ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

БЮЛЛЕТЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ

Bulletin of Medical Internet Conferences

2022 Том 12 Выпуск 10

2022 Volume 12 Issue 10

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2022. Том 12. Выпуск 10 (Октябрь)

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

Главный редактор
А.В. Еремин, доцент, канд. 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)
И.А. Стародубцева, докт. мед. наук (Россия, Воронеж)
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, 2022

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2022. Volume 12. Issue 10 (October)

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

Editor-in-Chief
A.V. Eremin, PhD, 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)
I.A. Starodubtseva D.Sc., MD (Voronezh, 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, 2022

XI Всероссийская неделя науки с международным участием - Week of Russian science (WeRuS-2022), посвященная Всемирной неделе иммунизации (материалы: часть 4)

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: 26-29 апреля 2022 года
Подробная информация о мероприятии на сайте: http://www.medconfer.com/Rusmedsci-2022-about

Конференция ординаторов и врачей (часть 2) ... 220
Офтальмология ... 220
Дикун Е.Д., Мартынова Д.П. Обзор эффективности и безопасности применения ингибиторов ангиогенеза в лечении ретинопатии недоношенных ... 220
Сысолятина И.В. Глазные проявления тромботических осложнений коронавирусной инфекции ... 221
Баянова А.Н., Свищева А.А. Опыт хирургического лечения саркоидоза орбиты ... 223

Педиатрия ... 225
ДикиноваТ.К., Свотина А.В., Таубаев Р.М., Куланина А.А., Култаева Д.С. Изменения в клинической картине пациентов с бронхиальной астмой, применяющих препарат на основе омализумаба ... 225
Пономаренко Ю.А. Тяжелое течение гликогеноза. Случай из клинической практики врача-педиатра ... 226
Мусаева З.Н. Добросовестность в лечении как необходимое условие для достижения ремиссии больного ребенка с гликогенозом ... 227
Кручинкина О.М. Запоздалая диагностика – создание сложностей в терапии ... 228
Арсалиева А.Ш., Казиханова М.А. Клинико-лабораторные особенности и дифференциальная диагностика гонадотропинзависимого ППР и изолированного телархе у девочек г. Саратова ... 229

Скорая неотложная и анестезиолого-реанимационная помощь ... 230
Кулигин А.В., Зеулина Е.Е., Капралов С.В., Колоколов О.В., Щуковский Н.В., Аржаева И.А., Фомина Т.А., Гурьянов А.М., Козлов В.В., Панченко Е.И., Иванов В.В., Иоффе А.Д., Аврамец А.А., Абушинова Д.В., Алешина А.А., Атаева К.С., Вейденбах Е.Э., Горбунова О.А., Гунбин Н.А., Зоркин М.Н., Канидьева Н.В., Кудрина М.В., Курцева Л.Н., Кушнерева Е.Н., Мареев Е.И., Меджидов М.А., Меркоданов Р.С., Мухомедьяров Д.Д., Новиков В.Е., Сорокина О.А., Токарев В.А., Тетекаев Б.А., Сотов Н.Л., Углов О.С., Унайбеков Д.Е., Федюшина А.О., Беспалова А.Ю., Положенков А.Е., Садовсков Н.М., Фаткин Д.Ю. Методика анализа фазовой динамики колебательных систем для оценки связанности низкочастотных ритмов электроэнцефалограммы при коме у пациентов с нарушением мозгового кровообращения ... 230
Пригородов М.В., Кулигин А.В., Панченко А.П. Анализ случаев дифференцированного блока (Gasser H.S., Erlanger J., 1929) при традиционной методике спинальной анестезии ... 231

Хирургия ... 232
Корчаков Н.В., Царев О.А. Современные методики оценки кардиоваскулярного риска у больных хирургического профиля ... 232
Мухортов Д.С., Царев О.А. Применение лазерных технологий в комплексном лечении больных с мультифокальным атеросклерозом ... 233

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2022. Volume 12. Issue 10

Конференция ординаторов и врачей (часть 2)

Офтальмология

ID: 2022-10-1149-T-19823 Тезис

Дикун Е.Д., Мартынова Д.П.

Обзор эффективности и безопасности применения ингибиторов ангиогенеза в лечении ретинопатии недоношенных

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

Научные руководители: Синицына В.И., Радевич С.Б.

Актуальность. Ретинопатия недоношенных (РН) — это вазопролиферативное заболевание сетчатки недоношенных детей, являющееся причиной инвалидности детства по зрению. Актуальным на сегодняшний день остается разработка эффективных и безопасных способов лечения данного заболевания.

Цель: проанализировать эффективность и безопасность применения ингибиторов ангиогенеза в лечении ретинопатии недоношенных.

Материал и методы. Проанализированы более 15 публикаций разных стран (РФ, США, Германии, Великобритании, Испании) за период с 2010 по 2021 гг., касающихся применения лекарственных препаратов из антител к сосудистому эндотелиальному фактору роста.

Результаты. В исследовании BEAT-ROP оценивалось использование бевацизумаба по сравнению с лазерной терапией для лечения зоны I или II, стадии 3 с плюс-болезнью. Среди 150 недоношенных в результате показало рецидив 4% (6/140 глаз) в группе, получавшей бевацизумаб в качестве монотерапии, и 22% (32/146 глаз) в группе, получавшей лазерную терапию. Интравитреальный бевацизумаб по сравнению с лазером показал значительные преимущества в остановке заболевания в зоне I, но не в задней зоне II. Спустя 2,5 года получавшие бевацизумаб, имели тяжелую миопию только у 1,7% по сравнению с 36,4% у тех, кто лечился лазером. Также интравитреальное лечение анти-VEGF не вызывает видимого рубцевания сетчатки.

В исследовании RAINBOW STUDY изучалось превосходство ранибизумаба(0,2 мг, 0,1 мг) над лазером у 214 младенцев. Успех лечения был достигнут у 56 (80%) из 70 детей, получавших ранибизумаб в дозе 0,2 мг, по сравнению с 57 (75%) из 76 детей, получавших ранибизумаб в дозе 0,1 мг, и у 45 (66%) из 68 детей после лазерной терапии. Был сделан вывод, что доза ранибизумаба 0,2 мг, возможно, превосходит лазер.

В исследовании PEDIG ROP1 рассматривались разные дозы бевацизумаба у 61 недоношенного ребенка с РН 1 типа. Успех был достигнут в 11 из 11 глаз при дозе 0,25 мг, в 14 из 14 глаз при дозе 0,125 мг, в 21 из 24 глаз при дозе 0,063 мг и в 9 из 9 глаз при дозе 0,031 мг. Доза бевацизумаба всего 0,031 мг была эффективной в 9 из 9 глаз в этом исследовании фазы 1 и требует дальнейшего изучения. Определение более низкой эффективной дозы бевацизумаба может снизить риск нарушения развития нервной системы или вредного воздействия на другие органы.

В статьях, проанализированных нами, авторы работ говорят о системном действие анти-VEGF препаратов, заключающееся в снижении уровня VEGF в сыворотке крови. Этот вопрос остается открытым.

Выводы. Анти-VEGF терапия в настоящее время является перспективным методом в борьбе с ретинопатией недоношенных детей. Но остаются нерешенные вопросы об оптимальной, безопасной дозе у новорожденных; о типе ретинопатии, при котором следует применять; о сроках последующих введений; об отсроченных офтальмологических рисках.

Ключевые слова: ретинопатия, эффективность, безопасность, Бевацизумаб, Ранибизумаб

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2022

ID: 2022-10-1149-A-19874 Клинический случай

Сысолятина И.В.

Глазные проявления тромботических осложнений коронавирусной инфекции

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

Научный руководитель: д.м.н. Каменских Т.Г.

Резюме

Коронавирусы (CoV) — группа РНК-вирусов, патогенных для животных и человека. Одним из основных поражающих организм факторов при COVID-19 является нарушение свёртывающей системы крови, при котором возникает запуск повышенного внутрисосудистого свёртывания. Глазными проявлениями коронавирусной инфекции являются тромбозы артерий и вен сетчатки.

Цель: представить клинические случаи, демонстрирующие глазные проявления тромботических осложнений у пациентов, перенёсших коронавирусную инфекцию (COVID-19). *Материал и методы:* был проведён анализ данных из амбулаторных карт и историй болезни пациентов. На публикацию данных рассмотренных в статье пациентов было получено их добровольное информированное согласие. *Выводы:* изучив представленные клинические случаи, можно предположить, что COVID-19 потенциально в состоянии спровоцировать или утяжелить течение сосудистых окклюзий. Таким образом, данная публикация подтверждает мнение ряда исследователей о важности мультидисциплинарнного подхода в ведении больных COVID-19.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, тромботические осложнения

Актуальность

Коронавирусы (CoV) — группа РНК-вирусов, патогенных для животных и человека. Пандемия коронавирусной инфекции началась в 2019 году и продолжается в мире до сих пор. Одним из основных поражающих организм факторов при COVID-19 является нарушение свёртывающей системы крови, при котором возникает запуск повышенного внутрисосудистого свёртывания. Глазными проявлениями коронавирусной инфекции являются тромбозы артерий и вен сетчатки. Тяжесть поражения органа зрения определяется типом тромбированного сосуда. Опасность тромбоза сосудов сетчатки глаза заключается в том, что он протекает безболезненно и часто проявляется лишь снижением остроты зрения. Проблема прогнозирования рисков вовлечения в патологический процесс зрительной системы на фоне коронавирусной инфекцией является актуальной и требует углубленного изучения.

Цель: представить клинические случаи, демонстрирующие глазные проявления тромботических осложнений у пациентов, перенёсших коронавирусную инфекцию (COVID-19).

Материал и методы

Был проведён анализ данных из амбулаторных карт и историй болезни пациентов. На публикацию данных рассмотренных в статье пациентов было получено их добровольное информированное согласие.

Описание клинического случая 1

Пациентка К. 19 лет обратилась в УКБ №2 (Клинику глазных болезней) с жалобами на снижение остроты зрения левого глаза в течение суток на фоне общего недомогания. Со слов пациентки, у нее второй день отсутствует обоняние, обследована на COVID-19 (ПЦР-тест на SARS-CoV-2 отрицательный), компьютерная томография (КТ) легких без патологии. При обследовании больной температура тела была в норме, острота зрения правого глаза 1,0; левого глаза 0,01, не корригирует. Изменений в правом глазу не выявлено. При осмотре левого глаза на глазном дне выявлен выраженный отек и гиперемия диска зрительного нерва, контуры его стушеваны. Отек сетчатки, вены резко расширены, извиты, калибр неравномерный. Во всех четырех квадрантах глазного дна до крайней периферии имеются массивные кровоизлияния (симптом «раздавленного помидора») и множественные ватообразные очаги белого цвета (фокусы инфарктов нервных волокон сетчатки). Пациентке поставлен диагноз: «ишемическая окклюзия центральной вены сетчатки левого глаза». Назначено лечение: парабульбарно кортикостероиды, субконъюнктивально протеолитические ферменты. Больная консультирована гематологом, выявлены изменения свертывающей системы, назначена терапия антикоагулянтами прямого, а затем непрямого действия, антиагрегантами, антиоксидантами. Через 5 дней у пациентки выявлен высокий титр Ig M к вирусу SARS-CoV-2, через 30 дней высокий титр IgG к SARS-CoV-2. На 34-й день ОЦВС осложнилась кистозным макулярным отеком. После курса интравитреального введения ингибиторов ангиогенеза острота зрения левого глаза осталась прежней.

Описание клинического случая 2

Пациент А. 68 лет обратился в клинику с жалобами на снижение остроты зрения правого глаза на девятый день после выписки из ковидного госпиталя. Пациент перенес COVID-19 средней тяжести (пневмония с поражением до 30% легочной ткани), получал глюкокортикоиды. Анамнез жизни без особенностей. При обследовании острота зрения правого глаза составила 0,4, не корригирует; острота зрения левого глаза 1,0. При осмотре обоих глаз изменений переднего отдела не выявлено. При осмотре правого глаза на глазном дне: границы диска зрительного нерва смазаны, отечные, выраженное сужение артерий, расширение и извитость вен. Штрихообразные кровоизлияния и мягкие экссудаты у диска зрительного нерва. Был поставлен диагноз: «неишемическая окклюзия центральной вены сетчатки правого глаза». После проведённой противовоспалительной, антиагрегантной терапии и интравитреального введения ингибиторов ангиогенеза острота зрения восстановилась до 1,0.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2022

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2022. Volume 12. Issue 10

Выводы

Изучив представленные клинические случаи, можно предположить, что COVID-19 потенциально в состоянии спровоцировать или утяжелить течение сосудистых окклюзий. Таким образом, данная публикация подтверждает мнение ряда исследователей о важности мультидисциплинарнного подхода в ведении больных COVID-19.

Литература

1. Избранные лекции по офтальмологии : учебное пособие / Е.И. Сидоренко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Каменских Т.Г., Веселова Е.В., Борисов А.В., Каменских И.Д., Сысолятина И.В. Глазные проявления коронавирусной инфекции (COVID-19) (клинические случаи). Саратовский научно-медицинский журнал.- 2021. – Т.17. - № 3. – С. 639-643.
3. Клинические лекции по офтальмологии: учеб. пособие / Е. А. Егоров, С. Н. Басинский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 287с
4. Клинический атлас патологии глазного дна : учебное пособие / Кацнельсон Л.А. . - 4-е изд., стер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 120 с.: ил.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2022

ID: 2022-10-1149-A-19875 Клинический случай

Баянова А.Н., Свищева А.А.

Опыт хирургического лечения саркоидоза орбиты

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

Научный руководитель: Борисов А.В.

Резюме

Актуальность. Саркоидоз - хроническое заболевание неясной этиологии, характеризующееся поражением лимфатической системы, внутренних органов и кожи с образованием специфических гранулем. *Цель:* оценка эффективности хирургического лечения саркоидоза орбиты на примере клинического случая. *Материал и методы.* Пациентка М, 1956 г.р., обратилась в приемное отделение УКБ №2 с жалобами на увеличение выстояния глаза из орбиты, припухлость нижнего века, которое появилось 6 месяцев назад, состояние прогрессирует. Предварительный диагноз: Экзофтальм неясной этиологии. Госпитализирована 17.01.2022 г. для оперативного лечения - OD. *Выводы.* Основным методом лечения саркоидоза орбиты является хирургический – орбитотомия, удаление опухоли орбиты. План лечения разрабатывается с учетом индивидуальных анатомо-топографических особенностей орбиты, размеров опухоли, ее типа, распространенности, состояния костных стенок, регионарных лимфоузлов, наличия отдаленных метастазов. Предпочтение отдается органосохранному лечению. Медикаментозное лечение включает в себя: Системные глюкокортисостероиды, антиметаболиты, иммунодепрессанты, ингибиторы фактора некроза опухоли альфа, нестероидные противовоспалительные препараты и витамины.

Ключевые слова: саркоидоз, транскутанная орбитотомия

Актуальность

Саркоидоз - хроническое заболевание неясной этиологии, характеризующееся поражением лимфатической системы, внутренних органов и кожи с образованием специфических гранулем. Это одно из самых часто встречающихся системных заболеваний: от 2 до 5 случаев на 100 тыс. Населения. Заболевание в основном встречается в молодом возрасте, чаще болеют женщины 20-50 лет(57%) реже мужчины (43%), иногда — дети. Наиболее часто саркоидозом поражаются органы грудной клетки, периферические лимфоузлы, кожа. Орган зрения занимает 3-4 место среди других локализаций саркоидоза, частота поражения глаз варьирует от 5 до 69 % по данным разных авторов[1,2,3,4]. Многолетние наблюдения показали, что 72.2% больных имеют благоприятное течение системного саркоидоза: спонтанная регрессия — у 20.6%, у остальных 51.6% после лечения не было обострений или рецидивов. 27.8% имели неблагоприятное течение, из них 23.8% - рецидивы, у 4% прогрессирование

Цель: оценка эффективности хирургического лечения саркоидоза орбиты на примере клинического случая.

Описание клинического случая

Пациентка М, 1956 г.р., обратилась в приемное отделение УКБ №2 с жалобами на увеличение выстояния глаза из орбиты, припухлость нижнего века, которое появилось 6 месяцев назад, состояние прогрессирует. Предварительный диагноз: Экзофтальм неясной этиологии. Госпитализирована 17.01.2022 г. для оперативного лечения - OD.

Объективно: при осмотре - вдоль всего нижнего орбитального края правого глаза пальпируется объемное образование, острота зрения (Vis:OD: 0.4. Sph:(+)1.75D. С коррекцией: 0.5), движение глаз в полном объеме, экзофтальмометрия OD - 22 мм., OS - 18 мм.

Данные инструментального обследования: УЗИ 06.12.2021 OD- Единичные плавающие помутнения в ст. теле, выстояние диска зрительного нерва -1.2 мм, в области нижнего века выявляется очаговое образование неоднородной эхо-генной плотности, сосуды располагаются по краю образования, размер 17.4*7.6 мм.

КТ орбит 10.12.2021 - по нижнему краю орбиты определяется образование в капсуле, округлой формы 9*24*21 мм. Образование прилежит к нижней стенке глазного яблока, нижней прямой и нижней косой мышцам. Ds: КТ- картина опухолевого образования правой орбиты.

Диагноз новообразование орбиты правого глаза.

Наименование операции: транскутанная орбитотомия с удалением новообразования правой орбиты.

Планирование операции. Выбор оперативного доступа обусловлен следующими обстоятельствами: в случае распространения новообразования вдоль нижней стенки орбиты в направлении нижнего века (иногда с прорывом тарзоорбитальной фасции) – выполняется транскутанная орбитотомия. Разрез при транскутанной орбитотомии проходил в 4 мм ниже костного края глазницы с последующей тупой отсепаровкой тканей. Такое положение разреза исключает развитие втянутого рубца, что позволяет получить лучший косметический эффект. Выжидательная тактика недопустима!

Ход операции. Обработка операционного поля 10% раствором бетадина *2 раза, разрез кожи н/века, транскутанная орбитотомия, мягкие ткани отсепарированы, выделено новообразование, с трудом из-за выраженного спаяния с подлежащими тканями орбиты и конъюнктивы, размером: 4 на 2 см, плотно-эластической консистенции, округлой формы. Радиокоагуляция тканей орбиты, узловые швы на кожу. Материал был направлено на гистологическое исследование. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

Результат гистологического исследования. Макроскопическое описание препарата: новообразование орбиты. Микроскопическое описание препарата: в материале конгломерат эпителиального типа гранулем без некроза с наличием гигантских многоядерных клеток типа инородных тел. Патологический диагноз: Саркоидоз орбиты OD.

Совместно с ревматологом, пациентке было назначено общее лечение глюкокортикостероидами — в дозировке: 40 мг/сут, затем постепенное (в течение 6 мес) снижение дозы до 10 мг/сут.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2022

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2022. Volume 12. Issue 10

Через 7 дней больная пришла на проверку. Локальная гиперемия кожи в области шва. Глаз был спокоен. Шов был снят с кожи нижнего века. Никаких жалоб больная не предъявляла. Острота зрения: (Vis:OD: 0.4. Sph:(+)1.75D. С коррекцией: 0.5)

Контроль пациентки через 2 месяца, отмечается положительная динамика.

Выводы

Основным методом лечения саркоидоза орбиты является хирургический – орбитотомия, удаление опухоли орбиты. План лечения разрабатывается с учетом индивидуальных анатомо-топографических особенностей орбиты, размеров опухоли, ее типа, распространенности, состояния костных стенок, регионарных лимфоузлов, наличия отдаленных метастазов. Предпочтение отдается органосохранному лечению. Медикаментозное лечение включает в себя: Системные глюкокортисостероиды, антиметаболиты, иммунодепрессанты, ингибиторы фактора некроза опухоли альфа, нестероидные противовоспалительные препараты и витамины.

Литература

1. Визель А.А. Саркоидоз: от гипотезы к практике. — Казань, Академия наук РТ, 2004. — 345 с.
2. Выренкова Т.Е., Олейниченко Е.Г. Дифференциальная диагностика саркоидоза и туберкулёза лёгких / Под ред. В.Н. Адамовича. — М.: МНИИТ, 1988. — С. 102–105.
3. Katz J.M., Bruno M.K., Winterkorn J.M., Nealon N.The pathogenesis and treatment of optic disc swelling in neurosarcoidosis: a unique therapeutic response to infliximab // Arch. Neurol. — 2003. — Vol. 60, N 3. — P. 426–430.
4. Pietinalho A., Ohmichi M., Lofroos A.B. et al. The prognosis of sarcoidosis in Finland and Hokkaido, Japan. A comparative five-year study of biopsy-proven cases of Sarcoidosis // Vasc. Diffuse Lung Dis. — 2000. — Vol. 17. — P. 158–166.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2022

Педиатрия

ID: 2022-10-376-T-19701 Тезис

ДикиноваТ.К., Свотина А.В., Таубаев Р.М., Куланина А.А., Култаева Д.С.

Изменения в клинической картине пациентов с бронхиальной астмой, применяющих препарат на основе омализумаба

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

Научный руководитель: д.м.н. Трифонов В.Д.

Актуальность. Унекоторых пациентов наблюдается стойкая неконтролируемая астма, несмотря на применение высоких доз ингаляционных ГКС. Некоторые из этих пациентов могут быть кандидатами на терапию препаратами моноклональных антител, таких как антииммуноглобулином Е (анти-IgE), анти-интерлейкином-5 (анти-IL-5), анти-IL-5R или анти-IL-4R, в зависимости от таких факторов, как их возраст, уровень содержания сывороточного IgE, количества эозинофилов крови. Пациенты с уровнем сывороточного IgE> 20 МЕ/мл с клиническими и тестовыми признаками атопии являются кандидатами на омализумаб.

Цель: определить эффект и побочное действие применения ксолара.

Материал и методы. Омализумаб примененялся у 50 детей (32мальчика и 18 девочек) в возрасте от 6 лет и старше с персистирующей аллергической астмой средней и тяжелой степени, повышенным уровнем IgE.

Уровень Ig E: Ig E от 600 до 750 МЕ/мл – 12 детей; Ig E от 750 до 950 МЕ/мл -17; Ig E от 950 до 1250 МЕ/мл – 21.

С частично контролируемым течением у 35 детей и неконтролируемым у 15 при лечении ингаляционными ГКС.

Аллергический ринит до лечения: легкая степень 0; персистирующее течение 42; средняя степень 35; тяжелая степень 26. Поливалентная аллергия: бытовая - 28; эпидермальная - 45; грибковая - 25; пыльцевая - 20. Атопический дерматит: детская форма – 14; подростковая – 17. Симптомы: заложенность носа – 33. Выраженная утомляемость – 25, низкая толерантность к физической нагрузке – 43.

На основе клинических данных пациентов, мы пришли к выводу, что «Ксолар» показал свою высокую эффективность в лечении БА. Отмечались улучшение самочувствия и сведение к минимуму жалоб в отношении БА.

Пиковая объемная скорость выдоха характеризует обструкцию: PEFл/мин на момент поступления – 41; PEF л/мин на момент выписки – 50.

Результат лечения: на фоне лечения положительная динамика – 33. Состояние больных: заложенность носа – 1; кашель редкий – 2, навязчивый – 1, сухой – 0, непродуктивный – 0, влажный – 0, приступообразный – 0, малопродуктивный – 6.

Ключевые слова: Омализумаб, Ксолар, бронхиальная астма

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2022

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2022. Volume 12. Issue 10

ID: 2022-10-376-T-19727 Тезис

Пономаренко Ю.А.

Тяжелое течение гликогеноза. Случай из клинической практики врача-педиатра

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

Актуальность. Гликогеноз - врожденное заболевание, ведущее к тяжелому поражению печени и возникновению вопроса о необходимости трансплантации.

Цель: описать клинический случай пациента Н., 2003 г., с гликогенозом 1b типа, перенесшего трансплантацию печени.

Задачи: 1. Изучить особенности тяжелого течения гликогеноза и определить показания к проведению трансплантации печени у данного больного. 2. Проанализировать катамнез пациента после трансплантации печени.

Материал и методы. На базе архива УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ и ОДКБ г. Саратова проведен ретроспективный анализ историй болезни и пациента Н. за 10 лет.

Результаты. Болен с рождения. Впервые обследован в клинике в возрасте 1 мес., выявлена гепатоспленомегалия, гиперлипидемия, синдром цитолиза. В 1 г. 4 мес. обследован в НЦЗД РАМН, диагноз: Гликогеновая болезнь 1 b тип (гепатоспленомегалия, синдром цитолиза: АЛТ 219 ед/л, АСТ 220 ед/л, гиперхолестеринемия 8,3 ммоль/л, гипогликемия 0,65 ммоль/л). В 2 г. 2 мес. – клиническая смерть на фоне пневмонии. В 2 г. 7 мес. в НЦЗД РАМН, выявлен вторичный миелодиспластический синдром, усиление ферментемии, гипогликемии. В 2 г.11 мес. (УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева) - отмечено увеличение печени + 13см, прогрессирование анемии (Hb 59г/л), ускорение СОЭ до 70 мм/ч, усиление цитолиза - АЛТ 181 Ед/л, АСТ 177 Ед/л). Появилась примесь крови в стуле, проведена колоноскопия (эрозивный проктосигмоидит). Диагноз: НЯК, назначена терапия салофальком, гемоколит купирован (позже верифицирована Б. Крона). Сформировалось типичная для гликогеноза внешность: «кукольное» лицо, большой живот, тонкие конечности, венозная сеть на груди и животе, отставание в физическом и психическом развитии. Учитывая тяжелое течение гликогеновой болезни (утренняя тощаковая гипогликемия 0,9 -1,3 ммоль/л на фоне заместительной терапии крахмалом и глюкозой) в сочетании с Б. Крона, тяжелую хроническую нейтропению, отставание в психическом и физическом развитии, в 11 лет (2014 г.) в ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», г. Москва, выполнена ортотопическая трансплантация левой доли печени от живого родственного донора (мать). Назначена иммуносупрессивная терапия (Адваграф), констатирована положительная динамика с улучшением качества жизни. В 16 лет – рост 163 см, вес – 45 кг. Сейчас пациенту 19 лет, получает супрессивную терапию, функция трансплантата печени хорошая.

Выводы. 1. Тяжелая тощаковая гипогликемия, высокий уровень цитолиза, гиперхолестеринемия, гепатоспленомегалия определяют тяжелое течение гликогеноза 1 b типа. 2. Своевременная трансплантация печени способствует как восстановлению функции печени, так и нормальному физическому развитию пациента. 3. В посттрансплантационном периоде пациентам необходима длительная иммунносупрессивная терапия

Ключевые слова: гликогеноз, ферменты, трансплантация, гипогликемия, гепатоспленомегалия

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2022

ID: 2022-10-376-T-19730 Тезис

Мусаева З.Н.

Добросовестность в лечении как необходимое условие для достижения ремиссии больного ребенка с гликогенозом

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

Актуальность. Несмотря на успехи отечественной медицины, продолжает сохраняться гиподиагностика гликогеновой болезни. Патогенетическая терапия печеночных форм гликогенозов не разработана. Терапия гликогеновой болезни сырым кукурузным крахмалом позволяет длительно поддерживать нормогликемию, однако эффективность лечения уменьшается при недостаточной комплаентности больных детей и родителей.

Цель: описать клинический случай течения гликогеноза у пациента С., 10 лет.

Задачи:1.Проанализировать течение гликогеноза у больного С. 2. Определить критерии эффективности терапии данного заболевания.

Материал и методы. По данным архива УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ проведен ретроспективный анализ историй болезни (2010 по 2019 г.) пациента С., 10 лет с диагнозом: Гликогеновая болезнь, печеночная форма.

Результаты. Впервые С. госпитализирован в 1г. 1мес. в связи с болями в животе, неустойчивым стулом, утомляемостью, слабостью. Клинически диагностирована гепатомегалия, биохимически - синдром цитолиза (АЛТ 508 ед/л, АСТ 297 ед/л) и холестаза (ЩФ-1023 ед/л). Клинический диагноз: Дисбактериоз и ДЖВП; проведена желчегонная терапия, коррекция дисбактериоза. Боли в животе сохранялись, выявлена гипогликемия 3,0 – 3,3 ммоль/л при физической активности. С учетом отягощенного генеалогического анамнеза (гликогеноз у брата), в 1г.5 мес. направлен на обследование в НИИ питания РАМН, г. Москва, установлен диагноз: Гликогеновая болезнь, печеночная форма. Сохранялся с. цитолиза, при дуплексном сканировании сосудов печени и селезенки - повышение периферического сопротивления в артериальном бассейне печени. Исключен пищевой сахар, принимал кукурузный крахмал (ситуационно), р-р гидрокарбоната натрия, курсами - желчегонные, гепатопротекторы, янтарную кислоту, препараты кальция, Элькар. Ежегодно обследуется в НИИ питания РАМН, г. Москвы и в УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ, соблюдает диету, назначения врачей. Отмечена положительная динамика: нормализация размеров печени, АЛТ 39 ед/л, АСТ 39,8 ед/л, восстановилась внутрипочечная и внутриселезеночная гемодинамика (2019).

Выводы. 1. Учитывая своевременную диагностику гликогеноза, адекватное лечение, заболевание протекает благоприятно. 2. В результате приверженности больного к лечению наступила компенсация углеводного обмена, купирован с. цитолиза, с. холестаза, восстановлена гемодинамика печени и селезенки.

Ключевые слова: гликогеновая болезнь, гипогликемия, холестаз, цитолиз

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2022. Volume 12. Issue 10

ID: 2022-10-376-T-19806 Тезис

Кручинкина О.М.

Запоздалая диагностика – создание сложностей в терапии

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии

Научный руководитель: к.м.н. Воротникова Н.А.

Актуальность. Клинико-лабораторная картина гликогеноза многообразна, что затрудняет своевременную диагностику, приводит к инвалидизации.

Цель: описать и провести анализ течения гликогеновой болезни у пациента В., 3-х лет.

Задачи. 1. Оценить последствия поздней постановки диагноза. 2. Изучить клинико-лабораторные проявления гликогеноза в детском возрасте.

Материал и методы. На основании архива УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ проанализированы ф. №003/у с 2016 г.- 2017 г.г. пациента В., 3 г.

Результаты. Мальчик родился без отклонений в состоянии здоровья, но в год родители отметили большие размеры живота; амбулаторно - с. цитолиза (АЛТ-147 ед/л, АСТ-144 ед/л). К врачу не обращались, лечения не получал; стал отставать в физическом развитии. В 2 г. обследован в УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева: гепатомегалия, прогрессирование с. цитолиза, в ОАК – анемия, СОЭ 33 мм/ч; исключены вирусные гепатиты, ВПГ, ВЭБ, токсоплазмоз, диагноз: «Хронический криптогенный гепатит высокой степени активности», назначены гепатопротекторы. Сформировалась «кукольная» внешность. В 3г.2м. в ФГБУ «ПФМИЦ» г. Н. Новгорода диагностирована гепатоспленомегалия, увеличение лимфоузлов в воротах печени при нормальном гемодинамических характеристиках, повышенная эхогенность и обеднение сосудистого рисунка печени (УЗИ); с.цитолиза, с.печеночно-клеточной недостаточности. Выполнена лапароскопическая биопсии печени (гистологическая картина гликогеноза I типа), фиброэластометрия печени – эластичность печени 2.3 Кпа (стадия фиброза F0). Анализ крови - 30% гликогенположительных лимфоцитов. Диагноз: Гликогеновая болезнь печени. Гликогеноз (I или III). Хронический гепатит обменной этиологии, биохимическая акт. II степени, ПН 1-2 ст., F0. Назначена диета, кукурузный крахмал, гепатопротективная терапия, терапия анемии. Рекомендована консультация трансплантолога г. Москвы.

Выводы. 1. Запоздалая диагностика гликогеноза обуславливает назначение дорогостоящих курсов обследования и лечения. 2.При наличии у ребенка раннего возраста гепатомегалии, синдрома цитолиза и печеночно-клеточной недостаточности, отставания в физическом развитии, необходимо исключить гликогеновую болезнь печени.

Ключевые слова: диагностика, запоздалая, гликогеноз, ребёнок

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2022

ID: 2022-10-376-T-19818 Тезис

Арсалиева А.Ш., Казиханова М.А.

Клинико-лабораторные особенности и дифференциальная диагностика гонадотропинзависимого ППР и изолированного телархе у девочек г. Саратова

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии

Научный руководитель: к.м.н. Дронова Е.Г.

Актуальность. Диагностика преждевременного полового развития (ППР) у девочек остается актуальной проблемой, т.к. при гонадотропинзависимых формах (ГППР) назначается терапия, предупреждающая инвалидизацию больных, при изолированном телархе (ИТ) лечения не требуется.

Цель исследования: по данным ДЭО УКБ №1 проанализировать клинико-лабораторные особенности вариантов ППР, встречающихся у девочек г. Саратова.

Материал и методы. Изучены истории болезни 30 пациенток в возрасте 9 мес - 10 лет, обследованных в ДЭО УКБ №1. ИТ диагностировано у 20, ГППР - у 10 пациенток. Оценивались показатели роста, ИМТ, развитие молочных желез (Ма), ФСГ, ЛГ (базальные и на пробе с ГнРГ), ЛГ/ФСГ сыворотки крови, костный возраст (КВ), данные УЗИ ОМТ, МРТ ГМ.

Результаты. ИТ диагностировано в 9мес - 3 года у 6 девочек, в 3 - 5 лет у 4, в 5 - 7 лет у 10. Диагноз ГППР установлен в 1 год (n=1), в 4 года (n=1), в 5 - 7 лет (n=8). При ИТ имелось увеличение Ма2 (n= 16) и Ма3 (n= 4), рост и КВ соответствовали возрасту. При ГППР Ма2 (n=6), Ма3-4 (n=4), сопровождалось высокорослостью (n=10), «взрослым» запахом пота (n=4), меноподобными выделениями (n=4), опережением КВ на 2 - 3 года. При УЗИ ОМТ у 4 пациентов с ИТ и 8 ГППР имелось увеличение матки, утолщение эндометрия. Допубертатный уровень ЛГ (до 2,28 мМе/мл) и ФСГ (до 5,33мМе/мл) характерны для ИТ, при ГППР ЛГ (до 6,18 мМе/мл), ФСГ (до 4,31 мМе/мл). При ИТ на пробе с ГнРГ (n=14) ЛГ был низким (М= 2,13 мМе/мл), ФСГ высоким (М= 16,8 мМе/мл). ЛГ/ФСГ от 0,3 до 0,1 (М 0,2), что характерно для ИТ. При ГППР на пробе ГнРГ (n=10) ЛГ до 129, 9 мМе/мл ,ФСГ до 33,5 мМе/л .МРТ ГМ проведена всем детям с ГППР: патологии нет у 8, липома хиазмально-селлярной области - у 1, состояние после ВЖК у1 больной.

Выводы. 1. Выявлены различия клинических, лабораторно-инструментальных данных ИТ и ГППР у девочек. 2. Диагноз ИТ верифицируется пробой с ГнРГ. 3. Девочкам с ГППР показана МРТ ГМ для исключения органической природы заболевания.

Ключевые слова: изолированное телархе, гонадотропинзависимое ППР

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2022. Volume 12. Issue 10

Скорая неотложная и анестезиолого-реанимационная помощь

ID: 2022-10-4-A-19681 Краткое сообщение

Кулигин А.В., Зеулина Е.Е., Капралов С.В., Колоколов О.В., Щуковский Н.В., Аржаева И.А., Фомина Т.А., Гурьянов А.М., Козлов В.В., Панченко Е.И., Иванов В.В., Иоффе А.Д., Аврамец А.А., Абушинова Д.В., Алешина А.А., Атаева К.С., Вейденбах Е.Э., Горбунова О.А., Гунбин Н.А., Зоркин М.Н., Канидьева Н.В., Кудрина М.В., Курцева Л.Н., Кушнерева Е.Н., Мареев Е.И., Меджидов М.А., Меркоданов Р.С., Мухомедьяров Д.Д., Новиков В.Е., Сорокина О.А., Токарев В.А., Тетекаев Б.А., Сотов Н.Л., Углов О.С., Унайбеков Д.Е., Федюшина А.О., Беспалова А.Ю., Положенков А.Е., Садовсков Н.М., Фатькин Д.Ю.

Методика анализа фазовой динамики колебательных систем для оценки связанности низкочастотных ритмов электроэнцефалограммы при коме у пациентов с нарушением мозгового кровообращения

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра скорой неотложной, анестезиолого-реанимационной помощи и симуляционных технологий в медицине

Резюме

Актуальность. У пациентов в коме возрастает значимость объективных и количественных оценок пациента по записям колебательной динамики функциональных систем организма, взаимосвязь которых является важным признаком в жизнеспособности. *Цель исследования.* Провести анализ фазовой динамики колебательных систем для оценки связанности низкочастотных ритмов электроэнцефалограммы (ЭЭГ) при коме у пациентов с нарушением мозгового кровообращения. *Материал и методы.* Экспериментальные данные получены на базе клинических больниц г. Энгельса. *Результаты.* Анализ связей ритмов ЭЭГ проводился на характерных для коматозного состояния пациентов при частотах от 4 до 6 Гц. Уровень синхронизации изучаемых процессов оценивался с помощью коэффициента фазовой когерентности. *Вывод.* Обнаружено, что связь между симметричными отведениями с левого и правого полушарий двунаправленная. При этом интенсивность взаимодействия во времени флуктуируют слабо.

Ключевые слова: нарушение сознания, фазовая динамика колебательных систем, ЭЭГ

Актуальность

Острое нарушение мозгового кровообращения, как правило, сопровождается нарушением целостности организма, в первую очередь за счет нарушения сознания до комы. У пациентов в коме возрастает значимость объективных и количественных оценок пациента по записям колебательной динамики функциональных систем организма, взаимосвязь которых является важным признаком в жизнеспособности.

Цель исследования: провести анализ фазовой динамики колебательных систем для оценки связанности низкочастотных ритмов электроэнцефалограммы (ЭЭГ) при коме у пациентов с нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы

Сложность, вариабельность колебаний в организме и их анализ, а также оценка взаимосвязей требует применения современной теории колебаний и нелинейной динамике. Экспериментальные данные получены на базе клинических больниц г. Энгельса ГАУЗ «Энгельсская городская клиническая больница №1» и ГАУЗ «Энгельсская городская клиническая больница №2» за период 2017 – 2020 гг. Запись ЭЭГ регистрировалась у пациентов в коме, длительность записи 120 минут.

Результаты

Анализ связей ритмов ЭЭГ проводился на характерных для коматозного состояния пациентов при частотах от 4 до 6 Гц. Уровень синхронизации изучаемых процессов оценивался с помощью коэффициента фазовой когерентности. Сигналы ЭЭГ предварительно фильтровались полосовым фильтром в полосе частот 4 – 6 Гц, фаза сигналов выделялась с помощью традиционно используемого преобразователя Гильберта И.О.

Вывод

С помощью метода, основанного на моделировании фазовой динамики, обнаружено, что связь между симметричными отведениями с левого и правого полушарий двунаправленная (связь в обе стороны). При этом интенсивность взаимодействия во времени флуктуируют слабо.

Литература

1. Ponomarenko V.I., Prokhorov M.D., Karavaev A.S., Kiselev A.R., Gridnev V.I., Bezruchko B.P Synchronization of low-frequency oscillations in the human cardiovascular system // Eur. Phys. J. Special Topics. 2013. V. 222. № 10. P. 2687–2696.
2. Киселев А.Р., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Беспятов А.Б., Довгалевский П.Я., Пономаренко В.И., Прохоров М.Д., Котельникова Е.В Методика исследования синхронизации колебательных процессов с частотой 0.1 Гц в сердечно-сосудистой системе человека // Терапевтический архив. 2007. Т. 79. № 4. С. 23–31.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2022

ID: 2022-10-4-T-19690 Тезис

Пригородов М.В., Кулигин А.В., Панченко А.П.

Анализ случаев дифференцированного блока (Gasser H.S., Erlanger J., 1929) при традиционной методике спинальной анестезии

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

Актуальность. Спинальная анестезия (СМА) выполняется у пациентов, которым показано оперативное вмешательство при геморроидэктомии. Данный метод позволяет не только провести качественную блокаду, ускорить время перевода в профильное отделение, но и снизить количество осложнений. При популярности метода существует редко встречающийся феномен «дифференцированного блока».

Цель исследования: проанализировать случаи дифференцированного блока при традиционной методике спинальной анестезии.

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациентов, разного возраста, пола, антропометрических данных, которым выполнялась геморроидэктомия под СМА по традиционной методике с введением местного анестетика (МА) – раствора лидокаина (2%, 3 мл, со скоростью 1 мл/мин). Пункцию субарахноидального пространства производили в положении сидя, срединным доступом, иглами Квинке 22-25G, в промежутке L III – L IV. Ориентация среза спинальной иглы боковая. Нахождение иглы в субарахноидальном пространстве подтверждали свободным истечением ликвора. После введения раствора МА больного укладывали на спину. Время оперативного вмешательства 30 - 50 минут.

Результаты. В ходе исследования у 2 из 30 человек был выявлен «дифференцированный блок», с наступлением сенсорного блока и отсутствием моторного блока (по Bromage – 0 баллов). На протяжении всего времени оперативного вмешательства исследуемые пациенты не испытывали чувство боли и какого-либо дискомфорта. По визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) отмечали 0 баллов. Полная регрессия сенсорного блока происходила через 90 - 100 минут. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений, характерных для спинальной анестезии.

Вывод. Проанализировав случаи феномена «дифференцированного блока», встречающиеся не так часто в практике врача анестезиолога-реаниматолога, можно говорить, что причинами такой дифференциации является селективная блокада нервных волокон в зависимости от их толщины и концентрации местного анестетика. При распределении МА в соответствии с законами его распространения и постепенным разбавлением ликвором, его концентрация снижалась и становилась недостаточной для блокады супермиелинизированных нервных волокон. О феномене следует говорить с позиции проявления СМА, нежели осложнения, что аргументировано как отсутствием болевых ощущений интраоперационно, так и отсутствием в раннем послеоперационном периоде неблагоприятных реакций и осложнений, типичных для этого вида анестезии.

Ключевые слова: дифференцированный блок, спинальная анестезия, Гассер, Эрлангер

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2022

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2022. Volume 12. Issue 10

Хирургия

ID: 2022-10-24-T-19839 Тезис

Корчаков Н.В., Царев О.А.

Современные методики оценки кардиоваскулярного риска у больных хирургического профиля

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

Цель: анализ современных методик прогнозирования риска кардиоваскулярных (КВР) осложнений у больных хирургического профиля.

Материал и методы. Работа выполнена на основе обзора литературы, представленной в научных базах данных Medline, Pubmed, Elibrary, Globalsurgery. Поиск осуществляли по ключевым словам: прогнозирование кардиоваскулярного риска. Выявлено 500 источников, в обзор включены – 52. Особое внимание уделяли анализу неинвазивных методик оценки КВР. Анализировали время необходимое для оценки риска кардиоваскулярных осложнений, а также возможности непрерывного мониторинга в реальном масштабе времени.

Результаты. Большая часть исследований - 89% посвящены клиническому использованию шкалы SCORE, которая разработана для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет. Основным недостатком шкалы является инвазивность, поскольку необходим биохимический анализ крови.

Ряд исследований посвящены оценке кардиоваскулярных осложнений на основании расчёта жесткости артерий с использованием сердечно-лодыжечного сосудистого индекса. Недостатком является высокая зависимость от артериального давления.

Интересен метод оценки КВР путем расчета лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) с совместной оценкой скорости пульсовой волны. Недостатком данной методики является значительная погрешность измерения ЛПИ при различных заболеваниях сосудов.

Известна методика оценка КВР с двухминутным скринингом резонанса L-гомоцистеина. Недостатком данного метода является зависимость резонанса гомоцистеина при различных инфекционных заболеваниях.

Методика оценки риска кардиоваскулярных осложнений на основании анализа комплекса интима-медиа общей сонной артерии сопряжена с длительным обследованием, требует использование дорогостоящего оборудования и высококвалифицированных специалистов.

Разработана методика оценки КВР с помощью объемной компрессионной осциллометрии, но в настоящее время не выявлена корреляции параметров артериального давления, полученным осциллометрическим методом с параметрами, полученными методом Короткова.

Известен способ оценки КВР расчетом индекса соответствия, однако метод требуют интерпритации лечащего врача.

Представляет интерес метод интегральной оценки кардиоваскулярного риска на основании неинвазивного мониторинга вязкости крови, гематокрита, артериального давления, частоты сердечных сокращений, эластичности стенки артерии, разработанный на кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета СГМУ.

Вывод. Выявлен дефицит научных работ, посвященных неинвазивным методам оценки кардиоваскулярного риска, которые позволяют проводить непрерывный мониторинг, а также могут быть использованы для самоконтроля, что требует дальнейших исследований.

Ключевые слова: прогнозирование кардиоваскулярных рисков, КВР

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2022

ID: 2022-10-24-T-19870 Тезис

Мухортов Д.С., Царев О.А.

Применение лазерных технологий в комплексном лечении больных с мультифокальным атеросклерозом

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

На кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского лазерные технологии внедрены в клиническую практику с 1989 года. Инициатором внедрения лазерных технологий является наш незабвенный учитель Захарова Галина Николаевна.

Цель: проанализировать клиническую эффективность внутривенного, внутриартериального, наружного лазерного воздействия, а также лазерной доплеровской флоуметрии в комплексном лечении больных с мультифокальным атеросклерозом.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ использования внутривенного, внутриартериального, наружного лазерного воздействия, лазерной доплеровской флоуметрии в комплексном лечении больных с мультифокальным атеросклерозом.

Результаты. Применение внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении больных облитерирующим атеросклерозом с I – II стадией ишемии конечности обеспечивает повышение эффективности лечения (в 1,5 раза увеличивается число больных, у которых лечение имеет эффект). У больных с критической ишемией конечности (боли в покое) внутривенное лазерное облучение крови позволяет в 2 раза сократить количество ампутаций конечности. Применение наружного лазерного облучения конечности, а также «квантовой баротерапии» целесообразно в комплексном лечении больных мультифокальным атеросклерозом с окклюзией дистальнее бедренного артериального сегмента. Лазерная допплеровская флоуметрия позволяет интегрально оценивать объемный кровоток в микроциркуляторном русле, обеспечивает условия для адекватного выбора уровня ампутации конечности. Многократное внутриартериальное лазерное воздействие целесообразно использовать в комплексном лечении больных атеросклерозом с критической ишемией конечности как альтернатива ампутации.

Вывод. Применение лазерных технологий открывает еще нереализованные возможности улучшения результатов лечения больных с мультифокальным атеросклерозом.

Ключевые слова: внутривенное, внутриартериальное, наружное лазерное воздействие

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2022

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2022. Volume 12. Issue 10

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2022