount of local blood flow.

Vasodilator factors produced by endothelium

Regarding the biological effects of a number of vasodilating compounds synthesized in endothelial cells, one should first of all focus on the effects of NO.

NO is formed in endothelial cells from L-arginine by the action of the enzyme NO-synthetase. There are two levels of NO secretion - basal and stimulated. The tone of the vessels at rest is carried out by constant basal secretion. Some chemicals: acetylcholine, ATP, bradykinin, as well as hypoxia or mechanical deformation increase the synthesis of NO. By stimulating guanylate cyclase, NO increases the formation of cGMP in smooth muscle cells, platelets, which leads to vascular relaxation, inhibits the proliferation of smooth muscle cells and inhibits the activity of platelets and macrophages. (V. F. Kirichuk, A. P. Rebrov, S. I. Rossoshanskaya, 2005)

Prostacyclin is synthesized predominantly in the endothelium. The main mechanism regulating its formation is the activity of cyclooxygenase enzymes. Prostacyclin has a vasodilating effect by increasing the activity in vascular smooth muscle cells of adenylate cyclase and increasing the formation of cAMP in them. (Dzgoeva F. U., Kutyrina I. M. 2000)

When blocking the action of NO and prostacyclin, vasodilation causes endothelial hyperpolarization factor. This factor is released only under the action of certain stimuli: acetylcholine, bradykinin, thrombin, histamine, substance P, ADP, ATP.

Two more factors are known that are secreted by the endothelium and cause vascular dilatation: C-type natriuretic peptide (PPS) and adrenomedullin. Natriuretic peptide C causes relaxation of blood vessels and inhibits the proliferation of smooth muscle cells. Most of the NPC is synthesized in the endothelium, affects the receptors of smooth muscle cells, causing an increase in the formation of cGMP, leading to the expansion of the vessel. Adrenomedullin acts as a direct vasodilator by increasing the production of cAMP. As a result, activation of adenylate cyclase is formed from prepro-adrenomedullin in endothelial and smooth muscle cells of blood vessels. Proven. that the vasodilating action of adrenomedullin is associated with both endothelium-dependent and endothelium-independent mechanisms. It is assumed the presence of specific receptors for adrenomedullin. (Kitamura K. et al. Adrenomedullin, 1993)

Carbon monoxide is formed from heme by the action of two isoforms of hemoxygenase (HO-1 and HO2). CO is formed in various regions, but mainly in the endothelium of the brain vessels (Faraci F.M., Heistad D.D., 1998), where they participate in the regulation of blood flow, directly causing relaxation of the cerebral vessels. (Chertok V.M., Kotsyuba A.E., 2012)

Kallikrein-kininovaya system. The vasodilating effect of kinins is associated with the activation of B2 receptors on the endothelium and the formation of the main endothelial vasodilating factors — NO, prostacyclin, EDHF.

Vasoconstrictor factors produced by the endothelium

Endothelial factors cause vasoconstriction, which is due to the lack of release of relaxation factors and the production of constrictive agents. Endothelins, thromboxane A2, 20-HETE (20-hydroxyeicocycotetraenic acid), angiotensin II are referred to as vasoconstrictors synthesized in endothelial cells.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2019

Endothelin is the most powerful vasoactive substances. The most studied representative of this class is endothelin-1. At physiological concentrations, it acts on endothelial receptors, causing the release of relaxation factors, and at higher levels, it activates receptors on smooth muscle cells, stimulating resistant vasoconstriction and proliferation of media.

Thromboxane A2 is predominantly synthesized in platelets, but some of it is produced in the endothelium. Specific receptors for it are located on the smooth muscle cells of the vascular wall. The reduction of smooth muscle cells during stimulation with thromboxane is associated with a decrease in the activity of adenylate cyclase and an increase in the content of intracellular calcium.

Angiotensin || is formed as a result of activation of the renin-angiotensin system and it is also one of the most powerful vasoconstrictors. Activation of this system can occur both at the systemic level when renin is secreted by the cells of the juxtaglomerular complex of the kidneys, or locally, at the endothelium level, in which renin and angiotensin-converting enzyme are formed. (Babak O. Ya., Kravchenko N. A. 2005)

The vasoconstrictor function is performed by 20-hydroxyeicosecotetraenoic acid (20-HETE), which is a product of the arachidonic acid exchange along the monooxygenase pathway. 20-HETE, acting on vascular smooth muscle cells, causes depolarization of cell membranes. Its formation increases under the action of angiotensin 2 and endothelin-1, as well as during hyperoxia, and is one of the leading factors of high blood pressure. An increase in its formation is accompanied by the inclusion of inhibitory regulatory mechanisms by the activation of the synthesis of prostacyclin, i.e. the principle of antagonistic regulation is preserved.

The role of the endothelium in the regulation of blood coagulation potential

One of the important functions of the endothelium is to ensure thromboresistance of the vascular wall, and on the other side of its thrombogenicity. Among thrombogenic factors stimulating the processes of adhesion and platelet aggregation refers vWF (von Willebrand factor), PAF (platelet activating factor), ADP, thromboxane A2, platelet adhesion to the endothelium - this is the initial stage of the hemostatic processes and thrombosis, which leads to the formation of platelet thrombus formation, activation plasma procoagulants with the subsequent formation of thrombin. Thrombin synthesis inhibitors include: thrombomodulin, proteoglycans that prevent excessive fibrin formation. Thromboregulators affect not only hemostasis, but also vascular permeability, vasomotor reactions, angiogenesis, cell proliferation. (Petrishchev N.N., Vlasov ETC. 2003)

As mentioned above, during hypoxia and the action of mediators that increase the synthesis of NO, prostacyclin is synthesized in endothelial cells, media, and adventitia. Prostacyclin activates adenylate cyclase, resulting is an increase of cAMP, which, in addition to performing the vasodilating function, prevents platelet activation and causes vascular relaxation. Violation of the synthesis of prostacyclin or a decrease in its release into the blood creates a thrombogenic hazard. NO inhibits platelet adhesion and aggregation. This process is associated with an increase of cGMP platelet count.

Thrombogenic risk increases with decreasing content in the blood plasma of active antithrombin, primarily AT III, with the simultaneous presence of predisposing factors - hyperlipidemia, obesity, diabetes, heart failure. (Suck G., Traut W. 2000)

Endothelium plays an important role in the development of fibrinolysis due to the secretion of tissue and urokinase plasminogen activators and its inhibitors, which can either quickly neutralize plasmin or inhibit the activation of plasminogen. Under the influence of hemodynamic factors, near-wall shear stress, transmural pressure and a number of other factors, a dynamic change occurs in the synthesis and secretion of thrombogenic and atrombogenic substances of the endothelium. Under physiological conditions, the release of atrombogenic substances prevails over thrombogenic. (Petrishchev N.N., Vlasov ETC. 2003)

The physiological anticoagulant complex is a protein C system (Pr C), which includes thrombomodulin, protein C, protein S, thrombin (Pr C activator) and Pr C. inhibitor. The function of this system is to inhibit blood coagulation factors Va and VIII, inactivating tissue inhibitor plasminogen activator. (Aylamazyan E. K., Mozgovaya E. V. 2008)

In the regulation of the hemostatic function of the endothelium hormones vasopressin, estrogens, cytokines: interleukin-1, TNF-α, hemodynamic factors are of great importance. The factors of endothelial origin that inhibit adhesion and platelet aggregation include prostacyclins, E2 prostaglandins, and NO.

The value of the endothelium in the regulation of leukocyte adhesion

The endothelium plays a crucial role in the development of leukocyte adhesion. Adhesive endothelial molecules include P-selectin, GMP-140, ELAM-1, ICAM. Increased adhesion of the endothelium is of great importance in the pathogenesis of inflammatory processes, atherosclerosis, and septic shock. However, until now, the value of the violation of the adhesive properties of the vascular wall in the pathogenesis of neoplasias of various localization and the development of metastasis of malignant cells remains unexplored.

The value of endothelial cells in the process of angiogenesis

The endothelium plays a significant role in the process of angiogenesis under conditions of pathology. In a stable state, endotheliocytes proliferate only once every 10 years. Under the action of angiogenic factors, proliferation of endotheliocytes occurs, which ends with their differentiation and re-endothelization of the vessels. The endothelium is actively involved in the process of cooperation between endotheliocytes and surrounding cells, highlighting growth factors (VEGF, FGF-2), causing taxis and proliferation of smooth muscle cells and fibroblasts.

Endothelial dysfunction is one of the universal pathogenetic factors in the development of such forms of pathology as atherosclerosis, hypertension, diabetes mellitus, thrombohemorrhagic syndrome and carcinogenesis. The causes of endothelial dysfunction can be ischemia, tissue hypoxia, free radical damage, cytokines, and a number of other factors.

Conclusion

In the pathogenesis of numbers diseases of various genesis, dysfunction of the vascular wall, is particularly endothelial dysfunction plays enormous role. Therefore, for the prevention and competent treatment of these pathologies, deep knowledge of the functional significance of the vascular wall in health and pathology is necessary. Monitoring of blood levels of endothelial dysfunction markers can be used as objective diagnostic, predictive criteria for various diseases, as well as an assessment of the effectiveness of complex therapy.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

References

1. Petrishchev N.N., Vlasov T.D. Physiology and pathophysiology of endothelium / Endothelial dysfunction. Ed. N.N. Petrishcheva. Saint-Petersburg State Medical University 2003: pp. 4–38.
2. Kirichuk V. F., Rebrov A. P., Rossoshanskaya S. I. Thrombosis. Hemostasis. Rheology. / Functions of the endothelium of the vascular wall 2005 №2: p. 23
3. Kade A.Kh., Zanin S.A., Gubareva E.A., Turovaya A.Yu., Bogdanova Yu.A., Apsalyamova S.O., Merzlyakova S.N. PHYSIOLOGICAL FUNCTIONS OF VASCULAR ENDOTHELIUM // Fundamental research. - 2011. - № 11-3. - p. 611-617;
4. Barsukov V.Yu., Chesnokova NP, Agabekov A.I., Bizenkova M.N. Indicators of endothelial dysfunction and blood coagulation potential as objective criteria for the initiation and malignancy of cells in colon cancer // Modern problems of science and education. - 2015. - № 6 .;
5. Ageev, F.T. The role of endothelial dysfunction in the development and progression of cardiovascular diseases / F.T. Ageev // ZhSN. 2004.-T. 4, № 1.-S. 21-22.
6. Voskoboy I.V., Semenov A.V., Mazurov A.V. et al. Platelet activity and endothelial functional status in patients with unstable angina with a favorable and unfavorable outcome (prospective study) / // Cardiology. - 2002. - № 9. - p. 4-11
7. Bokeria, L.A. Modern Society and Cardiovascular Surgery / LA Bok-ria // Tez. report V Vseros. congress of cardiovascular surgeons. M., 1999. - S.Z-6.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2019. Volume 9. Issue 11

ID: 2019-11-8-R-19070 Краткое сообщение

Amiry E.I., Myleyeva M.N.

Frailty as a particular feature of rheumatoid arthritis

Ivanovo State Medical Academy

Abstract

Rheumatoid arthritis is a chronic, systemic inflammatory autoimmune disease leading to irreversible erosive joint destructions and damages to internal organs. It is undoubtedly true that human had suffered from this musculoskeletal disorder since ancient times. Despite the growth of treatment options of rheumatoid arthritis in recent years, a large number of patients still have a low level of life quality due to the dysfunction of various body systems. Frailty is likely to result in the decrease of activity. Today, the prevalence of frailty among patients with rheumatoid arthritis is of great interest.

Keywords: frailty, rheumatoid arthritis, sarcopenia, physical deficiency, life quality

Rheumatoid arthritis is a chronic, systemic inflammatory autoimmune disease leading to irreversible erosive joint destructions and damages to internal organs [1]. The cause of this disease is still unknown. There are some evidence to suggest that the risk of rheumatoid arthritis development is closely connected to both genetic factors and negative effect of environment, especially smoking. In industrialised countries, rheumatoid arthritis affects 0.5-2% of adults, with 5-50 per 100 000 new cases annually, the disorder being most typical in women aged 40 years and above [2]. Uncontrolled active rheumatoid arthritis causes joint pain, swelling, reduced muscule strength, resulting in impaired physical function and disability. It is undoubtedly true that human had suffered from musculoskeletal disorders since ancient times. According to archaeological sites, the first recorded evidence of inflammatory joint disease appeared after the discovery in USA of deformed Injun bones around 4500 BC. Paleonthological studies of Egyptian mummies suggested the existence of rheumatoid arthritis in Egyptians. Pain, joint swelling and loss of their function were described in the Indian Ayurveda's treatise Charak Samhita as early as 300 – 200 BC. Besides, antique physicians mentioned musculoskeletal disorders; Hippocrates described arthritis in 400 BC; Galen (129-216 AD) introducing the term "rheumatismus". For a long time the term "arthritis" had used without reference to any specific form of arthritis. An English physician Thomas Sydenham identified rheumatoid arthritis as a severe form of chronic arthritis. A French doctor Londre-Beauvais in 1800 correctly established clinical picture of the rheumatoid arthritis and named it "primary asthenic gout". In 1858 A.B. Garrod, another English doctor, suggested the term "rheumatoid arthritis" instead of old terms "arthritis deformans" and "rheumatic gout". It was he who was credited of clearly separating rheumatoid arthritis from osteoarthritis and gout. Radiologic features of rheumatoid arthritis were first described by Bannatyne (1896) [3, 4]. At present time there is a tendency for intense exploration of rheumatoid arthritis. To date, there are a lot of specific scales to assess disease severity and activity (inflammation, pain, joint symptoms); moreover, the clear diagnostic criteria were also established. Extended immunological analyses revealed a close link between rheumatoid arthritis and a wide range of autoantibodies (particularly rheumatoid factor and citrullinated peptide) to significantly assist in diagnostics. The strategy of rheumatoid arthritis pharmacotherapy being developed, disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) appeared to reduce synovitis and systemic inflammation improving function. Methotrexate capable of combining with other drugs of this type is the leading DMARD. Genetically engineered biological agents are a new drug group used when arthritis is uncontrolled or DMARDs cause toxic effects. Despite the growth of treatment options of rheumatoid arthritis in recent years, a large number of patients still have a low level of life quality due to the dysfunction of various body systems. Frailty is likely to result in the decrease of activity. Frailty is a multidimensional geriatric syndrome characterised by cumulative decline in multiple body systems or functions, pathogenesis involving physical as well as social dimensions [5]. Frailty definition characterized by sarcopenia, weakness, exhaustion, slowness, and low activity. It has been described as a clinical phenotype of unintentional weight loss (body mass index ≤ 18.5), low energy, slow 4-meter walking speed (adjusted for sex and height), low physical activity, and low grip strength (adjusted for sex and BMI, measured by handheld dynamometer). The presence of 3 out of 5 of these criteria indicates frailty and the presence of 1 or 2 indicates a pre-frailty state. Individuals with no deficits were classified as robust. So, according to the study, there are three physical phenotypes of frailty: frail, pre-frail and robust [6, 7]. Frailty is also associated with decreased regenerative reserve and resistance to stressors causing to a higher risk of adverse health outcomes such as hospital admission, development of functional deficits, mortality, disability, falls and fractures. Several studies have shown a heightened inflammatory state in frail adults, and similar to other markers of frailty, gait speed has been shown to be associated with elevated levels of inflammation markers such as C-reactive protein (CRP), IL-6, and TNF-α [7]. Sarcopenia is a syndrome characterized by progressive and generalized loss of skeletal muscle mass and strength with a risk of adverse outcomes such as physical disability, poor quality of life and death [8]. Frailty is known to have similar features with sarcopenia. They are characterized by muscular failure (manifested by low grip strength, slow 4-meter walking speed, weight loss), severe fatigue, and similar methods of prevention and treatment (optimal protein intake, supplementation of vitamin D, and physical exercise) [5]. At the same time, frailty is a much broader concept than sarcopenia, the former is considered not only as a factor of physical (muscular) deficiency but a cause of inhibition of the cognitive sphere and social disadaptation. The syndrome of frailty tends to occur both in senile and younger age, more often in patients with chronic inflammatory conditions, such as rheumatoid arthritis, congestive heart failure, chronic kidney disease and chronic obstructive lung disease. Frailty is common among adults with rheumatoid arthritis. The prevalence of frailty among non-geriatric patients with rheumatoid arthritis is 13% and it is comparable to that of older geriatric cohorts. The prevalence of frailty and pre-frailty in rheumatoid arthritis cohort are greater than in a cohort of elderly patients with osteoarthritis (10% and 51%, respectively) and are comparable to patient with chronic obstructive lung disease that is on average 10 years older. The study shows, that women with rheumatoid arthritis are less likely than men to be frail while among individuals with chronic obstructive lung disease men are more likely to be frail than women. In addition, frail individuals with rheumatoid arthritis are more likely to be obese [6]. The analysis of the accumulated information shows that rheumatoid arthritis contributes greatly the development of sarcopenia, fatigue and low activity in individuals. It would seem that frailty is an important determinant of physical function in rheumatoid arthritis. Patients with rheumatoid arthritis have muscle atrophy, symptoms of fatigue and

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

decreased physical activity. We observe that frailty is likely common in rheumatoid arthritis and frail patients have a major risk for reduced physical function. Moreover, the combination of low lean mass and high fat mass is associated with frailty. Therefore, frailty is closely linked with both other geriatric syndromes and polymorbidity and it can be potentially reversible and affects the tactics of patients' management.

References

1. Lin Jian-Zi et al. Myopenia is associated with joint damage in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study // Journal of cachexia, sarcopenia and muscle, 2019.
2. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis // Lancet. 2010 Sep 25; 376(9746):1094-108.
3. Joshi VR. Rheumatology, Past, Present and Future // JAPI. – 2012. - Vol. 60. - P. 21-24.
4. Hanns Kaiser. A.J.Landré-Beauvais (1772–1840) – der wirkliche Erstbeschreiber der rheumatoiden Artritis // Zeitschrift fur Rheumatologie. – 2004. - Vol. 63. - S. 430-435.
5. Cruz-Jentoft A.J. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis // Age and Aging, 2018; 0: 1-16.
6. Andrews J.S. et al. Frailty and reduced physical function go hand in hand in adults with rheumatoid arthritis: a U.S. observation cohort study // Clin. Reumatol., 2017. 36 (5): 1031-1039.
7. Berner C. et al. Workability and muscle strength in patients with seropositive rheumatoid arthritis: survey study protocol // JMIR Res. Protoc., 2017; 6(3): e36.
8. Santilli V. et al. Clinical definition of sarcopenia // Clinical cases in mineral and bone metabolism, 2014; 11(3): 177-180.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2019. Volume 9. Issue 11

Иностранные языки. Немецкий язык

ID: 2019-11-2164-A-19082 Краткое сообщение

Белова Е.О., Папина А.Г., Тюмина А.В.

Die Problematik der Patientenverfügungen

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Heute die Problematik der Patientenverfügungen ist in Russland sehr diskutiert. Einige finden, dass es nötig ist, die Patientenverfügung in die Praxis einführen. Trotzdem ist die Patientenverfügung in Russland verboten. In diesem Artikel wird dieses Problem behandelt, weil in Deutschland im Bundestag dazu Gesetze beschlossen sind. Es wird einige Statistiken analysiert und verschiede Vermutungen vorbringt, warum es solche Trennung zwischen Prozentwerten in der Statistik gibt.

Die moderne Medizin verlängert unser Leben, aber nicht immer zum Wohle jedes Einzelnen. Der medizinische Fortschritt bringt es mit sich: Krankheiten und Gehirnverletzungen, die vor wenigen Jahrzehnten tödlich endeten, sind heute behandelbar. Das hört sich zunächst gut an. Doch es gibt eine Kehrseite: Langandauerndes, chronisches Leiden ohne Aussicht auf Heilung, intensivmedizinisch verlängerbares Sterben, dauerhafte Bewusstlosigkeit.

Ключевые слова: medizin, sterbehilfe, patientenverfügung

Im Zusammenhang damit entsteht die Frage: Wer regelt die Angelegenheiten, wenn man selbst es nicht mehr kann? Da kann eine Patientenverfügung in Kraft treten. Hier entsteht auch eine Frage, ob die Familie von Patienten das wirklich human findet, weil die Mehrheit verschiedene Möglichkeiten zum Verlangen des Lebens versuchen möchten werden. Es tritt sehr oft, dass es diese Möglichkeiten gibt, aber der Arzt muss doch die Auswahl des Patientes befolgen. In dieser Situation muss der Arzt seine professionelle und soziale Weise aufbewahren und nicht nur seine Kompetenz und Professionalismus zeigen, sondern auch die entsprechende Vorbereitung dazu haben. Über zwei Drittel der Bevölkerung wünschen sich bei schwerster Erkrankung die Möglichkeit, auch mit ärztlicher Hilfe ihr Leiden abkürzen zu können. Jeder kann unabhängig vom Alter in Situationen geraten, in denen andere für ihn entscheiden müssen. In einer Patientenverfügung bekundet man als Unterzeichner Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlungen und Pflege und wahrt somit das Recht auf Selbstbestimmung. Sollte man nicht mehr in der Lage sein, eigenen Willen zu äußern, tritt die Patientenverfügung in Kraft.

Mit absoluter Mehrheit hat der deutsche Bundestag ein Gesetz zur Verbindlichkeit von Patienten-verfügungen im Zivilrecht verankert. Es ist am 1. September 2009 in Kraft getreten.

Danach muss eine Patientenverfügung schriftlich sein. Aber auch der mündlich geäußert Wille ist zu berücksichtigen, dabei kommt es zudem darauf an, ob eine medizinische Indikation überhaupt noch besteht. Es gibt Standard-Patientenverfügung und Optimale. Beim Optimalen kann man auch irgendwelche persönliche Sachen anfertigen.

Aus zwei Statistiken haben wir verstanden, dass dieses Thema in der Gesellschaft sehr aktuell ist. Sie zeigen die Verbreitung von Patientenverfügungen im Jahr 2014. Eine Statistik zeigt, dass Mehrheit von Menschen, die Patientenverfügung haben, aus jungerer Generation ist. Das ist im Durchschnitt 54%. Während der Anteil den Menschen mit Patientenverfügung aus ältere Generationen nur ungefähr 14 % beträgt. Zweite Diagramm zeigt, dass fast gleiche Prozent von Menschen mit verschiedener Ausbildung schon Patientenverfügung haben. Der Anteil beträgt ungefähr 23%. Man kann vermuten, dass Menschen mit Ausbildung dieses Problem gut verstehen und deshalb Patientenverfügung haben wollen. Aber so ist es nicht. Es ist umgekehrt.

Patientenverfügungen sind verbindlich: Sie müssen von Ärzten umgesetzt werden, wenn die Behandlungs- und Lebenssituation eintritt, für die sie ausgestellt wurden. Tatsächlich findet sich aber heute kaum ein Mediziner, der darüber überhaupt nur zu sprechen bereit ist. Diese für viele Menschen äußerst problematische Situation soll zukünftig noch verschärft werden. Gegenwärtig zeichnet sich eine parlamentarische Mehrheit zumindest für ein Verbot von sogenannter "organi-sierter" Suizidhilfe etwa durch entsprechende Vereine ab. Das darf nach Auffassung eines breiten Bündnisses humanistischer Organisationen nicht hingenommen werden. Sie fordern, die derzeit geltende Straffreiheit der Suizidhilfe in keiner Weise einzuschränken. Suizidhilfe ist bei einem freiwillensfähigen Patienten bisher keine Straftat, weder bei Einzelpersonen noch bei Sterbebegleitung, die von Vereinen organisiert ist. Zum Schluss kann man sagen, dass dieses Thema gar nicht einseitig ist. Wie viel gibt es Menschen, so viel gibt die Meinungen. Es ist sehr individuell. Man kann nicht alle Situationen vorhersagen. Einerseits hilft es Verwandten, die ernst in solchen Fall etwas entscheiden nicht könnten. Andererseits, das Leben ist für uns ein wertvolles Geschenk. Deshalb müssen wir unseres Leben schätzen. Jeder muss für sich selbst das entscheiden, was man will.

Литература

1. Süddeutsche Zeitung (15.09.2015): „Traditionelle Patientenverfügung gescheitert“. http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/medizin-am-lebensende-es-ist-nie-z...
2. Deutsches Ärzteblatt (23.10.2015): Aussagekraft von Patientenverfügungen in Akutsituationen. http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=172637
3. Deutsches Ärzteblatt (15.11.2013): Probleme durch pauschale Formulierungen. http://www.aerzteblatt.de/archiv/149204/Umgang-mit-Patientenverfuegungen... Formulierungen
4. http://en.wikipedia.org/wiki/patientenverfügung
5. Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin? 2010.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

Инфекционные болезни и микробиология

ID: 2019-11-1656-T-18940 Тезис

Сурхаева С.А.

Дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза с фелинозом

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии им. Н.Р. Иванова

Научный руководитель: к.м.н. Цека Ю.С.

Актуальность изучения инфекционного мононуклеоза обусловлена широкой циркуляцией герпесвирусов среди населения, влиянием их на иммунную систему, способностью к персистенции и латенции в организме инфицированного человека.

Цель: выявить клинико-диагностические признаки, позволяющие проводить дифференциальную диагностику инфекционного мононуклеоза с фелинозом.

Материал и методы. Нами проведена клиническая разработка 40 историй болезни детей в возрасте 7-14 лет с инфекционным мононуклеозом и сравнительный анализ клинических проявлений заболевания у ребенка 11 лет с подозрением на фелиноз. Помимо клинической разработки историй болезни, проводился анализ общего анализа крови, биохимических показателей крови, а также данных обследования крови в ИФА с обнаружением IgM к возбудителю инфекционного мононуклеоза.

Результаты. Все случаи инфекционного мононуклеоза были подтверждены обнаружением IgM к вирусу Эпштейн-Барра, и в 10% случаев обнаружением в крови ДНК к ВЭБ методом ПЦР. При этом, в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз (80%), лимфоцитоз (100%), моноцитоз (65%) и наличие атипичных мононуклеаров (25%). В биохимическом анализе крови у 10 больных обнаружено повышение АЛТ и АСТ при нормальных значениях общего билирубина и его фракций, что наряду с гепатомегалией (по данным УЗИ) могло косвенно свидетельствовать о развитии вторичного гепатита. У больных отмечались: лихорадка (38-39°С) в течение 4-6 дней с явлениями полиаденита и резким увеличением шейной группы лимфоузлов (более 1.5 см), с четким проявлением двухстороннего тонзиллита с наложением налетов на выпуклой части миндалин и с затрудненным храпящим дыханием (80%), гепатомегалией (95%), реже спленомегалией (15%). Для фелиноза, в отличие от инфекционного мононуклеоза, характерно одностороннее поражение лимфоузлов, возникающее на стороне «кошачьих царапин» и появление первичного аффекта в месте царапин в виде узелков, которые затем нагнаиваются, вскрываются, покрываются корочкой, в течение 1-3 недель корочки отсыхают и отпадают.

Выводы. Выявлен характерный алгоритм изменений клинико-лабораторных данных, характерных для инфекционного мононуклеоза, позволяющие отдифференцировать случаи с фелинозом.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, фелиноз, дифференциальная диагностика

ID: 2019-11-1656-T-18980 Тезис

Максимова И.Д., Смирнова Н.Д.

Структура заболеваний, протекающих с синдромом острого тонзиллита в инфекционном стационаре

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научные руководители: к.м.н. Гаврилова И.Б., д.м.н. Ляпина Е.П.

Введение. При ряде заболеваний острый тонзиллит является ведущим синдромом, вокруг которого строится дифференциально-диагностический поиск.

Цель: изучение структуры заболеваний у госпитализированных больных с синдромом острого тонзиллита в течение года в инфекционном стационаре ГКБ №10.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 255 историй болезни для изучения структуры больных с острым тонзиллитом.

Результаты. Среди пациентов инфекционного отделения ГКБ №10 выявлены следующие заболевания с проявлениями синдрома тонзиллита: острый тонзиллит 75,5%; инфекционный мононуклеоз 13,3%; ОРВИ 9,8%; другие 1,6%.

Подробнее проанализированы 230 историй болезни с самыми частыми заболеваниями.

Были госпитализированы 126 мужчин (54,8%) и 104 женщины (45,2%), среди которых 78,7% были младше 30 лет. Больные поступали в течение всего года, больше всего в феврале (30 человек).

В 193 случаях из 230 (75,5%) первоначальный диагноз «острый тонзиллит» совпал с выписным диагнозом. Остальным пациентам с явлениями тонзиллита (37 из 230) после осмотра и обследования были выставлены другие диагнозы.

Существенную часть из поступивших с явлениями острого тонзиллита составили больные с выписным диагнозом «Инфекционный мононуклеоз» (34 из 230 – 14,8%.) У большинства больных (53%) первоначальным диагнозом выставлен «Острый тонзиллит» и «ОРВИ», несмотря на наличие типичной клиники инфекционного мононуклеоза.

У больных с несовпадениями диагнозов верный диагноз устанавливался прямо в приемном покое.

Заключение. Выявлена недостаточная нозологическая диагностика на догоспитальном этапе. Ошибки в диагностике связанны с отсутствием тщательного сбора анамнеза, не выявляются все имеющиеся симптомы и не складывается полноценная клиническая картина.

Проводя дифференциальную диагностику тонзиллитов, необходимо учитывать не только изменения со стороны ротоглотки, а также анамнез жизни и развития заболевания, совокупность клинических синдромов, сопутствующие заболевания, лабораторные данные и эффективность проводимой терапии.

Ключевые слова: тонзиллит, стационар

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-1656-T-19015 Тезис

Заяц Н.А., Житенева Е.В., Серова Ю.С., Хитрова М.А.

Динамика заболеваемости энтеровирусной инфекцией в Саратовской области

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра эпидемиологии

Введение. В последние годы на территории Российской Федерации, а также в Саратовской области наблюдается значительный рост заболеваемости населения энтеровирусной инфекцией (ЭВИ).

Актуальность изучения ЭВИ обусловлена следующими факторами: убиквитарной распространённостью, высокой контагиозностью, наличием вирусоносительства, устойчивостью возбудителя во внешней среде, отсутствием средств специфической профилактики, возникновением порою вспышечной заболеваемости.

Цель и задачи исследования: установить основные закономерности многолетней динамики заболеваемости ЭВИ и энтеровирусным менингитом (ЭВМ) в Саратовской области.

Материал и методы. Статистические данные о заболеваемости ЭВИ получены из Государственных докладов «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области» Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Саратовской области за 2008–2017 гг. Определение многолетней тенденции проводилось с помощью метода наименьших квадратов (у = а + вх). Определяли средний темп прироста (снижения) заболеваемости.

Результаты. За анализируемый период времени с 2008 по 2017 гг. в многолетней динамике заболеваемости отмечался значительный рост заболеваемостью как ЭВИ, так и ЭВМ. В динамике заболеваемости с 2008 по 2012 гг. наблюдалось снижение заболеваемости, с 2013 по 2017гг. – резко выраженный подъем заболеваемости с максимальным значением ее уровня в 2017 г. – 13,3 на 100 тыс. населения. Минимальный показатель заболеваемости за наблюдаемый период отмечен в 2012 г. – 1,2 на 100 тыс. населения. Сопоставление заболеваемости ЭВИ и ЭВМ за анализируемый период времени показало синхронность их уровня, как роста, так и соответственно, снижения. Рост показателей заболеваемости ЭВИ в области был обусловлен, по-видимому, улучшением качества диагностики легких форм заболевания (около 70%).

Выводы. В области в динамике за 2008–2017 гг. отмечен значительный рост заболеваемости ЭВИ и ЭВМ, что, скорее всего, связано с улучшением качества диагностики.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, менингит, эпидемиология

ID: 2019-11-1656-T-19020 Тезис

Баландина Е.В., Рзаева Т.Ш.

Критерии дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н. Ляпина Е.П.

Экзантема (Э) – яркий, часто встречающийся в клинической практике синдром, требующий дифференциальной диагностики (ДД).

С целью уточнения критериев ДД проведен ретроспективный анализ 210 истории болезни пациентов, поступивших с Э в инфекционное отделение ГУЗ СГКБ №10 с 01.12 2017 г. по 01.12.2018 г. (сплошная выборка).

В структуре окончательных диагнозов преобладали инфекционные заболевания: ветряная оспа (ВО) – 75 чел. (35,7%); опоясывающий лишай (ОЛ) – 45 чел. (21,4%); инфекционный мононуклеоз (ИМ) – 29 чел. (13,8%); менингококковая инфекция смешанной формы (менингит + менингококцемия) (МИСФ) – 28 чел. (13,3%) скарлатина (С) – 10 чел. (4,7%); менингиты неуточненной этиологии – 7 чел. (3,3%). Кроме того, 13 чел. (6,2%) поступили с токсико-аллергическим дерматитом, еще у 3-х чел. (1,4%) он сочетался с менингитом.

По результатам проведенных исследований выделены критерии ДД ВО: средний возраст (СВ) – 24 года; появление везикуло-папулезной, с серозным, реже геморрагическим содержимым Э с зудом в 1-й день болезни; сочетание интоксикации с короткой фебрильной лихорадкой, тонзиллита, лимфаденопатии (ЛА); наличие умеренного лейкоцитоза (лимфоцитарного).

ОЛ СВ – 62 года; появление везикулёзной или полиморфной Э с редкими некрозами на 1–2 день болезни; сочетание интоксикации с субфебрильной лихорадкой, невралгии (реже нейродермит), конъюнктивита, реактивного отека век; наличие умеренного лейкоцитоза.

МИСФ: СВ – 25 лет; появление чаще – на коже ягодиц, внутренней поверхности бёдер, голеней, стоп геморрагической Э с некрозом в 1-й день болезни; сочетание интоксикации с продолжительной фебрильной лихорадкой, менингеального синдрома, общемозговой симптоматики; наличие высокого нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, тромбоцитопении.

ИМ: СВ – 23 года; позднее появление (4–7 день болезни) пятнисто-папулезной Э; сочетание интоксикации с продолжительной фебрильной лихорадкой, ЛА, тонзиллита, гепатоспленомегалии; наличие умеренного лейкоцитоза, лимфомоноцитоза, атипичных мононуклеаров.

С: СВ – 28 лет; появление мелкоточечной Э в 1-й день болезни; присутствие симптомов ладони, жгута; сочетание интоксикации с короткой фебрильной лихорадкой, тонзиллита, бронхита, ЛА; наличие умеренного нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево.

Ключевые слова: экзантема, инфекционные болезни, критерии диагностики

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-1656-T-19022 Тезис

Говоровская Е.А., Маликов Р.А.

Современные критерии сепсиса (2016 г.): применение в клинической практике

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н. Ляпина Е.П.

В начале 21-го столетия сепсис (С) по-прежнему остаётся одной из самых актуальных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к росту заболеваемости и стабильно высокой летальности, а также сложности диагностики.

Цель исследования: анализ динамики представлений о С по материалам конференций 1991 (С1) и 2001 (С2) года и консенсуса 2016 года (С3).

Материал и методы. Международные и отечественные публикации по проблеме С; ретроспективный анализ историй болезни 66 пациентов реанимационного отделения (РО) с установленным диагнозом «тяжелый С» (по критериям С2).

Результаты. В 1991 году предложено рассматривать С в качестве системного воспалительного ответа (ССВО) хозяина на инфекцию по критериям SIRS.

В 2001 году (С2) признано отсутствие полной идентичности между ССВО и С, но не предоставлено альтернативы в диагностике С и предложены лишь дополнительные диагностические критерии.

В 2016 году принят III Международный консенсус в отношении определения С и септического шока (С3).

Изучение динамики представлений о С показывает, что недостатком предыдущих определений и диагностических критериев являлось чрезмерное внимание к воспалению и недостаточная специфичность критериев SIRS. Согласно С3, С – не только ССВО, но и в силу многогранности ответа – жизнеугрожаемое нарушение реакции макроорганизма на инфекцию с остро возникшей органной дисфункцией, отражающей повреждение собственных тканей. Органная дисфункция может быть определена по шкале SOFA (количество баллов ≥ 2).

Для диагностики С на догоспитальном этапе С3 предлагает шкалу qSOFA (quick/быстрая SOFA), определяющую риск развития летального исхода. Она включает в себя: 13 баллов и менее по шкале Глазго; снижение систолического АД до 100 мм рт.ст. и ниже; ЧДД = 22 в мин. и выше.

Ретроспективный анализ историй болезни 66 пациентов с диагнозом «тяжёлый С» (С2) показал их соответствие критериям С3 в 100% случаев. При этом только 41 пациент (62,1 %) имели 3 параметра по qSOFA.

Таким образом, в условиях РО qSOFA менее надежна, чем классический вариант. Ограничением по внедрению новой концепции в рутинную практику является возможное затруднение констатации вклада инфекции в уже существующую органную дисфункцию в силу наличия хронической патологии.

Ключевые слова: сепсис, шкала SOFA, шкала qSOFA, 3-й международный консенсус определений для сепсиса и септического шока

ID: 2019-11-1656-T-19037 Тезис

Чудакова Т.К., Лагутина Е.А., Коломытцева Е.А.

Клинико-эпидемиологические особенности гриппа у госпитализированных детей г. Саратова в сезон 2017-2018 гг.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии им. Н.Р. Иванова

Актуальность. Грипп занимает ведущее место в структуре инфекционных болезней у детей.

Цель работы: изучение эпидемиологических и клинических особенностей гриппа у детей, госпитализированных в ГУЗ «5 ДИКБ» г. Саратова в сезон 2017-2018 гг.

Материал и методы. Проведен анализ 392 медицинских карт больных гриппом детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, госпитализированных в ГУЗ «5 ДИКБ» г. Саратова в сезон 2017-2018 гг. Лабораторную идентификацию этиологии у больных проводили методами ПЦР и иммунохроматографии ноглоточных смывов.

Результаты. В эпидемический сезон 2017-2018 гг. отмечено увеличение количества больных гриппом детей в 1,4 раза по сравнению с 2016-2017 гг. Наблюдали позднее начало эпидемического сезона гриппа. Первые случаи гриппа у госпитализированных детей были выявлены на 5 неделе 2018 г. Отчетливое увеличение частоты детекции вирусов гриппа у госпитализированных больных отмечено в марте 2018 г. с пиком на 12-13 неделях 2018 г., с последующим постепенным снижением частоты выделения вирусов гриппа у больных в апреле-мае 2018 г. Последний случай идентификации вируса гриппа у больного в стационаре установлен в мае 2018 г. (на 20 неделе 2018 г.).

Дети возрастных групп 0-2 и 3-6 лет болели гриппом наиболее часто.

Грипп А диагностирован у 89,1% пациентов, грипп В – у 10,9%. У больных гриппом А чаще был выделен вирус гриппа А (H1N1/09) pd – у 71,9% больных, грипп А (H3N2) – у 17,9%, грипп А несубтипированный – у 10,2%.

В 86,9% случаев заболевание протекало в среднетяжелой форме, тяжелая форма гриппа выявлена в 13,1%. У больных гриппом А (H1N1/09) pd тяжелая форма заболевания встречалась чаще по сравнению с больными гриппом других серотипов. Осложнения гриппа в виде пневмонии установлены в 12,2% случаев, бронхит – в 59,8%.

Выводы. В 2018 г. отмечено позднее начало эпидемического сезона гриппа. В этиологической структуре преобладал грипп А (H1N1/09) pd. Осложнения гриппа в виде пневмонии выявлены у 12,2% больных, бронхит – у 59,8%.

Ключевые слова: грипп, дети, клиника, эпидемиология

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-1656-T-19045 Тезис

Курочкин А.С., Селиванова М.В.

Эффективность профилактических методов при гриппе и ОРЗ по данным социологического опроса

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: д.м.н. Ляпина Е.П.

Актуальность профилактики гриппа и ОРЗ связана с распространенностью этих инфекций, возможностью неблагоприятных исходов, значительностью экономического бремени.

Материал и методы. Для определения факторов, значимо влияющих на приверженность к использованию разных видов профилактики гриппа и ОРЗ и их эффективность, проведен социологический опрос с использованием специально разработанной анкеты.

В опросе приняли участие 500 респондентов в возрасте от 17 до 79 лет, со средним (26%), неоконченным высшим (42%) и высшим (32%) образованием. Среди опрошенных преобладали лица женского пола (62%) и люди до 35 лет (68%).

Результаты. Наибольшей популярностью пользуются методы нелекарственной неспецифической профилактики. Иммунотропные и противовирусные средства применяют 9% и 7% респондентов соответственно, 45% людей никогда не прививались от гриппа. Выявлена прямая зависимость (коэффициент Спирмена – 0,3) частоты ОРЗ и гриппа от возраста.

Доказано, что существует средняя по силе связь между вакцинацией и заболеваемостью гриппом, а также развитием осложнений (коэффициент Пирсона – 0,4).

Установлено, что респонденты до 35 лет чаще используют методы неспецифической нелекарственной профилактики и пренебрегают вакцинацией, при этом реже и менее тяжело болеют. Среди лиц 36-46 лет больше тех, кто используют различные методы профилактики (95,4%), обладают средней приверженностью к вакцинации (не используют 38,5%) и как следствие болеют реже. В тоже время, 60% людей в возрасте от 69 до 79 лет, являющихся группой риска по тяжелому течению гриппа, не используют вакцинацию (в 100% случаев), болеют чаще и имеют широкий спектр осложнений.

Показано, что лица, не имеющие высшего образования, значимо меньше вакцинируются от гриппа.

Заключение. Таким образом, возраст и образование значимо влияют на приверженность к использованию профилактики гриппа и ОРЗ. Для повышения приверженности необходимо усилить просветительскую работу среди учеников старших классов, студентов младших курсов, пенсионеров с использованием, бесед, наглядной агитации, СМИ.

Ключевые слова: грипп, профилактика, осложнения, возраст, образование

ID: 2019-11-1003-T-19080 Тезис

Раджабов Х.М., Амирасланов Д.Р.

Основные возбудители ГВЗ в ОРИТ г.Саратова и их характеристика устойчивости к антибиотикам

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Научный руководитель: д.м.н. Швиденко И.Г.

Терапия инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи у пациентов, находящихся в ОРИТ, является актуальной проблемой. Выбор антибиотиков для терапии, в основном, проводится эмпирически с учетом локальных данных о структуре возбудителей и их антибиотикорезистентности. В странах Европейского союза от инфекций, вызванных устойчивыми бактериями, ежегодно погибает более 25 тысяч человек, в РФ эта цифра составляет 30 тыс.

Цель работы: провести анализ возбудителей ГВЗ в ОРИТ различных ЛПУ города Саратова и их чувствительности к антибиотикам.

Материал и методы. Проведен анализ материалов годовых отчетов баклабараторий различных ЛПУ города Саратова.

Результаты. Основными возбудителями ГВЗ в ОРИТ различных ЛПУ г.Саратова являются Pseudomonas aeruginosa, Stafilococcus spp, Klebsiella pneumoniae, Proteus spp. Помимо основных возбудителей также выделяются следующие микроорганизмы: Esherichia coli, Enterobacter spp, Acinetobacter baumanni. Частота выделения различных микроорганизмов в разных ЛПУ отличается. Так, частота встречаемости Pseudomonas aeruginosa в ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница» -4%, а в ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №1 им Ю.Я.Гордеева» - 12%. Частота встречаемости стафилококков в ГУЗ «СОДКБ»- 21%, в «СГКБ №1 им Ю.Я.Гордеева» - 6%. Встречаемость бактерий рода Klebsiella в ГУЗ «СОДКБ» составляет -17% в ГУЗ «СГКБ №1 им Ю.Я.Гордеева» их встречаемость составляет 15%. Также различаются данные о антибиотикорезистентности основных возбудителей. Процент устойчивых штаммов бактерий Klebsiella pneumonia в отделении реанимации ГУЗ «СОДКБ» за 2018 год к нитрофуранам составил 98%, цефалоспоринам III поколения - 95%; карбапенемы - 15%; амикацину-25%. В ГУЗ «ОКБ» частота устойчивых штаммов Klebsiella pneumoniae к амоксиклаву, цефтриаксону, цефтазидиму составила – 95%, имипенемам-10%, амикацину - 20%. Процент устойчивых штаммов бактерий Pseudomonas aeruginosa в ГУЗ «СОДКБ», к цефалоспоринам III поколения - 100%, амикацину - 35%. В ГУЗ «ОКБ» процент бактерий рода Pseudomonas aeruginosa к цефтриаксону составил 100%, Гентамицину-93%, амикацину-45%.

Заключение. Таким образом, знание о характере возбудителя и его отшению к антибиотикам, локальной по каждому стационару, необходимо для назначения эмпирической терапии.

Ключевые слова: возбудители ГВЗ, антибиотикорезистентность, баклаборатория, инфекции связанные с оказанием медицинской помощи

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-1656-A-19088 Краткое сообщение

Аристанова Л.С., Булудова М.В., Шувалов С.Д., Ахмедов В.К., Ахмедов И.К., Котранова М.В.

Бактериологический мониторинг на примере работы бактериологической лаборатории

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: д.м.н. Ляпина Е.П.

Резюме

В настоящее время существенно растёт значимость изучения микроорганизмов, которые способны вызвать патологические изменения в организме человека. Открываются и исследуются новые виды, их свойства, влияние на целостность организма, биохимические процессы, происходящие в нём. Помимо этого возрастает внимание к проблеме резистентности микроорганизмов к антибиотикам, которая становится одним из ведущих факторов, приводящих к сдерживанию широкого использования антибиотиков в медицинской практике. Разрабатываются современные подходы к практическому применению этих лекарственных средств, которые способствуют снижению возникновения устойчивых форм. Проблема антибиотикорезистентности становится все более актуальной во всем мире.

Ключевые слова: антимикробная терапия, структура возбудителей, уровень резистентности

Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 29 января 2018 г. опубликовала первые данные эпиднадзора об устойчивости к противомикробным препаратам, свидетельствующие о высоком уровне устойчивости к антибиотикам ряда серьезных бактериальных инфекций в странах как с высоким, так и с низким уровнем доходов. Согласно данным новой Глобальной системы по надзору за устойчивостью к противомикробным препаратам (GLASS) ВОЗ около 500 000 человек с подозрением на бактериальную инфекцию в 22 странах столкнулись с устойчивостью к антибиотикам. Самые распространенные резистентные бактерии — Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus и Streptococcus pneumoniae, за ними следует Salmonella spp. Единственным выходом сегодня является рациональное использование уже имеющихся в нашем арсенале антибиотиков, что позволит не только удержать рост резистентности к ним микроорганизмов, но и повысить эффективность лечения инфекционных заболеваний. В разрезе проблемы антибиотикорезистентности и борьбы с возбудителями инфекционных заболеваний уместно вспомнить слова профессора факультета генетики и микробиологии Женевского университета Jean Claude Pechere: «Бактерии правят миром, они являются доминирующей формой жизни. Чтобы успешно бороться с бактериями, нужно научиться вести себя так, как ведут себя они. А бактерии всегда живут и взаимодействуют в популяции, для них характерны глобальные и скоординированные действия».

Цель: анализ структуры и свойств возбудителей, выделяемых из материала больных многопрофильного стационара и выбор препаратов для стартовой эмпирической антимикробной терапии.

Материал и методы

Проведена ретроспективная сплошная выкопировка результатов исследований из журналов бактериологической лаборатории ГУЗ 2 ГКБ им. В.И. Разумовского за 2015–2017 гг. по идентификации возбудителей, полученных из раневого отделяемого, зева и полости носа, мокроты, мочи, цервикального канала и влагалища пациентов многопрофильного стационара, а также определения их чувствительности к антимикробным препаратам.

Идентификацию бактерий проводили согласно нормативным документам, регламентирующим работу бактериологических лабораторий. Определение чувствительности к антимикробным препаратам осуществлялось диско-диффузионным методом, интерпретацию показателей выполняли в соответствии с методическими указаниями МУК 4.2.1890–04 и рекомендациями CLSI-2008. Для сравнения двух несвязанных групп использовались непараметрические методы – вычисление критерия χ2 Пирсона и точного критерия Фишера.

Результаты

Среди бактерий, составлявших микробный пейзаж содержимого зева и полости носа, доминировали *Staphylococcus aureus*. В динамике отмечено достоверное уменьшение доли положительных проб с 76,4 % в 2015 г., до 55 % – в 2016 г., и последующее снижение до 37,1 % в 2017 г. (P<0,001). Удельный вес *Streptococcus haemolyticus* в 2015 г. составил 9,7 % и в динамике вырос до 15 % в 2016 г. (P<0,05), а в 2017 г. вновь сократился до 4,1 %. Наибольшие темпы прироста за исследуемый временной интервал отмечены у *Escherichia coli* – с 1,6% 2015 г. до 5% в 2016 г. и до 8,2% в 2017 г. (P=0,018).

Доля грибов рода *Candidae* составила в 2015 г. 4,9 %, в 2016 г. данный показатель увеличился до 20%, и в 2017 г. сократился до 10,3%. Помимо данных микроорганизмов, выделялись *Streptococcus epidermidis* в 2015 г. – 3,2%, а в 2017 до 19,6%. Количество выделяемых *Streptococcus viridans* выросло с 2,4% 2015 г. до 6,2% в 2017 г.; *Enterococcus faecium* – с 0,8% в 2015 г. до 5,8% в 2017 г. Отмечено снижение доли положительных проб с *Streptococcus pneumonia* с 5% в 2015 г., до 4,1% в 2017 г.

Обращает на себя внимание расширение спектра выделяемых возбудителей из зева и носа в 2017 г. за счет появление «новых», ранее не встречавшихся микроорганизмов: *Enterococcus aeriginosae*, *Klebsiella pneumoniae* в количестве 1%.

Среди бактерий, составлявших микробный пейзаж содержимого раны, преобладали *E. coli*, при этом их выделение достоверно снижалось от 40,1% в 2015 г., 38,6% в 2016 г., до 26,5% в 2017 г. (P<0,001). Подобная динамика отмечена и для *St. aureus,* удельный вес которых упал с 37,2% в 2015 г., 33,6% в 2016 г. до 29,6% в 2017 г. (P<0,001). В тоже время доля положительных результатов бактериологического исследования с *Str. epidermidis*, *Ps. aeriginasae*, *Ent. faecalis*, *Str. haemoliticus* была значительно меньше, при этом число выделяемых возбудителей достоверно увеличивалось с 2015 до 2017 г. Изменение удельного веса таких

микроорганизмов как *Proteus*, *Enterobacter*, *Candidae*, *Ent. faecium*, *Str. piogenes* в 2015–2017 гг. было незначительным. В целом, в 2017 г. количество положительных результатов увеличилось в том числе за счет появления новых, не наблюдавших в прошлые годы микроорганизмов: *Ent. aeriginosae* (4,8%), *Pr. mirabillis* (3,7%), *Kl. pneumoniae* (1,4%), *Pr. vulgar* (0,3%), *Acin. baumani* (0,3%), *Citr. freumani* (0,3%), *Ser. liquefacium* (0,1%), *Str. pneumonia* (0,2%).

Из мокроты в 2015–2017 гг. преимущественно выделялись *Str. pneumoniae* и грибы рода *Candidae*. Доля *Str. pneumoniae* увеличилась с 33,3% в 2015 г. до 54,1% в 2016 г., а затем снизилась до 35,8% в 2017 г. Другая динамика наблюдалась у *Candidae* – снижение с 35,1% в 2015 г. до 30,8% в 2016 г., и рост до 38% в 2017 г. Удельный вес других возбудителей был значительно ниже. При этом, с 2015 по 2017 гг. констатировано снижение количества положительных находок *St. aureus* и *Str. haemoliticus* (P=0,004 и P=0,006 соответственно). Значимой динамики выделения *E. coli*, Ps*. aeriginosae*, *Str. epidermidis* в 2015–2017 гг. не отмечено. Имели место единичные случаи выделения прочих микроорганизмов в отдельные годы – *Enterobacter* в 2015г (1,9%), *Str. piogenes* в 2016г (0,6%). В 2017 году спектр обнаруженных бактерий расширился за счет *Ent. aeriginosae* (3,1%), *Str. viridaus* (2,6%), *Ent. faecium* (1,3%), *Kl. pneumoniae* (1%), *Citr. freuni* (0,5%), *Ent. faecae* (0,3%), а также *Pr. mirabilis* (0,3%), *Acin. baumanni* (0,3%).

Из мочи наиболее часто выделяли *E. coli* – до 75% и 77,7% в 2015 г. и 2016 г. соответственно. В 2017 г. доля *E. coli* в структуре микробной флоры мочи снизилась до 32% (P<0,001), что может быть связано со значительным ростом удельного веса *Str. epidermidis* до 18,7% (P=0,002). Увеличилось до 4% к 2017 г. также количество выделенных грибов рода *Candidae.* Кроме того спектр выделяемых микроорганизмов из мочи, также как и из другого материала к 2017 г. значительно расширился. Определялись: *St. aureus* (5,3%), Ps*. aeriginosae* (2,7%), *Ent. faecalis* (9,3%), *Ent. aeriginosae* (8%), *Kl. pneumoniae* (2,7%), *Citr. freuni* (1,3%), *Ent. aeriginosae* (8%), а также *Pr. mirabilis* (4%), *Acin. baumanni* (1,3%), *Pr. vulgaris* (1,3%).

Среди бактерий, составлявших микробный пейзаж содержимого цервикального канала и влагалища, доминировали *E. Coli*, которые определялись в 41,6–46,6% случаев. Значительно реже выделяли грибы рода *Candidae* (12,1–20% случаев) и *St. aureus* (6,7–20,6 % случаев). В отдельные годы в единичных случаях высевались *Ent. faecium*, *Ent. faecalis*, *Str. epidermidis*, *Pr. vulgaris*, *Enterobacter.*

При анализе резистентности *St. aureus* к антибактериальным препаратам (АБП), обращает на себя внимание тот факт, что его устойчивость к фузидину в 2017 году составила 30%, в то время как в 2015 году этот показатель составлял всего лишь 5%. Отмечается нарастание резистентности к цефтриаксону, оксациллину с 5% в 2015 году до 13% в 2017 году.

Относительно *Proteus* необходимо отметить, что значительно выросла резистентность к ампициллину, которая составила за 2016 и 2017 год 100%, что обуславливается неэффективность терапии данным антибиотиком. Резистентность к цефтриаксону, цефотаксиму, цефтазидиму, офлоксцину и гентамицину к 2017 г. составила 27%.

В тоже время резистентность *St. haemolyticus* к макролидам и аминогликазидам уменьшилась за 2 года на 12% и составила в 2017 г. 3%.

Выделенные штаммы *Enterobacter* в 100% случаев оказались резистентны к ампициллину (соответственно и к амоксициллину/клавуланату). Ванкомицинрезистентных штаммов выявлено не было, хотя в России и в мире они уже встречаются.

Касаясь *St. epidermidis* необходимо отметить, что резистентность к антибактериальным препаратам к 2017 году значительно уменьшилась и составила к: оксациллину 7%, цефтриаксону 7%, фузидину 0,4%, ванкомицину 0%, клиндамицину 8%, офлоксацину 9%.

При анализе резистентности *E. coli* к АБП обращает на себя внимание, что 100% штаммов не чувствительны к незащищенным аминопенициллинам (за счет продукции b-лактамаз). Возросла с 0,2% до 10% резистентность кишечной палочки к цефалоспоринам, что обуславливает неэффективность терапии.

Вызывает опасения ситуация, складывающаяся с применением антибиотиков при лечении синегнойной инфекции. Так, выделенные штаммы *Ps*. *aeruginosa* в 7% резистентны к антисинегнойным препаратам (ципрофлоксацин, цефтазидим). К аминогликозидам (гентамицин, тобрамицин) резистентны 7,2% штаммов, к ингибиторозащищенным уреидопенициллинам (пиперациллин) резистентны более 7 % штаммов.

Растет резистентность энтерококков к антимикробным препаратам Выделенные в 2017 г. штаммы *Enterococcus spp*. в 15% случаев были резистентны к ампициллину (соответственно и к амоксициллину/клавуланату), в 22% случаев – к клиндамицину, в 3,7% случаев – к ванкомицину.

Касаясь резистентности грибов рода *Candida* можно отметить, что наиболее высокий показатель был выявлен к нистатину, который составил в 2017 г. 25%, устойчивость к клотримазолу увеличилась за 2 года на 5% и приблизилась в 2017 г. к 15%.

Обсуждение

Таким образом, в многопрофильном стационаре структура возбудителей, выделяемых из разного материала, может меняться в течение времени, но доминирующие микроорганизмы в основном сохраняют свои позиции. В отделяемом зева и носа это – *St. aureus*, материале из ран – *St. aureus* и *E. coli*, в мокроте – *Str. pneumoniae* и грибы рода *Candida*, в моче и содержимом цервикального канала – *E. Coli.*

Рост резистентности микроорганизмов к АБП, возможные региональные особенности, как в структуре возбудителей, так и в показателях их антибиотикорезистентности, требуют продолжения регулярного проведения локального микробиологического мониторинга.

Заключение

Полученные данные по антибиотикорезистентности ведущих патогенов позволяют определять тактику эмпирической антибактериальной терапии с учетом локальных особенностей, снизить летальность, частоту повторных госпитализаций, сократить затраты на лечение и повысить удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

Полученные результаты позволяют определить спектр наиболее эффективных АБП и реструктуризировать их закупки, что приведет к оптимизации лечебного процесса и повышению его качества.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

По результатам, полученным в ходе исследования резистентности выделенных микроорганизмов к антибиотикам различных групп, в первую очередь стоит отметить её изменчивость. Целесообразно, что очень важным моментом является постоянное наблюдение за динамикой и применение полученных данных в медицинской деятельности. Для назначения адекватной терапии и предотвращение неблагоприятного исхода необходимо своевременное получение данных о спектре и уровне антибиотикорезистентности возбудителя в каждом конкретном случае. Нерациональное же назначение и применение антибиотиков может привести к возникновению новых, более устойчивых штаммов.

Литература

1. Абаев, Ю.К. Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция / Ю. К. Абаев. - Ростов н/Д. : Феникс, 2006. - 427 с.
2. Белобородов, В.Б. Проблемы антибактериальной терапии хирургических инфекций, вызванных резистентной грамположительной флорой / В. Б. Белобородов // Сучасш шфекцп. - 2010.- № 4. - С. 108-115.
3. Биопленки патогенных бактерий и их роль в хронизации инфекционного процесса. Поиск средств борьбы с биопленками / Ю. М. Романова [и др.] // Вестник РАМН. - 2011. - № 10.- С. 31-39.
4. Брискин, Б.С. Внутрибольничная инфекция и послеоперационные осложнения с позиций хирурга / Б.С. Брискин // Инфекц. и антимикроб. тер. - 2001. - Т. 2, № 45. - С. 124-128.

ID: 2019-11-1656-T-19124 Тезис

Бурова О.С., Картавых А.К.

Эффективность двойной противовирусной терапии у «наивных» пациентов детского возраста с хроническим гепатитом С

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии им. Н.Р. Иванова

Научный руководитель: к.м.н. Раскина Е.Е.

Актуальность. Гепатит С у детей является актуальной проблемой в связи с высоким риском отдалённых последствий хронической HCV-инфекции: цирроз печени, гепатокарцинома.

Цель исследования: оценить эффективность двойной интерфероновой терапии «наивных» пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС) имеющих разные генотипы вируса.

Материал и методы. Под наблюдением находились 25 детей с ХГС, из них генотип 1 у 12 детей, генотипы 2 , 3 у 13 детей. Возраст детей от 3 до 17 лет. Для контроля лечения проводились: ПЦР с количественным определением RNK HCV, иммуноферментный анализ, эластография печени ,а также генотипирование интерлейкина IL28B у детей с генотипом вируса 1. «Наивные» пациенты получали двойную противовирусную терапию ПегИнтроном из расчёта 60 мкг/м2 /нед и рибавирином 15мг/кг/сут. В зависимости от генотипа вируса курс лечения составил 24/ 48 недель. Критерии включения в программу лечения: пациенты ранее не получавшие противовирусного лечения; Anti-HCV антитела и определяемая RNK HCV ≥ 6 месяцев перед началом исследования; наличие информированного согласия на лечение. Критерии исключения: отсутствие приверженности к лечению; тяжёлые соматические заболевания. В качестве контроля лечения определялась «вирусная нагрузка» на 4, 12, 24 неделях лечения, а у детей с генотипом 1 на 36, 48 неделях.

Результаты. Применение лечебной схемы включающей пегилированный интерферон альфа и рибавирин привело к достижению устойчивого вирусологического ответа (УВО) у 92,3 % (12/13) среди детей с генотипом 2 и 3 и у 33,3 % (4/12) детей с генотипом 1. Нежелательных побочных явлений требующих отмены препаратов не отмечено.

Выводы. Выявлена наибольшая эффективность двойной интерфероновой схемы лечения у «наивных» пациентов с генотипом 2 и 3 с достижением УВО в 2,8 раз чаще чем у детей с генотипом 1. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости индивидуального назначения противовирусной терапии у «наивных» пациентов детского возраста с учётом генотипа вируса и IL28B как предиктора устойчивого вирусологического ответа.

Ключевые слова: гепатит С, дети

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

Клиническая иммунология и аллергология

ID: 2019-11-4345-T-18927 Тезис

Щеренко С.П., Огурцова П.С.

Оральный аллергический синдром в практике стоматолога

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: асс. Капишникова М.С.

Актуальность. В последние годы отмечается рост аллергических заболеваний, до 15% населения планеты имеют аллергопатологию. Большая распространенность аллергии наблюдается у пациентов стоматологического профиля. Оральный аллергический синдром (ОАС) - это аллергическая реакция, которая обусловлена перекрестной реактивностью между белками свежих фруктов, овощей и пыльцы. Синдром встречается у 70% больных с сезонным аллергическим ринитом.

Цель и задачи: проанализировать наиболее частые клинические проявления орального аллергического синдрома.

Материал и методы. Мы провели поиск в нескольких базах данных медицинской литературы (более 250 источников) по следующим ключевым словам: «синдром оральной аллергии», «OAS», «синдром пищевой аллергии на пыльцу», «аллергия», «диагностика», «лечение».

Результаты. Наиболее частыми клиническими проявлениями орального аллергического синдрома по результатам проанализированнх источников являются зуд в горле, губах, языке, слизистой оболочке щек, десен (до 95% случаев), реже отек, особенно часто губ и языка (около 74% случаев), отек горла с приступами удушья — одно из самых опасных проявлений, тошнота, вплоть до рвоты (до 30%). В стоматологии используется большое число препаратов, вызывающих непереносимость: антибиотики, антисептики, компоненты пластмасс и др. Пациенты с ОАС, впервые возникшим или развившимся на фоне лечения у стоматолога, могут ложно связывать этот процесс с другими факторами. Важен дифференциальный диагноз с аллергией на материалы зубных протезов, токсико-химическим и аллергическим стоматитом. Что делает оральный аллергический синдром междисциплинарной проблемой.

Выводы. Тщательно собранный анамнез болезни, аллергологический анамнез, совместная работа стоматолога, аллерголога и других врачей, правильное специфическое обследование пациента являются необходимыми составляющими успешного лечения.

Ключевые слова: оральный аллергический синдром, аллергия

ID: 2019-11-4345-T-18955 Тезис

Шавкатов М.З., Назаренко В.А.

Анализ распространенности лекарственной аллергии у пациентов хирургического стационара

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: асс. Капишникова М.С.

Актуальность. Лекарственная аллергия – это повышенная чувствительность организма к лекарственному средству, в развитии которой участвуют иммунные механизмы. С проблемой лекарственной аллергии могут столкнуться врачи любых специальностей. По разным источникам побочные реакции на лекарственные средства встречаются у 20% госпитализированных по различным заболеваниям пациентов. В хирургических, урологических отделениях могут использоваться лекарственные препараты различных фармакологических групп. По разным источникам частота аллергических реакций на антибактериальные препараты 0,7-8% случаев пациентов, получающих лечение этими препаратами, реакций на йодсодержащие радиоконтрастные вещества до 8% всех больных, которым вводят эти препараты.

Цель и задачи: оценить распространенность лекарственной аллергии в урологических отделених 8ГБ г. Саратова.

Материал и методы. Было проанализировано 400 медицинских карт стационарного больного (форма 003/у) пациентов, получавших лечение в урологических отделениях 5 ГБ г. Саратова в течение 2018 года.

Результаты. В отборе участвовало 400 пациентов урологических отделений в возрастной группе от 16 до 82 лет, 208 из которых– мужчины, 192 – женщины. У 6% пациентов была выявлена аллергия на различные лекарственные препараты: йод -2%, гепарин – 0,5%, эуффилин – 0,5%, пенициллин – 1%, контрикал – 0,5%, новокаин – 0,5%, метронидазол – 0,5%, ципрофлоксацин – 0,5%, цефтриаксон – 0,5%.

Выводы. Тщательно собранный анамнез болезни, аллергологический анамнез, фармакологический анамнез, знание средств неотложной помощи, совместная работа врачей хирургов, урологов, аллергологов, правильное специфическое обследование пациента, профилактические мероприятия являются необходимыми составляющими успешного лечения пациентов.

Ключевые слова: аллергия, лекарственная аллергия

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

ID: 2019-11-4345-T-18974 Тезис

Макарова Д.А.

Зарождение иммунологии в Средневековье

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: д.м.н. Лебедева М.Н.

Статус самостоятельной медико-биологической дисциплины иммунология приобрела не более 130 лет назад. Великий французский естествоиспытатель Луи Пастер в 1888 году на средства, собранные по подписке, основал институт для вакцинации против бешенства, изучения инфекционных болезней и подготовки микробиологов.

Человечество же шло к этой фундаментальной дисциплине многие сотни и даже тысячи лет. Целью сообщения явилось стремление познакомить студентов и молодых врачей с зачатками знаний по гигиене, эпидемиологии, инфекционным болезням, на базе которых и родилась будущая наука – иммунология.

Арабские врачи в силу своего географического положения были хорошо знакомы с достижениями древнеегипетской, древнегреческой, византийской медицины. Они не только использовали эти знания, но и развивали их, переводя с латинского на арабский язык, тем самым способствовали распространению знаний на Востоке.

Из античных источников арабские врачи использовали «Гиппократов сборник», сочинения Галена, греческого врача Диоскорида и других.

В теории болезни арабскими врачами было дополнено учение о Первоэлементах ("стихиях", "соках", "корнях"). Смешение четырех соков (крови, слизи, желтой и черной желчи), соответствующих основным первоэлементам (Воздуху, Воде, Огню и Земле), создает качества человека, определяющие его темперамент.

Яркий представитель Средневековой арабской медицины - персидско-таджикский врачЗакарийа ар-Рази (Разес) изучил влияние гнилостного воздуха и химических веществ на здоровье человека. Он стал провозвестником гигиенических и эпидемиологических знаний в этом направлении. Согласно легенде Разесу принадлежит идея развешивания кусков свежего мяса по городу для выбора места построения больницы.

Самым знаменитым ученым-энциклопедистом этой эпохи был и остается, несомненно, Али ибн Сина (Авиценна). Большое внимание он уделял таким заразным болезням, как оспа и чума. В своем «Каноне врачебной науки» он описал вопросы профилактики заболеваний, гигиены тела, жилища, диететики, гимнастики.Авиценна усовершенствовал многие лекарственные средства, которыми пользовались античные греческие врачи.

Средневековые медицинские знания – это действительно яркий пример гармоничного синтеза родственных знаний европейских и арабских народов.

Ключевые слова: иммунология, арабские врачи, средневековая медицина, Авиценна, Разес

ID: 2019-11-4345-T-18984 Тезис

Одеков Д.М., Щеренко С.П.

Слизистая оболочка полости рта: барьерная и иммунные функции

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: асс. Капишникова М.С.

Актуальность. Ротовая полость имеет тесную анатомофизиологическую взаимосвязь с разными системами организма. Патологические процессы на слизистой оболочке полости рта нередко являются начальным симптомом системной патологии. Многие детские инфекционные заболевания имеют проявления в полости рта. Поэтому стоматологи, педиатры и врачи других специальностей должны знать изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях и уметь оценивать их с позиции целостного организма. С другой стороны, повреждения в этой области человеческого организма могут привести к довольно обширному ряду заболеваний. Различные воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта периодически имеют до 90% взрослого населения России. Слизистая полости рта защищает нас от многих вредоносных факторов окружающей среды, и поэтому знание и изучение всех ее функциональных обязанностей является одним из важнейших факторов для предупреждения заболевания.

Цель и задачи: проанализировать важнейшие функции слизистой полости рта человека и изучить механизмы ее защитных реакций.

Материал и методы. Мы провели анализ многочисленной научной медицинской литературы (более 250 источников), в нескольких базах данных. Ключевыми словами во время поиска являлись: «слизистая оболочка полости рта», «врожденный и приобретенный иммунитет», «аллергия», «барьерная функция организма», «клеточный состав ротовой полости».

Результаты. Выполняя многочисленные функции, ротовая полость постоянно подвергается воздействиям, способным привести к нарушениям целости её покровов, которые в дальнейшем могут привести к развитию более серьезных заболеваний.

Полость рта является уникальным комплексом анализаторов, благодаря которым организм получает исчерпывающую информацию о принимаемой пище. Более того, в ней функционируют сложная система иммунной защиты. Слизистая полости рта также выполняет барьерную, сенсорную, всасывательную и пластическую функции.

Выводы. На фоне неправильного функционирования или нарушения целостности слизистой оболочки полости рта могут развиться различные заболевания. Поэтому знание ее нормального состояния играет важнейшую роль в диагностировании этих болезней, а также в сохранении здоровья человека в целом.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, иммунология

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019