

ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

**БЮЛЛЕТЕНЬ  
МЕДИЦИНСКИХ  
ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ**

**Bulletin of Medical Internet Conferences**



2014 Т о м 4 Выпуск 4  
2014 Volume 4 Issue 4

## Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2014. Том 4. Выпуск 4 (Апрель)

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

### Главный редактор

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

### Зам. главного редактора

Ю.В. Черненко, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

### Ответственный секретарь

А.Р. Киселев, докт. 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.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

### Редакционная коллегия

Е.А. Анисимова, 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, канд. 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)

### Помощник ответственного секретаря

Ю.В. Попова (Россия, Саратов)

### Технический редактор

А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

### Адрес редакции:

410033, г. Саратов, просп. 50 лет Октября, 101.

E-mail: [info@medconfer.com](mailto:info@medconfer.com)

Электронная версия журнала – на сайте [www.medconfer.com](http://www.medconfer.com)

Общественное рецензирование публикуемых материалов  
осуществляется на сайте [www.medconfer.com](http://www.medconfer.com).

Материалы публикуются в авторской редакции.

Сведения обо всех авторах находятся в редакции.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2014

## Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2014. Volume 4. Issue 4 (April)

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

### Editor-in-Chief

V.M. Popkov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

### Deputy Chief Editor

Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

### Executive Secretary

A.R. Kiselev, D.Sc., 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)

Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

### Editorial Board

E.A. Anisimova, 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, PhD, 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)

### Assistant Executive Secretary

Yu.V. Popova (Saratov, Russia)

### Technical Editor

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

E-mail: [info@medconfer.com](mailto:info@medconfer.com)

URL: [www.medconfer.com](http://www.medconfer.com)

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2014

### III Всероссийская неделя медицинской науки с международным участием

#### Конференция интернов и ординаторов

*Организаторы:*

- ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
- Общество молодых учёных и студентов Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского,
- Проект «Медицинские конференции On-line»

*Дата проведения очной сессии:* 3-6 марта 2014 года

*Подробная информация о мероприятии на сайте:* <http://medconfer.com/Rusmedsci-2014-about>

<b>Акушерство и гинекология</b> .....	257
<i>Пучков С.М., Найко Ю.В.</i> Особенности течения беременности и родов у пациенток после экстракорпорального оплодотворения .....	257
<i>Козлова Т.У.</i> Роды с использованием вакуум-системы KIW1 .....	258
<i>Загора О.А., Магомедова М.М., Шахмарданова С.Р.</i> Течение и исход беременности при острых респираторных вирусных инфекциях .....	259
<i>Хоменко Т.И.</i> Осложнение после лапаротомии на фоне послеоперационного спаечного процесса .....	260
<i>Иванова Т.В.</i> Структура гинекологической заболеваемости у женщин позднего репродуктивного возраста .....	261
<i>Донгузова Е.В.</i> Влияние плацентита на течение и исход беременности .....	262
<i>Лоскутова Е.А.</i> Особенности течения беременности и родов у женщин с миомой матки .....	263
<i>Бяширова Э.Р.</i> Ведение беременности и родов у женщин с оперированной маткой (рубец на матке).....	264
<i>Абросимова Л.В.</i> Влияние плацентита на зрелость и заболевания новорожденных .....	265
<i>Темирова Л.Р., Абросимова Л.В.</i> Анализ ведения беременности, осложненной преждевременным разрывом околоплодных мембран .....	266
<i>Короткова Т.В.</i> Миома матки с атипичным расположением фиброматозных узлов (редкие клинические случаи) .....	267
<i>Кофанова Л.С.</i> Гнойно-септические осложнения в акушерстве .....	268
<i>Короткова Т.В.</i> Особенности нарушений гормональной функции плаценты у женщин с угрозой прерывания беременности герпетической этиологии при различных методах лечения.....	269
<i>Жильнио Е.Ю.</i> Диагностические и прогностические возможности автоматизированного интранатального кардиотокографа «Уникос» .....	270
<i>Тарламазян А.В.</i> Гормонотерапия при эндометриозной болезни .....	271
<i>Полиданова Е.П.</i> Резус-конфликтная беременность и гемолитическая болезнь новорожденных .....	273
<i>Камалян С.А.</i> Течение и исход родов при мекониальном окрашивании околоплодных вод .....	274
<i>Шахсуварян С.Г.</i> Малоинвазивные репродуктивно-сохраняющие технологии в лечении трубной беременности .....	275
<b>Дерматовенерология и косметология</b> .....	276
<i>Спирина В.Г., Мащенко Ю.В.</i> Особенности течения пигментной крапивницы у детей .....	276
<i>Талалайко О.С., Власова Д.В.</i> Особенности течения многоформной экссудативной эритемы в старческом возрасте .....	277
<i>Каймурзина А.Ш., Цибиногина И.В.</i> Опыт применения локальной ПУВА – терапии при многоочаговой алопеции .....	278
<i>Щербакова Н.С., Швырева Д.О.</i> Случай возникновения кольцевидной эритемы Дарье .....	279
<i>Карпова Е.Н.</i> Случай дерматоза линейного IgA зависимого у ребенка (клинически).....	280
<i>Акимова И.С., Муратова Д.С.</i> Случай климактерической кератодермии Хакстхаузена .....	281
<b>Лучевая диагностика и лучевая терапия</b> .....	282
<i>Ананьева П.В., Полушкин С.В., Костина И.А.</i> Лучевая терапия дегенеративно-дистрофического процесса пяточной кости (пяточный остеофит) .....	282
<i>Базанова Т.С., Мельникова Е.В.</i> УЗИ и МРТ в диагностике острого деструктивного панкреатита (преимущества и недостатки) .....	283
<i>Меринов А.В., Меринова С.Г., Юрьев А.О.</i> Трудности лучевой диагностики туберкулеза легких на фоне ВИЧ-инфекции .....	284
<i>Синайская Е.И., Ротар С.Р.</i> Дифференциальная диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы.....	285
<i>Лушникова С.А., Филогин Р.С., Никольский Ю.Е.</i> Сравнение диагностических возможностей диффузионно-взвешенной МРТ и стандартных протоколов МРТ в острой фазе ишемического инсульта .....	286
<i>Щукина О.Е.</i> Информативность магнитно-резонансной томографии в диагностике первичного рака печени .....	287
<i>Николенко О.А.</i> Информативность и алгоритм лучевых методов в диагностике рака ворот печени.....	288
<i>Бобылев Д.А., Завьялова А.О., Никольский Ю.Е.</i> Магнитно-резонансная томография в диагностике «малых» опухолей почек .....	289
<i>Савичева Е.Н., Шабарова А.А., Булгучев А.Г.</i> Рентгенологическое исследование в диагностике дивертикулов пищеварительного тракта.....	290
<i>Травничев Д.В., Дудко А.В.</i> Особенности дискогенной радикулопатии при компьютерной томографии .....	291

<b>Менеджмент здравоохранения</b> .....	292
<i>Кунина С.В., Кунина А.В.</i> Маммология от античности до наших дней .....	292
<i>Волчкова М.П.</i> Анализ мнений среднего медицинского персонала о реформировании здравоохранения .....	293
<i>Иванова Е.П.</i> Рынок фармацевтических производителей в России .....	294
<i>Выскубова О.Ю.</i> Проблемы стандартизации сестринской деятельности по мнению медицинских сестер .....	295
<i>Шереметьева А.С.</i> Доступность фармацевтической помощи населению Фрунзенского района города Саратова .....	296
<i>Кравченко И.А.</i> Конфликты в аптечных организациях .....	297
<i>Демидова Ю.А.</i> Современные проблемы и перспективы развития сестринского образования .....	298
<i>Пономарева Л.П.</i> Изучение мнения среднего медицинского персонала по проблемам статуса и престижа профессии медицинской сестры .....	299
<i>Щенникова Т.И., Пышкина М.А.</i> Формы организации и оплаты труда в фармацевтической организации .....	300
<i>Куулар А.О.</i> Обеспеченность населения Октябрьского района г. Саратова фармацевтической помощью .....	301
<i>Кривова В.А.</i> Реализация правил и принципов мерчендайзинга в аптечных организациях г. саратова .....	302
<i>Елкина Е.В.</i> Анализ мнения пациентов о реформировании здравоохранения в России .....	303
<i>Биктимирова А.С.</i> Анализ мнения средних медицинских работников о проблемах реформирования сестринского дела .....	304
<b>Офтальмология</b> .....	305
<i>Рябкина С.В.</i> Роль современных технологий в ранней диагностике изменений со стороны зрительно-нервного анализатора у детей и подростков с миопией средней и высокой степени .....	305
<i>Евсеев И.С., Видяшева И.В., Петрова Н.В.</i> Перспективы применения тканеинженерных конструкций для восстановления структуры поврежденной склеры .....	306
<i>Миралиева А.А.</i> Значение паттерн-электроретинографии и фотопического негативного ответа в ранней диагностике первичной открытоугольной глаукомы .....	307
<i>Рыгалова Е.В.</i> Анализ результатов хирургического лечения рефрактерной глаукомы с имплантацией углеродного дренажа .....	308
<i>Аит Ахмед Х.</i> Соотношение результатов мультифокальной-ЭРГ и оптической когерентной томографии в диагностике и наблюдении больных с возрастной макулярной дегенерацией .....	309
<i>Худбеева Л.Ф.</i> Рациональное медикаментозное и хирургическое лечение дакриоциститов новорожденных .....	310
<i>Расулова Н.М.</i> Состояние роговицы после факоемульсификации .....	311
<i>Данилова Е.Ф., Колбнев И.О.</i> Анализ клинической рефракции глаза после факоемульсификации с имплантацией ИОЛ и способы ее коррекции .....	312
<i>Аит Ахмед Х., Сумарокова Е.С., Еременко К.Ю.</i> НЕВАНЭК® как новое средство в лечении больных с артефакцией в послеоперационном периоде .....	313
<b>Педиатрия</b> .....	314
<i>Лисицына А.С.</i> Состояние новорожденных в зависимости от длительности безводного промежутка и инфекционного процесса у матери .....	314
<i>Попова О.А., Уваров Д.Н.</i> Новые возможности консервативной терапии гемангиом у детей .....	315
<i>Попова О.А.</i> Роль вспомогательной базисной терапии в комплексном лечении атопического дерматита у детей .....	316
<i>Шпак А.Б., Каткова Е.В.</i> Влияние БОС-терапии на психофизиологический статус детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря .....	317
<i>Мышкина А.И.</i> Применение внутривенных иммуноглобулинов при ювенильном ревматоидном артрите .....	318
<i>Иванов В.В., Изверова Е.А., Кадура А.А.</i> Отравление дурманом у школьников - медико - социальная проблема .....	319
<i>Любимова М.А., Дунаева Е.В., Беляева Н.А.</i> Течение раннего неонатального периода у новорожденных детей от матерей с гнойно-воспалительными изменениями в плаценте .....	320
<i>Ян А.А.</i> Изучение клинической эффективности комплексного гомеопатического препарата «Инфлюцид» в лечении детей с ОРВИ .....	321
<i>Скорикова Е.А., Муканова А.А.</i> Анализ ошибок ведения детей с очень и экстремально низкой массой тела при рождении на амбулаторном этапе .....	322
<i>Дунаева Е.В., Любимова М.А.</i> Клинико-анамнестическая характеристика детей с врожденными пороками развития .....	323
<i>Кирпиленко Е.А., Скорикова Е.А.</i> Сравнительная характеристика периода ранней адаптации детей после ЭКО и естественного зачатия .....	324
<i>Горлова И.А., Журавлева О.И., Крылова А.В.</i> Особенности течения острой ревматической лихорадки на современном этапе .....	325
<i>Холкина Ю.В., Мартынова М.А., Карташова И.С.</i> Микозы новорожденных .....	326
<i>Щербатюк Е.С.</i> Новые возможности антибактериальной терапии острых респираторных заболеваний у детей .....	328
<i>Юрова Е.С.</i> Использование видеокапсульной эндоскопии в диагностике болезни Крона .....	329
<i>Клюев С.А., Комиссаренко Л.А., Любимова М.А., Беляева Н.А.</i> Врожденная кистозная мальформация легкого .....	330
<i>Беляева Н.А., Комиссаренко Л.А.</i> Оценка уровня знаний матерей в вопросах грудного вскармливания до и после занятий в школе материнства .....	332
<i>Стасова Ю.В., Терещенко В.А.</i> Особенности здоровья детей, рожденных с помощью применения репродуктивных технологий по данным ПЦ СО .....	333
<i>Павлова М.П.</i> Индивидуальные особенности течения сахарного диабета 2 типа у детей .....	334



<i>Макунина Ю.Ю., Юрова Е.С., Мельниченко О.А.</i> Структура ревматических заболеваний у детей по данным клиники госпитальной педиатрии за последние 30 лет.....	335
<i>Иванов В.В., Бессонова О.С.</i> Последствия поражения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта вследствие случайного употребления детьми агрессивных химических веществ .....	336
<i>Зверева Е.С.</i> Узловые формы зоба у детей.....	338
<b>Скорая неотложная и анестезиолого-реанимационная помощь.....</b>	<b>339</b>
<i>Лученков А.А.</i> Применение велоэргометрического теста как методики ишемического прекодиционирования.....	339
<i>Василянский В.В.</i> Гемодинамика при ТЭЛА: доплеровский метод исследования- USCOM .....	340
<i>Алексеев И.О.</i> Сочетанная гормональная терапия в критическом состоянии.....	341
<i>Салманов А.Р.</i> Дисфункция ЖКТ в критическом состоянии .....	342
<i>Рубан В.В., Зеулина Е.Е.</i> Случай успешной интенсивной терапии раннего послеоперационного осложнения у больной после операции: тимэктомия, субтотальная резекция щитовидной железы .....	343
<i>Левина М.Е.</i> Значение центральной гемодинамики в развитии вторичных коагулопатий .....	344
<b>Стоматология .....</b>	<b>345</b>
<i>Батусов Н.А., Коробкин А.И.</i> Особенности получения оттисков методикой открытой ложки с дентальных имплантатов.....	345
<i>Ларькина Е.А.</i> Эффективность сотрудничества ортодонта и ортопеда-стоматолога в процессе лечения комплексной патологии.....	346
<i>Шлыкова А.В.</i> Применение материала «Ribbond» при генерализованной повышенной стираемости зубов .....	347
<i>Дудкина О.А.</i> Использование различных методов анализа ортопантомограмм для планирования лечения пациента с аномалией положения третьих постоянных моляров нижней челюсти .....	348
<i>Шевцова Ю.В.</i> Роль оценки факторов риска развития раннего детского кариеса в планирование лечебно-профилактических мероприятий .....	349
<i>Муфазалов Э.Р.</i> Применение Sofreliner Tough M при челюстно-лицевом протезировании.....	353
<i>Пичугина Е.Н., Арушанян А.Р.</i> Индивидуальный подход к лечению пациентов стоматологического профиля в зависимости от их психологического статуса.....	354
<i>Жибылев Е.А.</i> Целесообразность восстановления дефектов зубных рядов и их осложнений бюгельными протезами из термопластического материала .....	357
<i>Веретёхин А.А.</i> Лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне цирроза печени .....	358
<i>Разаков Д.Х., Кленкова М.И., Коробкин А.И.</i> Объемное моделирование краев полных съемных пластиночных протезов с учетом анатомии нейтральной зоны .....	359
<i>Лёвина К.С.</i> Особенности травм челюстно-лицевой области, сочетающихся с закрытыми черепно-мозговыми травмами.....	361
<i>Ирицян К.Х.</i> Оценка клинической эффективности применения методов реконструктивной хирургии в лечении дефектов челюстно-лицевой области.....	362
<i>Азов Д.О., Прошин А.Г., Василиадис Р.А.</i> Объективный способ измерения стабильности имплантатов .....	363
<i>Бекирова Ф.М.</i> Внутрикостная миграция или "Мигрирующий зуб" .....	365
<i>Гоголева А.В., Кочетова М.С.</i> Сравнительный анализ методик исследования боковых телерентгенограмм головы в клинике ортодонтии .....	368
<i>Гянджали Н.Т.</i> Брекет-техника или элайнеры? .....	370
<i>Куруптурсунов А.А.</i> Особенности ведения стоматологического амбулаторного приема у детей с детским церебральным параличом .....	371
<b>Терапия.....</b>	<b>373</b>
<i>Беймишева С.М.</i> Клинический случай, протекающий под маской острого коронарного синдрома .....	373
<i>Юмартова О.Т.</i> Динамика функции внешнего дыхания у больных с идиопатической интерстициальной пневмонией и фиброзирующим альвеолитом, получающих активную иммуносупрессивную терапию.....	374
<i>Исмаилова А.С.</i> Рисполепт в комплексной терапии раннего детского аутизма органического и процессуального генеза .....	375
<i>Романова Т.А.</i> Особенности развития и лечения артериальной гипертензии у больных ревматоидным артритом .....	376
<i>Софьяна А.В.</i> Бета-лактамазы расширенного спектра – проблема современной антибиотикотерапии.....	377
<i>Собакина О.Ю.</i> Личностные ценности у больных алкоголизмом.....	378
<i>Бордунова Д.В.</i> Психоэмоциональное состояние женщин с климактерическим синдромом.....	379
<i>Китавина В.И.</i> Варианты развития шизофрении с учетом полиморфизма гена BDNF .....	380
<i>Янушко П.С., Гущина О.В.</i> Исследование аффективных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью .....	381
<i>Хайрова Д.Н.</i> НПВП-ассоциированные гастропатии: факторы риска, тактика лечения .....	382
<i>Цыбулина А.В.</i> "Амиодароновое легкое": клиническое наблюдение .....	383
<i>Фирсунина О.А.</i> Случаи выявления туберкулеза у пациентов пульмонологического отделения городской больницы (ретроспективный анализ).....	384
<i>Бакутов С.В., Волкова Н.Ю., Кузьменко А.Н.</i> Негативные метаболические последствия терапии диуретиками .....	385
<i>Куценко Е.В., Дорошина М.Г.</i> Диагностические и терапевтические аспекты болезни Крона .....	386
<i>Урис Д.Д.</i> Болезнь Вильсона-Коновалова .....	387
<i>Данилова Е.В., Деркач В.Ю.</i> Сложный случай диагностики заболевания суставов .....	388

<i>Пластинина Е.С., Акманова А.Р.</i> Распространенность хронической обструктивной болезни легких у пациентов кардиологического профиля .....	389
<i>Федоритова М.О.</i> Особенности терапии ВИЧ-ассоциированной нефропатии.....	390
<i>Хондарян Э.В.</i> Частота встречаемости электрокардиографических признаков при тромбоэмболии легочной артерии.....	391
<i>Бичурина Д.М., Чернова Ю.В.</i> Инфекционные осложнения в отдаленные сроки после трансплантации почки (клиническое наблюдение) .....	392
<i>Чернова Ю.В., Бичурина Д.М.</i> Опыт терапии первичного AL-амилоидоза .....	393
<i>Данилова Е.В., Деркач В.Ю.</i> Возможность самостоятельного обследования пациентов со спондилоартритами в рамках еженедельного дистанционного мониторинга активности и функционального статуса.....	394
<i>Акулова А.А., Апаркина А.В., Шмелькова М.Ю., Ребров А.П., Гайдукова И.З.</i> Различные режимы наблюдения за пациентами со спондилоартритами ассоциируются с изменением приверженности лечению и эффективности терапии: результаты 18-месячного наблюдения.....	395
<i>Мясоедов Е.В.</i> Особенности течения лекарственного поражения почек .....	398
<i>Муравлева Э.А., Стародубова А.В., Пышкина Н.П., Дуйсенова О.С.</i> Детекция мутации de novo в гене дистрофина и её значение для медико-генетического консультирования при мышечной дистрофии Дюшенна .....	399
<i>Михайловичева А.И., Янушко П.С.</i> Возможности применения агомелатина в терапии тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с нестабильной стенокардией .....	401
<i>Апаркина А.В., Спицына М.Ю., Гайдукова И.З.</i> Особенности активности заболевания и подвижности аксиального скелета у женщин с аксиальным спондилоартритом.....	405
<i>Горская А.Г., Гамова И.В.</i> Фармако-эпидемиологическая характеристика использования ингаляционных комбинированных препаратов будесонида в специализированной практике .....	407
<i>Майорова С.В.</i> Оценка эффективности проводимой антигипертензивной терапии у пациентов с абдоминальным ожирением.....	408
<i>Аксенова А.А., Кузнецова М.А., Павёлкина Е.И., Ситкали И.В.</i> Электронейромиография и ДНК-диагностика как основа современного медико-генетического консультирования при наследственной моторно-сенсорной невропатии .....	410
<i>Дудко А.В., Травиничев Д.В., Салина Е.А., Кузнецова Е.Б., Пипинашвили Е.В.</i> Клинический случай инфаркта головного мозга с развитием синдрома «гемихорея-гемибаллизм» .....	412
<i>Кононова А.А.</i> Определение роли уровня тревожности больных туберкулезом в клинической практике.....	414
<b>Урология и андрология</b> .....	415
<i>Уклеина В.В.</i> Неoadъювантная гормональная терапия локализованного рака предстательной железы.....	415
<i>Троцановский К.В., Шатылко Т.В.</i> Применение хирургического гольмиевого лазера Lumenis VersaPulse PowerSuite 100W в лечении урологических заболеваний.....	416
<i>Шатылко Т.В., Седов Д.С.</i> Серая зона PSA: статистико-математический анализ с применением метода искусственных нейронных сетей.....	417
<i>Морshed М.А., Шатылко Т.В.</i> Отдаленные результаты трансплантации почки от живого родственного донора.....	418
<i>Шатылко Т.В., Троцановский К.В.</i> Микробиологическая флора в урологических отделениях.....	419
<i>Комягина Ю.М.</i> Тактика лечения больных диффузной гиперплазией предстательной железы с острой задержкой мочеиспускания.....	420
<i>Халимуллина Р.Р.</i> Лечение рецидивов рака мочевого пузыря.....	421
<b>Хирургия</b> .....	422
<i>Студеникин Л.В., Бондаревский И.Я.</i> Диагностика и хирургическая коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости при лечении холецистолитиаза .....	422
<i>Ушакова В.В.</i> Роль ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей в диагностике диабетической стопы .....	423
<i>Шевцов О.Б.</i> Отдаленные последствия перенесённого диффузного аксонального повреждения головного мозга.....	424
<i>Хилько А.О.</i> Артериальная химиоэмболизация нерезектабельных метастазов колоректального рака в печени .....	425
<i>Аксенов А.А.</i> Профилактика послеоперационных тромбозов у онкологических больных.....	426
<i>Жамкова М.Ю.</i> Изменение показателей иммунитета в процессе полихимиотерапии у больных инфильтративной формой рака молочной железы.....	427
<i>Волкова Н.А.</i> Анализ результатов лечения больных липогранулемами молочной железы .....	428
<i>Белов М.В., Логинов И.В., Филимонов Е.А.</i> Закрытый чрескостный остеосинтез локтевого отростка .....	429
<i>Князевская Е.Э., Яхина В.В.</i> Эндovasкулярные технологии в лечении больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы .....	430
<i>Горбунова И.Ю., Шаницын И.Н.</i> Применение церебральной оксиметрии при операциях на сонных артериях.....	431
<i>Чередник А.А., Море Гаутам Сахербао, Аль-Факих Абдулазиз.</i> Переломы области голеностопного сустава и методы лечения .....	432
<i>Князевская Е.Э., Тлепсеруков А.З., Испулов Н.Х.</i> Результаты лечения больных острым панкреатитом в условиях областной клинической больницы .....	433

## Акушерство и гинекология

ID: 2014-04-257-T-3365

Тезис

Пучков С.М., Найко Ю.В.

### Особенности течения беременности и родов у пациенток после экстракорпорального оплодотворения

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета*

*Научные руководители: к.м.н. Хворостухина Н.Ф., к.м.н. Шляхова И.Ю.*

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) выходят на первый план в системе оказания помощи бесплодным парам. Самым распространенным считают метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), эффективность которого составляет 30-35%.

**Цель:** изучить особенности течения беременности и родов у пациенток после ЭКО.

**Материал и методы.** Проведен анализ 25 историй родов по данным ПЦ МУЗ ГКБ № 8 г. Саратова. Основную группу составили 12 беременных, госпитализированных для лечения и родоразрешения после ЭКО, группу сравнения – женщины с физиологическим течением гестации (n=13).

**Результаты.** Средний возраст в основной группе составил  $30 \pm 2,5$  лет, в группе сравнения –  $25 \pm 1,5$  лет. Акушерско-гинекологический анамнез во всех случаях был отягощен у беременных после ЭКО. У 33,3% женщин основной группы (n=4) имела место многоплодная беременность. Сравнительный анализ особенностей течения беременности в группах показал высокий процент осложнений гестации у беременных после ЭКО. Угроза прерывания у пациенток основной группы прослеживалась на всех сроках гестации в 100%. В 1 случае диагностирован синдром гиперстимуляции яичников (8,3%), с развитием полиорганной недостаточности, что потребовало прерывания беременности при сроке 5-6 недель. У 75% беременных после ЭКО (n=9) выявлены ФПН с нарушением маточно-плацентарного кровотока и гипоксия плода. Из 12 женщин после использования ВРТ беременность закончилась родами у 11 (91,7%) путем операции кесарева сечения (КС), при этом преждевременные роды составили 33,3%. В группе сравнения КС выполнено у 3 (23,1%) по поводу тазового предлежания и крупного плода. Необходимо также отметить низкую оценку новорожденных по шкале Апгар в основной группе ( $6,0 \pm 1,2$  баллов) по отношению к группе сравнения ( $8,5 \pm 1,0$  баллов).

**Выводы.** Течение беременности после ЭКО сопровождается угрозой прерывания в 100% случаев, что диктует необходимость детального обследования супружеских пар, участвующих в программе ВРТ, и качественной прегравидарной подготовки.

**Ключевые слова:** особенности беременности и родов, ЭКО

ID: 2014-04-257-T-3421

Тезис

Козлова Т.У.

**Роды с использованием вакуум-системы KIWI***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета  
МУЗ ГКБ № 8, г.Саратов**Научный руководитель: к.м.н. Хворостухина Н.Ф.*

В настоящее время можно наблюдать кардинальное изменение процентного соотношения операций, используемых для родоразрешения. За последние 20 лет отмечено увеличение частоты кесарева сечения втрое (21%). В то же время имеется тенденция к возрастанию использования вакуум-экстрактора (ВЭ) в родах (до 0,35%).

**Цель:** оценить исходы родов с использованием вакуум-системы KIWI.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй родов (n=65), при которых имело место использование вакуумной системы KIWI.

**Результаты.** Возраст женщин варьировал от 17 до 41 года. Первые роды предстояли 57 беременным (87,7%), повторные – 8 (12,3%). Течение родового акта было осложнено развитием слабости родовой деятельности в 31 случае (47,7%), дородовым излитием околоплодных вод – в 25 (38,4%), дискоординацией маточных сокращений – в 18 (27,7%). Показаниями к наложению ВЭ явились: начавшаяся асфиксия плода – 52,3% (n=34), из них в 24 наблюдениях имело место обвитие пуповины вокруг шеи плода (70,6%), слабость потуг – 47,7% (n=31). Условиями для наложения ВЭ были: полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, живой плод, клиническое соответствие размеров головки плода и таза матери. Всего родилось 65 детей. Масса новорожденных составила: до 3500 г – у 33 (50,8%), до 4000 г – у 27 (41,5%), а свыше 4000 г – у 5 (7,7%).

Все дети родились в состоянии асфиксии. Тяжелое состояние констатировано у 7 новорожденных (10,8%).

При оценке здоровья новорожденных у 22 (33,8%) выявлены кефалогематомы, цервикальная травма отмечена у 8 (12,3%), субпаневротическое кровоизлияние – у 3 (4,6%), парез Дюшена-Эрба – у 2 (3%), перелом ключицы – у 2 (3%), внутрижелудочковое кровоизлияние 1 степени – у 1 (1,5%).

**Заключение.** Результаты проведенного анализа показывают достаточно высокий уровень родового травматизма (58,2%), что может быть обусловлено нарушением условий и техники наложения ВЭ, а также несоблюдением показаний и противопоказаний к использованию данного способа оперативного пособия в родах.

**Ключевые слова:** вакуум-система KIWI, статистика, травматизм



ID: 2014-04-257-T-3442

Тезис

Закора О.А., Магомедова М.М., Шахмарданова С.Р.

### Течение и исход беременности при острых респираторных вирусных инфекциях

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н., доцент Романовская А.В.

В период гестации ОРВИ встречается у 2–9% беременных. При этом, даже при стертых клинических проявлениях заболевания, осложнения и отдаленные последствия ОРВИ могут быть значительно тяжелыми.

**Цель исследования:** изучить течение и исходы беременности при ОРВИ.

**Материал и методы.** Для решения поставленных задач проведен ретроспективный анализ 152 историй болезни за 2012- 2013 гг. по данным МУЗ «10 ГКБ» г. Саратова. Все беременные были разделены на группы в зависимости от сроков гестации на момент заболевания ОРВИ: I триместр - 27 человек (18%); II триместр - 66 (13%); III триместр - 59 (39%). Обследование женщин, включенных в обозначенные группы, выполнялось согласно единому протоколу.

**Результаты.** Во всех триместрах в 49,3% случаев преобладали среднетяжелые формы ОРВИ. В I и II триместре преобладали легкие и среднетяжелые формы болезни в 96,3% и 83,4% соответственно. В III триместре в 35,6% случаев отмечались тяжелые формы заболевания. По данным УЗИ патология созревания плаценты выявлена в 34,2% наблюдений. Задержка созревания плаценты чаще выявлялась у беременных, перенесших ОРВИ в I триместре беременности в 22,2% наблюдений. Преждевременное созревание плаценты наиболее часто отмечалось при заболевании ОРВИ во II триместре в 37,9% наблюдений. Патология околоплодных вод выявлена в 11,8% наблюдений. У беременных, перенесших ОРВИ в I триместре гестации, различные нарушения гемодинамики были выявлены в 81,5% наблюдений, во II триместре - в 46,9% и в III триместре - в 35,6%. Преждевременные роды чаще встречались у пациенток перенесших ОРВИ в I триместре - 22,2%, во II триместре - 12,1%, в III триместре - 15,2%. Самопроизвольное прерывание беременности произошло только у женщин перенесших ОРВИ в I триместре - в 18,5% наблюдений.

**Заключение.** Во время гестации инфекционный агент (вирус) нарушает процессы инвазии трофобласта и созревания плаценты, приводящее к развитию ФПН, что диктует необходимость более тщательного наблюдения за данной категорией беременных.

**Ключевые слова:** течение, исходы беременности при ОРВИ

ID: 2014-04-257-T-3455

Тезис

Хоменко Т.И.

**Осложнение после лапаротомии на фоне послеоперационного спаечного процесса***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета**Научный руководитель: к.м.н. Грибова С.Н.*

Пациентка А., 42 лет, обратилась на консультативный прием в КБ им. С.Р. Миротворцева с жалобами на наличие объемного образования. Из анамнеза известно, что в 1993 г. выполнена низкая надвлагалищная ампутация матки без придатков по поводу послеродового кровотечения; 23.04.12 г. – с техническими трудностями выполнено чревосечение, удаление придатков матки по поводу фибромы левого яичника. С 2012 г. пациентка на диспансерном учете у гинеколога не состояла. В сентябре 2013 г. при профосмотре выполнено УЗИ органов малого таза, диагностировано многокамерное жидкостное образование. Пациентка госпитализирована с диагнозом: Послеоперационная спаечная болезнь. Объемное образование малого таза. Выполнено клинико-лабораторное обследование согласно стандарту. При ирригоскопии органической патологии не выявлено, однако, обнаружено инородное тело в малом тазу (отломок иглы 0,9x0,1 см). При МРТ органов малого таза артефакты из металла обнаружены в области передней брюшной стенки, а в малом тазу определяется неправильной формы многокамерное жидкостное образование 7,7x5,3x4,8 см и умеренное количество свободной жидкости. Уровень онкомаркера СА-125 не превышал норму (16,4 Е/л). При ФГДС диагностированы множественные острые эрозии желудка. После проведения консилиума с участием гастроэнтеролога и хирурга было решено воздержаться от хирургического вмешательства, учитывая наличие острых эрозий желудка и выраженный спаечный процесс в малом тазу. Пациентке рекомендована консервативная терапия аГНРГ (бусерелин-депо 3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней №3) под контролем УЗИ, СА-125. На фоне проводимой терапии отмечена выраженная положительная динамика в виде уменьшения размеров образования и количества свободной жидкости в 3 раза, а также снижения СА-125 до 8,9 Е/л.

**Вывод.** Пациентки после органосохраняющих операций, особенно на фоне сопутствующего спаечного процесса малого таза, должны подлежать обязательному динамическому наблюдению в послеоперационном периоде с целью раннего выявления осложнений.

**Ключевые слова:** акушерство и гинекология

ID: 2014-04-257-T-3456

Тезис

Иванова Т.В.

### Структура гинекологической заболеваемости у женщин позднего репродуктивного возраста

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н. Грибова С.Н.

Проблема репродукции является одной из наиболее обсуждаемых в современном обществе. Частота бесплодия супружеских пар детородного возраста колеблется от 10 до 20% и имеет тенденцию к увеличению. Планирование позднего материнства является одним из удивительных явлений демографии в течение последних десятилетий, которое как ожидается, будет иметь продолжение.

**Цель:** изучить структуру гинекологической заболеваемости у женщин позднего репродуктивного возраста.

**Материал и методы.** В качестве объектов исследования были выбраны 23 женщины позднего репродуктивного возраста от 35 до 44 лет, планирующие беременность.

**Результаты.** Установлено, что у всех обследованных женщин имеет место сочетание нескольких гинекологических заболеваний. У 20 (87%) пациенток выявлена миома матки различных размеров и локализации. У 2 (10%) пациенток в анамнезе выполнялась консервативная миомэктомия. Воспалительных заболеваний половой сферы составили 73,9%. Гиперпластический процесс эндометрия в анамнезе диагностирован у 2 (8,6%). У 8 (34,8%) женщин выявлены УЗ-признаки аденомиоза. Хирургическое лечение по поводу эндометриоидных кист яичников прослежено в 3 наблюдениях, при этом в 1 случае выполнена аднексэктомия. Бактериальный вагиноз, подтвержденный лабораторными методами исследования отмечен у 3 (13%) пациенток. Киста бартолиновой железы – у 1 (4,3%) пациентки. Почти у половины женщин (47,8%) выявлена нейропсихическая форма предменструального синдрома, в диагностике которой помогли анализ жалоб и данных анкетирования. Прослеживалась четкая взаимосвязь данных симптомов с менструальным циклом и преобладание их во вторую фазу.

**Выводы.** Физиологическое старение репродуктивной системы в данной возрастной группе диктует необходимость оценки овариального резерва у всех пациенток перед планированием беременности. Тщательный анализ гинекологической заболеваемости позволит выявить пациенток с бесплодием и своевременно рекомендовать использование вспомогательных репродуктивных технологий.

**Ключевые слова:** акушерство и гинекология

ID: 2014-04-257-T-3493

Тезис

Донгузова Е.В.

**Влияние плацентита на течение и исход беременности***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК И ППС**Научный руководитель: к.м.н., доцент Тебелев Б.Г.*

**Цель:** изучить влияние воспаления плаценты на течение и исход беременности.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 34 историй болезни родильниц с плацентитом.

**Результаты.** Половина родильниц встала на учет только во втором триместре, у 80% эндометрий до беременности был не состоятельным из-за НЛФ, которую устраняли дюфастоном, был поврежден урогенитальной инфекцией, абортми, выкидышами, замершими беременностями, прегравидарное лечение не проводилась.

Морфологию плацент поделили на три подгруппы. В первой подгруппе доминируют очаги различной степени зрелости ворсин хориона, с отёчной стромой, с очаговой и диффузной лейкоцитарной инфильтрацией их толщи (виллузит). Во второй сочетаются очаги лейкоцитарной инфильтрации и некроза (гнойно-некротический плацентит), а в третьей воспаление сочетается с артериитом и/или флебитом сосудов плаценты.

Группа №1. 22 (65%) женщины со срочными родами. Беременность в разных триместрах осложнялась угрозой прерывания, вирусной респираторной и половой инфекцией, гестозом, ФПН, ЗВУР. В морфологии плацент отмечены воспалительные очаги у 10(45%), гнойно-некротические у 8(36%), некротические с тромбозом сосудов у 4(19%).

Группа №2. 12 (35%) женщин. У 9 из 11(81%) женщин родам предшествовал преждевременный разрыв околоплодных мембран. В морфологии плацент отмечены изменения: у 6 (54%) воспалительные, у 2(10%) гнойно-некротические, а у 4 (36%) некротические в сочетании с тромбозом сосудов.

Причину отторжения трофобласта и преждевременных родов конкретизировали ретроспективно, сопоставляя морфологию плацент с иммунологическим и бактериологическим поиском возбудителя, с воспалительным ответом женщины лейкоцитарным сдвигом, СРБ, Патогены в посевах не обнаружены. У 40% женщин отмечался умеренный лейкоцитоз, у 19% процентов отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Повышение СРБ отмечалось у 4х женщин(12%)

**Выводы:**

1. При преждевременных родах в плаценте преобладают воспалительные изменения.
2. При срочных родах в плаценте наиболее часто встречаются воспалительные изменения, сочетающиеся с циркуляторными и инволютивно - дистрофическими изменениями.
3. Плацентит не всегда острый и бактериальный. Воспаление плаценты имеет иммунное и редко аутоиммунное происхождение, к которому присоединяется инфекция, особенно после разрыва околоплодных мембран.
4. Оправдано при малых нарушениях гемодинамики незрелого плода продолжать консервативное лечение, проводить антибактериальную терапию а при тяжелых - родоразрешать.

**Ключевые слова:** плацентит, течение, исход беременности

ID: 2014-04-257-T-3505

Тезис

Лоскутова Е.А.

### Особенности течения беременности и родов у женщин с миомой матки

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Научные руководители: д.м.н. Рогожина И.Е., к.м.н. Нейфельд И.В.

**Цель:** изучить особенности течения беременности и родов у женщин с миомой матки (ММ).

Проведен анализ 13 историй родов женщин в возрасте 32 (27;43) года, из них 15,4% - первородящие, 84,6% - повторнородящие. У 5 женщин ММ обнаружена до беременности, у 8 - в ранние сроки гестации.

У 30,7% женщин не было сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Угроза прерывания беременности отмечена в 76,9%.

В родах наиболее частыми осложнениями были: преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) – в 46,2%, слабость родовой деятельности – в 38,5%, причем первичная – в 23,1%, а вторичная – в 15,4%.

Путем операции кесарева сечения (КС) родоразрешены 46,2% женщин.

Показаниями служили материнские причины: множественная ММ, ОАГА, ПИОВ, неготовность родовых путей; патологический прелиминарный период, несостоятельность рубца; со стороны плода: угрожающая асфиксия плода, поперечное положение плода, ЗВУР.

В 15,4% выполнено расширение объема оперативного вмешательства: консервативная миомэктомия (КМ) в 7,7%, надвлагалищная ампутация матки (НАМ) в 7,7%.

Средняя кровопотеря при операции КС без расширения объема - 4350±11,12 мл, средняя оценка новорожденных по шкале Апгар: 7,52±0,21 балла; при КМ - 514,11±26,16 мл и 7,71±0,13 балла соответственно; при НАМ - 705 мл и 6,21±0,27 балла соответственно.

Через естественные родовые пути родоразрешены 53,8% женщин. При этом размер миоматозных узлов был от 1 до 4 см в диаметре, с локализацией по передней, задней стенкам, а также дне матки. Средняя кровопотеря – 195 мл. Оценка новорожденных по шкале Апгар – 7,98±0,29 баллов.

Травмы промежности различной степени тяжести имелись у 23,1% женщин. Ручное отделение последа выполнено в 7,7% случаев.

**Выводы.** Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с ММ представляет определенный риск для матери и плода. Сочетанные операции, а именно выполнение операции КС с последующей КМ, способствует сохранению чадородной функции пациенток, что положительно отражается на демографической ситуации.

**Ключевые слова:** миома, беременность

ID: 2014-04-257-T-3513

Тезис

Бяширова Э.Р.

**Ведение беременности и родов у женщин с оперированной маткой (рубец на матке)***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии**Научные руководители: д.м.н. Рогожина И.Е., к.м.н. Проданова Е.В.*

Основной постулат при родоразрешении беременных с рубцом на матке: одно кесарево сечение — всегда кесарево сечение, однако как в РФ, так и за рубежом, доказано, что у 50–80% беременных с оперированной маткой не только возможны, но и предпочтительны роды через естественные родовые пути.

**Актуальность:**

1. Одной из особенностей современного акушерства является неуклонный рост частоты оперативного родоразрешения.
2. Кесарево сечение может иметь серьезные осложнения и в послеоперационном периоде (кровотечение, инфицирование, ТЭЛА, перитонит), и при последующей беременности (предлежание плаценты, истинное вращение плаценты).

**Цель** настоящей работы провести сравнительный анализ исходов беременности у женщин с рубцом на матке в зависимости от метода родоразрешения.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Перинатального Центра Саратовской Области с сентября 2012 по сентябрь 2013 г. Сформировано 3 группы:

- 1) Основная группа (роды с рубцом на матке через естественные родовые пути, n=35). У пациенток отсутствовали противопоказания к родоразрешению per vias naturales.
- 2) Группа сравнения (роды с рубцом на матке путем операции кесарево сечение, n=35)
- 3) Группа контроля (роды через естественные родовые пути без рубца на матке, n=30)

Все пациентки сопоставимы по ОАГА, возрасту и соматическому анамнезу.

**Результаты.** Кровопотеря в основной группе составила  $320\text{мл} \pm 27\text{мл}$  достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения ( $630\text{мл} \pm 43\text{мл}$ ), но на 35% выше, чем в группе контроля.

Продолжительность родов per vias naturales у женщин с рубцом на матке сопоставима с таковой в контрольной группе и составила соответственно 6ч50мин и 7ч20мин.

Частота возникновения послеродовых осложнений в основной группе в 2 раза ниже, чем в группе сравнения и значительно ниже по сравнению с контролем.

Частота перинатальных осложнений достоверно выше в группе сравнения ( $p < 0,05$ ), частота рождения недоношенных детей ниже, чем в группе сравнения ( $p > 0,05$ ).

В основной группе отмечено более быстрое восстановление активности женщины в послеродовом периоде, о чем свидетельствует средняя продолжительность госпитализации: основная группа 4-6 дней, сравнения 7-9 дней, контроля 4-5 дней.

Таким образом, ведение родов с рубцом на матке через естественные родовые пути способствует снижению частоты осложнений как со стороны матери, так и новорожденного, раннему восстановлению активности родильниц и является резервом снижения частоты оперативного родоразрешения.

**Ключевые слова:** рубец на матке



ID: 2014-04-257-T-3548

Тезис

Абросимова Л.В.

### **Влияние плацентита на зрелость и заболевания новорожденных**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Тебелев Б.Г.*

**Цель:** изучить влияние воспаления плаценты на зрелость и заболевания новорожденных.

**Материал и методы.** Морфологию плацент поделили на три подгруппы. В первой подгруппе доминируют очаги различной степени зрелости ворсин хориона, с отёчной стромой, с очаговой и диффузной лейкоцитарной инфильтрацией. Во второй сочетаются очаги лейкоцитарной инфильтрации и некроза, а в третьей воспаление сочетается с артериитом и/или флебитом сосудов плаценты. Морфологию сопоставили с зрелостью и заболеваниями новорожденных, с воспалительными маркерами у детей.

**Результаты.** Группа №1. 22 женщины со срочными родами. В морфологии плацент отмечены воспалительные очаги у 10, гнойно – некротические у 8, некротические с тромбозом сосудов у 4. У женщин со срочными родами -60% детей этой группы отмечена церебральная ишемия не смотря на зрелость и отсутствие проблем в родах. Все дети живы и 2 из них полностью здоровы, но у большинства выявлены сердечно-сосудистые, энтеральные, дыхательные расстройства с геморрагическим синдромом, анемией, отеком диска зрительного нерва. Наиболее тяжелые осложнения у детей возникли при сосудисто-некротических изменениях плаценты :у двух детей возникла пневмония.

Группа №2. 12 (35%) женщин - преждевременные роды. В морфологии плацент отмечены изменения: у 6 воспалительные, у 2 гнойно – некротические, а у 4 некротические в сочетании с тромбозом сосудов. В 1 случае произошла трансплацентарная врожденная передача инфекции незрелому плоду и закончилась летальной пневмонией. У 80% детей при гнойно-некротических изменениях в плаценте инфекционные заболевания не выявлены, но установлены низкая масса тела, геморрагический синдром, анемия. У глубоко незрелых плодов возникли системные нарушения циркуляции крови в органах, которые в постнатальном периоде у всех новорожденных этой группы проявились поражением сосудов, кровоизлияниями в желудочки, дыхательными расстройствами, геморрагический синдром, ишемией и отеком мозга, нарушениями ликвородинамики. Им проводилась интенсивная терапия и ИВЛ от 7 до 20 суток

**Выводы.** Инфекция матери к плоду передается редко. При плацентите передается системные, гемморрагические изменения. Плацентит является фактором риска гемоциркуляторных расстройств. Профилактика и диагностика плацентита заключается в раннем диагностическом поиске совокупности маркеров в каждом триместре.

**Ключевые слова:** плацентит, новорожденные, инфекция

ID: 2014-04-257-T-3550

Тезис

Темирова Л.Р., Абросимова Л.В.

**Анализ ведения беременности, осложненной преждевременным разрывом околоплодных мембран***ГБОУ ВПО СГМУ им.В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС**Научный руководитель: д.м.н., доцент Глухова Т.Н.*

**Цель исследования:** анализ перинатальных исходов у пациенток, беременность у которых осложнилась преждевременным разрывом околоплодных мембран (ПРОМ) при сроке гестации 22-34 недели.

**Материал и методы.** Под наблюдением было 64 пациентки с данной патологией, у которых использована выжидательная тактика ведения беременности. Проводили профилактику РДС плода, токолитическую и антибактериальную терапию. На фоне указанной терапии беременность у пациенток удалось пролонгировать в среднем на 10 дней.

Все новорожденные были разделены на 3 группы:

I группу составили 6 новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) – 500-999г; II группу - 22 новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) - 1000 - 499 г; III группу -36 детей с низкой массой тела (НМТ)– 1500 -2500 г.

Группу сравнения составили 39 недоношенных детей, рожденных пациентками при отсутствии ПРОМ и длительного безводного промежутка в аналогичные сроки гестации.

**Результаты.** У детей с ЭНМТ при применении активной тактики ведения беременности внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) III степени, приведшие к смерти детей, имели место у 2 из 6 новорожденных. При использовании выжидательной тактики ВЖК III степени у детей не выявлены, все дети выжили.

В группе детей с ОНМТ при применении активной тактики ВЖК II степени отмечены у 30,8% детей, выжидательной - ВЖК II степени выявлено только у 1 ребенка (9,1%).

Дыхательная недостаточность имела место у 38,5% детей при использовании активной тактики, выжидательной - у 18% новорожденных.

В группе детей с НМТ при активной тактике ведения ВЖК II степени отмечены у 9,5% детей, синдром дыхательных расстройств у 42,9%, в то время как при пролонгировании беременности на фоне ПРОМ ВЖК II степени не выявлены, синдром дыхательных расстройств имел место у 11,2% детей.

**Заключение.** Пролонгирование беременности в сроки 22-34 недели гестации при ПРОМ способствует снижению частоты развития и тяжести синдрома дыхательных расстройств, частоты встречаемости и степени внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей.

**Ключевые слова:** ПРОМ, анализ, ВЖК, преждевременные роды

ID: 2014-04-257-T-3551

Тезис

Короткова Т.В.

**Миома матки с атипичным расположением фиброматозных узлов (редкие клинические случаи)**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Турлупова Т.И.*

Узлы миомы матки с атипичным расположением относятся к группе редко встречающихся подбрюшинных узлов. Миома матки с атипичным расположением имеет особенности клинической картины и проявляется, прежде всего, нарушением функции соседних органов.

Хирургическое лечение больных с атипичным расположением узлов относится к категории травматичных, технически сложных операций и имеет высокий риск интра- и послеоперационных осложнений.

**Цель:** продемонстрировать варианты атипичного расположения миом с особенностями клинического течения и хирургического лечения.

**Материал и методы:** ретроспективный анализ историй болезни, участие в операции и наблюдение за больными в послеоперационном периоде.

**Результаты.** Проанализированы клинические случаи наблюдения больных с атипичным расположением миом, прооперированных в 1 ГКБ им.Ю.Я. Гордеева в 2013 по поводу атипичного расположения фиброматозных узлов.

Во всех случаях имелись те или иные нарушения функции мочевыделительной системы, что было сопряжено с трудностями при постановке диагноза. Особенности оперативного лечения заключались в сложности выделения опухоли, обильного кровоснабжения миоматозных узлов, риска повреждения органов мочевыделительной системы, что требовало участия в операции других специалистов.

**Выводы:**

1. При выявлении у пациенток атипично расположенных миом необходимо тщательное предоперационное обследование, в особенности исследование уродинамики и состояния мочевыводящих путей .
2. При атипично расположенных миомах имеются трудности оперативного лечения, что требует привлечения специалистов смежных специальностей.

**Ключевые слова:** миома

ID: 2014-04-257-T-3557

Тезис

Кофанова Л.С.

**Гнойно-септические осложнения в акушерстве***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета**Научный руководитель: к.м.н., доцент Новичков Д.А.*

Несмотря на многочисленные исследования этиологии, патогенеза, диагностики, профилактики и лечения гнойно-септических осложнений в акушерстве, частота данной патологии остается высокой и колеблется по данным различных авторов от 2 до 10%.

**Цель:** изучить структуру и распространенность послеродовых гнойно-септических заболеваний.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 16 историй родов по данным МУЗ «Перинатальный центр» 8 ГKB за 2013 год.

**Результаты.** Общее количество родильниц, переведенных в гинекологическое отделение для продолжения стационарного лечения в связи с развившимися инфекционными осложнениями составило 0,3% (n=16) от общего числа родов (4727). Выявлена субинволюция матки у 10 родильниц (62,5%), послеродовый эндометрит у 4 человек (25%), эндометрит после кесарева сечения у 2 женщин (12,5%). В 4 случаях (25%) наличие гнойно-септических осложнений потребовало оперативного вмешательства – экстирпации матки с маточными трубами. Детальное изучение анамнеза позволило выявить воспалительные заболевания органов малого таза у 12 женщин (75%), наличие хронических очагов инфекции у 16 (100%), осложненное течение беременности у 11 (68%), осложненное течение родового акта у 8 (50%), оперативное пособие было проведено – у 7 женщин (43%). По результатам гистологического исследования у 3 (75%) родильниц диагностирован гнойный эндометрит. В 1 случае (25%) имела место грибковая инфекция (при бактериальном исследовании выявлен *Mucor spp.*), особенностью клинического течения, которой являлся прогрессирующий тромбоз сосудов малого таза с явлениями перитонита при отсутствии лихорадки и эффекта от проводимой антибактериальной терапии

**Выводы.** По нашим данным распространенность гнойно-септических инфекций составила 0,3%. Наиболее часто диагностировалась субинволюция матки. В случае развития эндометрита, частота объемных операций составила 66,6% (у 4 женщин из 6).

**Ключевые слова:** гнойно-септические осложнения в акушерстве

ID: 2014-04-257-T-3561

Тезис

Короткова Т.В.

**Особенности нарушений гормональной функции плаценты у женщин с угрозой прерывания беременности герпетической этиологии при различных методах лечения**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Паршин А.В.*

Здоровье беременной определяет основы здоровья плода в период внутриутробного развития, поэтому оценка показателей эндокринной функции у будущих матерей необходима для своевременной диагностики и коррекции возникающих осложнений.

**Цель:** изучение содержания гормонов фетоплацентарной системы у женщин с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии во втором триместре до лечения и в процессе его.

**Материал и методы.** Обследованы в динамике 120 женщин с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии и 40 соматически здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью в возрасте от 16 до 40 лет в сроки гестации 14-26 недель.

**Результаты.** При поступлении все женщины с угрожающим прерыванием беременности получали лечение, причем у 60 беременных (основная группа) в терапию был включен 1-2 сеанса плазмафереза, у 60 беременных 2-й группы (сравнения) использованы только традиционные методы терапии. В крови у женщин определяли плацентарный лактоген, прогестерон, эстриол. До начала терапии у женщин с угрожающим прерыванием беременности содержание этих гормонов было ниже по сравнению с такими же показателями у женщин с нормально протекающей беременностью. У беременных группы сравнения после проведения общепринятой терапии содержание указанных гормонов не достигало уровня соответствующих показателей группы контроля. У беременных основной группы, в терапию которых включен плазмаферез, на 9-10 день после начала терапии содержание гормонов нормализовалось.

**Выводы.** При сопоставлении результатов установлено, что выраженный положительный эффект оказывало применение в комплекс традиционного лечения плазмафереза.

**Ключевые слова:** плацентарный лактоген, эстриол, прогестерон

ID: 2014-04-257-T-3563

Тезис

Жильнио Е.Ю.

**Диагностические и прогностические возможности автоматизированного интранатального кардиотокографа «Уникос»***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета**Научный руководитель: к.м.н., доцент Михайлова Ю.В.*

**Актуальность.** В настоящее время в акушерстве появились высокоточные аппараты для КТГ-исследования, одним из которых является автоматизированный интранатальный кардиотокограф «Уникос», который представляет по заявлению разработчиков точность правильной оценки состояния плода – 90%.

**Цель:** оценить диагностические и прогностические способности кардиотокографа «Уникос», с последующим прогнозированием гипоксии плода и выбором метода родоразрешения

**Задачи:** сопоставить информативность оценки состояния плода, выявить особенности данных, определить показания к досрочному родоразрешению, провести сравнительную оценку исхода беременности и состояния новорожденного при ведении беременности и родов по разработанным методикам, опираясь на данные кардиотокографа «Уникос», УЗИ с доплерографией и амниоскопией.

**Материал и методы.** Было обследовано 51 женщина в возрасте от 18 до 38 лет, находившихся на доношенных сроках гестации с 37-41 неделю. Всем женщинам проводилась кардиотокография на аппарате «Уникос», УЗИ с доплерографией, амниоскопия, учитывались особенности анамнеза.

**Результаты.** Возраст женщин колеблется от 18 до 38 лет, в среднем  $20 \pm 0,5$  лет, первородящие женщины-58,9%, повторнородящие 41,1%, тазовое предлежание-2%, диамниотическая дихориальная двойня- 4%. В результате исследования в 66,7% случаях состояние плода оценивалось как удовлетворительное, на УЗИ с доплерометрией выраженных отклонений выявлено не было, что позволило вести роды естественным путем, состояние таких новорожденных оценено по шкале Апгар не ниже 8-8 баллов. В 33,3% случаях были выявлены нарушения состояния плода, 2 из них были выраженными, проводилось УЗИ с доплерографией, которое подтверждало наличие мутных околоплодных вод с последующим подтверждением данных с помощью амниоскопии, что стало показанием к родоразрешению путем операции кесарево сечения. Оценка по шкале Апгар у таких новорожденных не превышала 6-7 баллов, что подтверждает правильную тактику ведения родов.

**Выводы.** Кардиотокограф «Уникос» высокоточно определяет нарушения состояния плода, а полное совпадение результатов клинического и мониторингового наблюдений, в сочетании амниоскопией и УЗИ с доплерометрией позволяет оптимизировать тактику ведения беременных, установить показания для досрочного родоразрешения, а также выбрать оптимальный метод родоразрешения необходимое для рождения жизнеспособного плода.

**Ключевые слова:** автоматизированный интранатальный кардиотокограф «Уникос»



Тарламазян А.В.

### Гормонотерапия при эндометриозной болезни

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Научный руководитель: к.м.н., асс. Столярова У.В.

#### Резюме

В работе осуществлен анализ историй болезни в МУЗ «Перинатальный Центр г. Энгельса» 100 больных с эндометриозной болезнью за период 01.01.2013 по 1.09.2013 г. Пациенткам было проведено обследование, послеоперационное лечение препаратами: гестагены, агонисты Гн-РГ, КОК. В последующем проведено контрольное обследование через 6 месяцев после проведенного лечения с оценкой результатов.

**Ключевые слова:** эндометриоз, гестагены, агонисты Гн-РГ, КОК

**Цель:** изучение локализации эндометриозных очагов у пациенток с различными формами эндометриоза, изучение частоты сочетания аденомиоза и эндометриозных кист яичников с другими очагами эндометриоза. В последующем – проведение анализа консервативного послеоперационного гормонального лечения и оценка его эффективности.

#### Материал и методы

Проведен анализ историй болезни в МУЗ «ПЦ» 100 больных с эндометриозной болезнью за период 01.01.2013 по 1.09.2013 г. Изучались:

- Данные анамнеза
- Данные бимануального, ректо-вагинального исследования и осмотра в зеркалах
- Кольпоскопия (при эндометриозе шейки матки)
- Гистероскопия (имеет высокую диагностическую ценность при выявлении аденомиоза, и является «золотым стандартом» диагностики. Информативность ее в диагностике очагов внутреннего эндометриоза составляет 85 %. Помимо этого, гистероскопия представляет наиболее информативный инструментальный метод диагностики подслизистой миомы матки, гиперпластических процессов и патологических состояний эндометрия).
- Данные УЗИ исследования (УЗИ с помощью влагалищного датчика проводилось во вторую фазу цикла, и диагностическая точность достигала 90-95 %).
- РДВ с последующим морфологическим исследованием соскобов эндоцервикса и эндометрия,
- Лапароскопия (удаление эндометриозных очагов, кист яичников и пр.)
- МРТ, КТ

**Лечение:** I этап – оперативное (1. Лапароскопия, удаление эндометриозных очагов, кист яичников; 2. Гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия; 3. РДВ с последующим морфологическим исследованием соскобов эндоцервикса и эндометрия), II этап – гормональное (гестагены, агонисты Гн-РГ, КОК) .

#### Результаты

Средний возраст больных эндометриозом составил 37 лет

Частота встречаемости в группе исследования:

Аденомиоз – 72 % (72 женщины), эндометриозные кисты – 36 % (36 женщин), ретроцервикальный эндометриоз – 4 % (4 женщины), эндометриоз тазовой брюшины - 4 % (4 женщин), эндометриоз шейки матки – 10 % (10 женщин), эндометриоз крестцово-маточных связок – 2 % (2 женщин).

Среднестатистический размер матки у больных аденомиозом – увеличен до 6-7 недель беременности.

Всем обследуемым больным первым этапом проведено оперативное лечение:

- РДВ – 26 женщин (26 %)
- Гистероскопия, биопсия эндометрия выполнена 53 женщинам (53 %)
- Оперативное лапароскопическое лечение (коагуляция эндометриозных очагов, цистэктомия эндометриозных кист) – 21 женщине (21 %).

Таблица 1. Частота сочетания аденомиоза и эндометриозных кист яичников с другими очагами эндометриоза

Нозология	Аденомиоз %	Количество женщин	Эндометриозные кисты %	Количество женщин
ретроцервикальный эндометриоз	3 %	3	6 %	2
эндометриоз тазовой брюшины	0 %	0	17 %	6
эндометриоз шейки матки	8 %	6	17 %	6
эндометриоз крестцово-маточных связок	3 %	2	3 %	1

В послеоперационном периоде гормональное лечение проводилось гестагенами, агонистами Гн-РГ, препаратами КОК, в зависимости от чего пациентки были разделены на 3 группы:

- 1 группа: 42 % (42 женщины) – гестагены (дюфастон, утрожестан с 15 по 25 день цикла в стандартных дозах),
- 2 группа: 50 % (50 женщин) – принимали агонисты Гн-РГ (бусерелин, Люкрин-Депо 3,75 мг 1 раз в 28 дней № 6),
- 3 группа 8 % (8 женщин) принимали комбинированный оральный контрацептив «Жанин» по контрацептивной схеме.

Через 6 месяцев в исследуемых группах проводилось контрольное обследование, включающее УЗИ в 100 % случаев, контрольную динамическую гистероскопию у 12 пациенток.

В 1 группе по результатам УЗИ улучшение наблюдалось в 90 % (37 женщин), во второй группе в 98 % (49 пациенток), в третьей группе – в 75 % (6 пациенток). При контрольной гистероскопии, которая проводилась пациенткам, принимавшим агонисты Гн-РГ, патологии миометрия не выявлено.

#### **Выводы**

1. Наиболее частой локализацией эндометриоза у стационарных больных является внутренний эндометриоз (аденомиоз) – 72 %, вторым по частоте является эндометриоз яичников – 36 %. Другие формы эндометриозной болезни составляют 10 % и менее.

2. Внутренний эндометриоз и эндометриоз яичников наиболее часто сочетаются с эндометриозом шейки матки (8 и 17 % соответственно), а эндометриоз яичников – с эндометриозом брюшины малого таза (в 17 % случаев).

3. Наиболее эффективными препаратами для лечения эндометриоза у обследованных женщин явились агонисты Гн-РГ (98% эффективности), однако, гестогены и КОК с диеногестом в качестве гестагенного компонента также высокоэффективны (90 % и 75% соответственно).

#### **Литература**

1. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. Монография. Ставрополь. СГМА. 2004.
2. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриодная болезнь // СПб. ЮОО «Издательство Н-Л». -2002.
3. Баранов В.С., Иващенко Т.Э., Швед Н.Ю. и др. Генетические факторы предрасположенности и терапии эндометриоза // Генетика – 1999. - Т.35, N2.
4. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: Диагностика и лечение. // М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 104 с.
5. Сидорова И.С., Коган Е.А., Зайратьянц О.В., Унанян А.Л., Леваков С.А. Новый взгляд на природу эндометриоза ( аденомиоза ) // Акушерство и гинекология – 2002.-№3- С. 32-38.

ID: 2014-04-257-T-3612

Тезис

Полиданова Е.П.

**Резус-конфликтная беременность и гемолитическая болезнь новорожденных**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии*

*Научные руководители: к.м.н. Сидорова Л.Д., к.м.н. Проданова Е.В.*

**Актуальность.** В ряде случаев иммунобиологическая несовместимость между матерью и плодом является причиной тяжелых нарушений эмбриогенеза и постнатального развития. Известно, что гемолитическая болезнь, возникающая вследствие сенсибилизации матери антигенами плода по системе RH(-) определяет высокий уровень заболеваемости и занимает ведущее место среди причин гибели плода и новорожденного.

**Цель:** на основе определения анамнестических и клинико-исосерологических критериев прогрессирующей RH-сенсибилизации в ГБП и новорожденного, разработать алгоритм антенатальных диагностических возможностей иммунологического конфликта между матерью и будущим ребёнком.

**Материал и методы.** Проведен анализ течения беременности и родов у 36 пациенток с января по июнь 2013 года. Основную группу составили 18 пациенток, угрожаемых по реализации ГБП и ГБН. Группу сравнения 18 первоберенных с RH-отрицательной кровью. Пациентки сопоставимы по возрасту и соматическому анамнезу.

**Результаты.** По данным анамнеза в основной группе все пациентки имели отягощенный акушерский анамнез. У двух женщин 3-и роды, у 16 2-е. Артифициальные аборт в анамнезе у трех женщин, замершая беременность наблюдались у одной женщины. В основной группе резус-иммунизация выявлена у трех женщин. ГБП по данным доплерометрии средней мозговой артерии выявлена в одном случае. ГБН развилась у одного ребенка. В основной группе иммунологических нарушений беременности не выявлено.

**Выводы.** RH-иммунизации способствуют аборт; осложненное течение беременности (ложные схватки, гестозы)

**Ключевые слова:** ГБН

ID: 2014-04-257-T-3626

Тезис

Камалян С.А.

**Течение и исход родов при мекониальном окрашивании околоплодных вод***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета**Научный руководитель: к.м.н. Хворостухина Н.Ф.*

Частота мекониального окрашивания околоплодных вод колеблется от 4,5 до 20%. Наличие мекония в околоплодных водах является маркером гипоксии плода и заслуживает пристального внимания, как акушеров-гинекологов, так и педиатров.

**Цель:** оценить течение и исход родов при мекониальном окрашивании околоплодных вод.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 66 историй родов по данным МУЗ «ПЦ» ГКБ №8. Основную группу составили женщины, чьи роды осложнились отхождением зеленых околоплодных вод (n=46), группу сравнения – 20 беременных без патологического окрашивания околоплодных вод.

**Результаты.** Оценка анамнестических данных показала, что у 34 беременных основной группы (73,9%) имел местоотягощенный акушерско-гинекологический анамнез, в группе сравнения – у 7 (35%). Очаги хронической инфекции выявлены, соответственно, у 32 (69,5%) и 9 (45%) женщин. По данным УЗИ в основной группе у 5 беременных были диагностированы ЗВУР плода 1-2 степени (11%), у 3 (6,5%) – нарушение гемодинамики 1-2 степени, у 1 (2%) – ВПР плода, у 7 (15%) – преждевременное созревание плаценты. В группе сравнения нарушение гемодинамики отмечены лишь в 5% (n=1) наблюдений.

В основной группе патологическое течение родов имело место у 26 рожениц (56,5%), из них 85% (n=22) были родоразрешены путем операции кесарева сечения (КС). В группе сравнения патологические роды констатированы в 35% случаев (n=7). Из них операций КС – 75% (n=6). В основной группе в состоянии асфиксии тяжелой степени родились 2% (n=1) новорожденных, умеренной асфиксии – 69,5% (n=32). Церебральная ишемия (ЦИ) 1 степени выявлена у 63% (n=29) новорожденных. В группе сравнения 15% (n=3) новорожденных родились в состоянии умеренной асфиксии. ЦИ 1 степени наблюдалась в 15% (n=3) случаев.

**Выводы.** При мекониальной окраске околоплодных вод у беременных в 1,5 раза чаще выявляются очаги хронической инфекции, в 1,5 раза выше процент патологических родов, а в состоянии асфиксии различной степени тяжести рождается детей в 5 раз больше.

**Ключевые слова:** мекониально окрашенные воды

ID: 2014-04-257-T-3766

Тезис

Шахсуварян С.Г.

### **Малоинвазивные репродуктивно-сохраняющие технологии в лечении трубной беременности**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета*

*Научный руководитель: к.м.н. Чунихина Н.А.*

Наиболее распространенной патологией в гинекологической практике, приводящей к снижению и нередко потере репродуктивной функции является внематочная беременность. На сегодняшний день наиболее оправданным для профилактики спаечного процесса в брюшной полости является использование минимально инвазивной хирургической техники. Основной причиной возникновения трубно-перитонеального фактора бесплодия является образование послеоперационных спаек на органах малого таза. Поэтому мероприятия направленные на профилактику и возможное снижение частоты образования спаек, являются актуальными.

**Цель:** оптимизация методов восстановления фертильности после трубной беременности.

**Задачи:** определить эффективность использования минимально инвазивной хирургической техники туботомии в сочетании со специфическим адьювантным барьерным средством в послеоперационном периоде для профилактики спайкообразования в просвете маточной трубы.

**Материал и методы.** На базе гинекологического отделения 1 гкб г.саратова было произведено исследование, в котором приняли участие 397 женщины с диагнозом трубная беременность, которым были проведены реконструктивные органосохраняющие операции. Всех пациенток поделили на две группы: 1-ю группу составили 200 пациенток с ВБ, которым была произведена туботомия с вылушиванием плодного яйца и интратубарным подведением метотрексата; 2-ю группу составили 197 женщин, которым также было произведено оперативное вмешательство с дополнительным введением в просвет трубы линтекс – мезогель в качестве барьерного противоспаечного средства.

**Результаты.** Через 3 месяца всем женщинам была произведена диагностическая лапароскопия, гистероскопия с хромогидротубацией. У 50 женщин из 1 группы обнаружено образование спаек. Во 2-й группе диагностирована реклюзия оперированной маточной трубы, только у 17-пациенток спаечного процесса не выявлено. В течение года после контрольных исследований выявлено, что из 2-й группы маточная беременность наступила у 46 женщин, эктопическая беременность составила 2,1%(8) женщин. Из первой же группы маточная беременность наступила у 19 женщин, эктопическая беременность выявлена у 43 женщин.

**Выводы.** Целесообразно применять минимально инвазивную технологию в сочетании со специфическими адьювантными барьерными средствами.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, мезогель

## Дерматовенерология и косметология

ID: 2014-04-3881-T-3247

Тезис

Спирина В.Г., Мащенко Ю.В.

### Особенности течения пигментной крапивницы у детей

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней**Научный руководитель: к.м.н., асс. Игонина И.А.*

Мастоцитоз — это группа заболеваний, обусловленных накоплением и пролиферацией тучных клеток в тканях.

Мастоцитоз — довольно редкая болезнь. В РФ на 1000 пациентов приходится 0,12–1 случая. Знание проявлений мастоцитоза и тактики ведения таких пациентов помогает предотвратить возможные серьезные осложнения, которые могут сопровождать не только злокачественно протекающие, но и доброкачественные формы заболевания.

Выделяют следующие формы (ВОЗ 2001г):

1. Кожный мастоцитоз
2. Индолентный системный мастоцитоз (СМ)
3. СМ, ассоциированный с гематологическими заболеваниями
4. Агрессивный СМ
5. Лейкемия тучных клеток
6. Саркома тучных клеток
7. Внекожная мастоцитоза

У детей, как правило, диагноз ставят на основании клинической картины, т.к. кожный мастоцитоз у них обычно проходит самопроизвольно. Учитывая, что речь идет о пролиферативном заболевании гематологической природы, всегда лучше провести гистологическое исследование биоптата.

**Цель исследования:** изучение клинических проявлений мастоцитоза у детей.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находился мальчик 3 лет, впервые поступивший на лечение в ККБ СГМУ с диагнозом: Мастоцитоз. Из анамнеза известно: заболевание дебютировало в возрасте 2 месяцев с появления розовых, зудящих, пятен. В последующем высыпания появлялись неоднократно, после применения жаропонижающих препаратов или спонтанно. **Объективно:** на коже туловища и конечностей имеется множество желто-розовых, уртикарных, зудящих пятен, папул, положительный симптом Унны-Дарье. В стационаре получал гипосенсибилизирующую терапию, топические стероиды. По окончании лечения на месте разрешившихся элементов остались очаги гиперпигментации.

**Выводы.** Несмотря на то, что обычно у детей мастоцитоз ограничивается поражением кожи, необходимо исследовать уровень триптазы в крови, регулярно проводить УЗИ печени и селезенки, при необходимости провести исследование костного мозга.

**Ключевые слова:** мастоцитоз



ID: 2014-04-3881-T-3248

Тезис

Талалайко О.С., Власова Д.В.

### **Особенности течения многоформной экссудативной эритемы в старческом возрасте**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней*

*Научный руководитель: к.м.н, асс. Игонина И.А.*

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — острое, нередко рецидивирующее заболевание кожи и слизистых (О. Л. Иванов, 1997). Этиологические факторы МЭЭ разнообразны. У пациентов с этим диагнозом имеется пусковой фактор, «включающий» механизм иммунной реакции гиперчувствительности. Пусковые факторы делят на две группы: аллергены медикаментозной, пищевой и т. д. природы, вызывающие токсико-аллергическую разновидность дерматоза, и инфекционные — вирусы, бактерии, простейшие, которые становятся причиной инфекционно-аллергической формы МЭЭ. Заболевание чаще встречается у лиц моложе 20 лет, гораздо реже у лиц старшего возраста.

**Цель исследования:** описание клинического случая МЭЭ в возрасте старше 90 лет.

Под нашим наблюдением пациентка в возрасте 91 года, которая обратилась в стационар с жалобами на зуд, жжение в области очагов поражения на коже туловища и конечностей. Дебют заболевания 3 недели назад, когда в области левой щеки появился зудящий очаг эритемы. Амбулаторно получала цефазолин в/м 3 р/сут, хлоропирамин внутрь с некоторым улучшением. Через неделю процесс распространился на кожу туловища. Амбулаторно был введен раствор бетаметазона дипропионат 4мл в/м-без эффекта. При поступлении в стационар объективно: в области груди, плеч, предплечий, кистей, голеней — симметричные диффузные очаги эритемы с цианотинным оттенком, четкими границами, размерами до 30-45 см, на этом фоне определяются буллезные элементы, множественные эрозии с серозными и серозно-геморрагическими корками, по периферии эрозий — обрывки эпидермиса, на коже кистей — обильное крупно- и мелкопластинчатое шелушение. В области спины, живота, бедер — множественные пятнисто-папулезные эфлоресценции ярко-розового цвета с цианотичным оттенком.

Выставлен диагноз: Многоформная экссудативная эритема.

**Вывод.** Многоформная экссудативная эритема в старческом возрасте может проявляться яркой клинической симптоматикой.

**Ключевые слова:** эритема

ID: 2014-04-3881-T-3249

Тезис

Каймурзина А.Ш., Цибиногина И.В.

**Опыт применения локальной ПУВА – терапии при многоочаговой алопеции**  
*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней**Научный руководитель: к.м.н., асс. Игонина И.А.*

Алопеция – полное или частичное выпадение или поредение волос, чаще на волосистой части головы, реже на других участках кожного покрова.

В развитии облысения определенную роль играют функциональные нарушения нервной системы, эндокринные заболевания, очаги хронической инфекции, изменения иммунного статуса, генетические факторы, нарушения периферической сосудистой системы и церебральных сосудов, дисбаланс микроэлементов, изменения реологических свойств крови и др.

**Цель работы:** оценка результатов лечения пациентов с многоочаговой алопецией после применения локальной ПУВА-терапии (ПУВА-расчески METEC Medizin-Technische GmbH) совместно с КВЧ-терапией.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 27 пациентов (11 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет с диагнозом многоочаговая алопеция. Все пациенты были консультированы в ККБ СГМУ, где им была проведена трихограмма, по результатам которой у всех пациентов преобладала фаза телогена волосяного фолликула (от 70% до 83%). Всем пациентам помимо стандартного лечения была назначена ПУВА-расческа (METEC Medizin-Technische GmbH) и КВЧ-терапия №10 с повторением курса 1 раз в 3 месяца.

**Результаты.** У 23 пациентов заметное улучшение состояния волос (по результатам трихограммы: стала преобладать фаза анагена (от 70% до 85%)) наблюдалось после 3 курса ПУВА-расчески совместно с КВЧ-терапией. У 4-х пациентов, отмечалось улучшение состояния волос (по результатам трихограммы стала преобладать фаза анагена (от 67% до 83%)) после 1 курса ПУВА-расчески совместно с КВЧ-терапией.

**Вывод.** ПУВА-расческа является эффективным методом лечения многоочаговой алопеции.

**Ключевые слова:** ПУВА

ID: 2014-04-3881-T-3250

Тезис

Щербакова Н.С., Швырева Д.О.

### Случай возникновения кольцевидной эритемы Дарье

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Игонина И.А.*

Центробежная эритема Дарье – одна из наиболее часто встречающихся разновидностей, так называемых стойких эритем, хотя среди других дерматозов она наблюдается относительно редко.

**Цель:** описание случая возникновения клинической картины кольцевидной эритемы Дарье.

Под нашим наблюдением находилась больная 62 лет с диагнозом: Центробежная эритема Дарье. Считает себя больной в течение 2 лет, когда без видимой причины на коже передней брюшной стенки и бедер стали появляться очаги сиреневатого цвета, постепенно распространившиеся на кожу молочных желез и верхних конечностей. Течение заболевания хроническое, рецидивирующее, вне сезонное. Последнее ухудшение с августа 2013 г., когда стала отмечать появление свежих элементов. Госпитализирована в ККБ СГМУ. Объективно: Поражение кожи носит диссеминированный характер, занимает до 30% всего кожного покрова. На коже туловища, конечностей процесс представлен множественным кольцевидными очагами эритемы ярко-красного цвета с буроватым оттенком, окруженные несколько приподнятым слабо шелушащимся валиком. Субъективно: зуд малоинтенсивный. При обследовании больного выявлено :в общем анализе крови СОЭ 30 мм/ч., в биохимическом анализе крови отмечается повышение уровня холестерина, общего и прямого билирубина, по результатам УЗИ органов брюшной полости клинически значимых отклонений не выявлено, при исследовании органов забрюшинного пространства обнаружены кисты почек . Проведено лечение: дексаметазон 2 мл в/м 1 раз/сут., преднизалон 0,005 внутрь 8 таб/сут., афлодерм 1 раз/ сут. На фоне проводимой терапии эритематозные очаги разрешились, оставив вторичные гиперпигментированные пятна.

**Вывод.** Данный клинический случай представлен в связи с редкой встречаемостью в дерматологической практике.

**Ключевые слова:** Дарье

ID: 2014-04-3881-T-3282

Тезис

Карпова Е.Н.

**Случай дерматоза линейного IgA зависимого у ребенка (клинически)***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней**Научный руководитель: д.м.н., профессор Слесаренко Н.А.*

**Цель:** ознакомить практикующих врачей с актуальной проблемой диагностики и лечения буллезных дерматозов.

Под нашим наблюдением находился больной Г., 4 месяцев, с диагнозом: «Дерматоз линейный IgA зависимый». Поступил в ККБ СГМУ с жалобами на высыпания на различных участках кожного покрова, зуд.

Из анамнеза известно: ребенок болен в течение двух недель, когда впервые после перенесенной ОРВИ на коже лица появились высыпания ярко-розового цвета, сопровождающиеся зудом. Постепенно процесс распространился на другие участки кожного покрова.

Объективно: на коже лица, туловища и конечностей имеются отечные эритематозные пятна округлой и гирляндобразной формы с четкими границами с расположенными на их поверхности пузырьками с плотной покрывкой от 0.5 до 1 см в диаметре, везикулами, обширными эрозиями, местами с серозно – геморрагическими корками в центральной части. При обследовании лабораторные показатели были в пределах нормы.

Диагноз дерматоза линейного IgA зависимого нельзя считать заключительным, ввиду отсутствия результатов иммуногистохимических и молекулярно - генетических методов исследования.

**Результаты.** Больному проводилось следующее лечение: аглутеновая диета, препараты сульфонового ряда (tab.Dapson 12,5 mg внутрь 1 раз в сутки); системные стероиды (Prednisoloni 0,25 – 6,5 mg в/м 1 раз в сутки); антигистаминные; анилиновые красители. Через неделю после начатого лечения перестали появляться новые полостные элементы, через два месяца все высыпания разрешились.

**Выводы.** Данное клиническое наблюдение интересно в связи с редкой встречаемостью линейного IgA буллезного дерматоза, сложностью дифференциально – диагностического поиска, что требует дальнейшего обобщения опыта с использованием иммуногистохимических и молекулярно - генетических методов исследования.

**Ключевые слова:** дерматоз линейный IgA зависимый

ID: 2014-04-3881-T-3481

Тезис

Акимова И.С., Муратова Д.С.

### Случай климактерической кератодермии Хакстхаузена

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней

Научный руководитель: асс. Кондратьева Н.Н.

Ладонно-подошвенные кератодермии (ЛПК) – это группа наследственных и приобретенных заболеваний, характеризующаяся утолщением рогового слоя эпидермиса в области ладоней и подошв. Среди всех ЛПК - ККХ встречается в 10-15% случаев, в основе лежит гипофункция яичников и щитовидной железы.

**Цель исследования:** провести дифференциальную диагностику ККХ с ладонно-подошвенным псориазом на примере клинического случая ККХ.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилась пациентка В., 55 лет. При поступлении в стационар предъявляла жалобы на высыпания в области ладоней и подошв, болезненность в очагах. Объективно при поступлении - на ладонях и подошвах кожа ксерозирована, очаги массивного гиперкератоза желтоватого цвета, глубокие трещины и мелкопластинчатое шелушение. Гинекологический анамнез не отягощен. Менопауза в течение года. Из анамнеза известно, что больна в течение 8 месяцев, лечилась по месту жительства антимикотическими средствами без эффекта. Направлена на госпитализацию ККБ СГМУ с диагнозом: ладонно-подошвенный псориаз? В клинике был поставлен диагноз ККХ, при обследовании выявлено снижение уровня эстрадиола и прогестерона, проведено лечение витаминами А и группы В; антибактериальная, дезинтоксикационная, гипосенсибилизирующая терапия, наружно – кератолитические мази и ванночки с раствором перманганата калия.

На фоне проводимой терапии через 21 день наблюдалось улучшение в виде уменьшения очагов гиперкератоза, шелушение незначительное, глубокие трещины эпителизировались. Субъективно жалоб нет.

**Выводы.** При ККХ, как правило, симметричное очаговое утолщение рогового слоя ладоней и подошв, особенно выражен гиперкератоз в местах давления и трения, болезненные трещины, мелкопластинчатое шелушение. Дебют в период менопаузы. Что не соответствует клинической картине ладонно-подошвенного псориаза - присутствует серебристо-белое шелушение и очаговый гиперкератоз, по периферии очагов определяется псориазическая триада; поражение не ограничено опорным участком, чаще сочетается с поражением ногтей/суставов.

**Ключевые слова:** кератодермия

## Лучевая диагностика и лучевая терапия

ID: 2014-04-24-T-3271

Тезис

Ананьева П.В., Полушкин С.В., Костина И.А.

### Лучевая терапия дегенеративно-дистрофического процесса пяточной кости (пяточный остеофит)

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии*

В настоящее время разработаны объективные радиобиологические и дозиметрические обоснования лучевой терапии у неонкологических больных, в частности с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями костно-суставной системы. Литературные данные последних лет и практический коллективный опыт лечебных учреждений показывают высокий терапевтический эффект рентгенотерапии малыми дозами и отсутствие местных и общих радиационных реакций при правильном назначении метода и наличии обоснованных показаний к его применению.

**Цель работы:** показать эффективность лучевой терапии в лечении дегенеративно-дистрофического процесса в пяточной кости.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в кабинете рентгенотерапии Клинической больницы им. Миротворцева. Число пролеченных пациентов — 8697. Среди них с диагнозом пяточный остеофит - 5201 человек. Всем пациентам проведен курс дистанционной рентгенотерапии при напряжении генерирования 180-230 кВ, силе тока 10 мА. Методика излучения была строго индивидуальна, зависела от конкретных условий: сроков начала заболевания, степени поражения, клинической симптоматики. Разовая поглощенная доза чаще составляла 0,2-0,5 Гр, интервалы между облучениями 1-2 дня, суммарная очаговая доза в пределах 1,5-3 Гр.

**Результаты.** Было выявлено, что 35% пациентов уже в процессе курса рентгенотерапии (после 3-4 сеанса) отмечают уменьшение болевого синдрома. Спустя 2 недели после курса рентгенотерапии 71% пациентов отмечают значительное уменьшение болевого синдрома, проявлений воспалительного процесса.

**Вывод.** Целенаправленное лучевое лечение пациентов с дегенеративно-дистрофическими поражениями пяточной кости позволяет добиться значительного уменьшения воспалительного процесса и болевого синдрома, является одним из самых эффективных методов и должна применяться в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** пяточная шпора, лучевая терапия



ID: 2014-04-24-T-3347

Тезис

Базанова Т.С., Мельникова Е.В.

### **УЗИ и МРТ в диагностике острого деструктивного панкреатита (преимущества и недостатки)**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии*

*Научный руководитель: асс. Климашин Д.Ф.*

**Актуальность.** Острый панкреатит (ОП) занимает особое место среди острых заболеваний органов брюшной полости в связи с распространенностью и тяжелым течением. За последнее десятилетие его частота возросла в 10–15 раз, особенно увеличилось количество деструктивных форм. Уточнение формы ОП необходимо для определения дальнейшей тактики лечения. Основным методом диагностики является ультразвуковое исследование, дополнительными — магнитно-резонансная томография и компьютерная томография.

**Цель:** изучение диагностических возможностей различных методов лучевой диагностики при выявлении острого деструктивного панкреатита (ОДП).

**Материал и методы.** *Методы исследования:* ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) органов брюшной полости. *Материал исследования:* 19 больных ОДП, в возрасте от 28 до 60 лет, находившихся на лечении в Клинической больнице им. С.Р. Миротворцева СГМУ за 2013 г.

**Результаты.** По данным УЗИ у всех пациентов с ОДП было выявлено изменение эхогенности паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) (в 74.6% выявлялось ее понижение и в 25.4% — повышение); у 18 пациентов (95.9%) выявлена неоднородность эхоструктуры ПЖ и более чем в 80% обнаружен воспалительный инфильтрат в проекции ПЖ. Выпот в брюшной и плевральных полостях отмечался у 13 (75.1%) и 6 (27.2%) пациентов соответственно. В позднем периоде заболевания выявлены участки некроза у 6 (28%) пациентов. По данным МРТ увеличение и отек ПЖ выявлено в 78% и 97% соответственно; у всех пациентов выявлен отек жировой клетчатки и скопление свободной жидкости. Секвестры ПЖ выявлены у 5 (21%), а некроз ПЖ у 7 (36%) пациентов.

**Выводы:**

1. УЗИ остается методом первой очереди в ранней диагностике ОДП, однако имеет меньшую чувствительность и специфичность.
2. Наиболее информативным методом считается МРТ, однако оптимальным сроком для его выполнения служат 7-10 суток с момента начала заболевания.
3. Прогнозирование, либо раннее выявление ОДП позволяет избрать адекватную лечебно-диагностическую тактику.

**Ключевые слова:** панкреатит, диагностика, УЗИ, МРТ

ID: 2014-04-1749-T-3352

Тезис

Меринов А.В., Меринова С.Г., Юрьев А.О.

**Трудности лучевой диагностики туберкулеза легких на фоне ВИЧ-инфекции***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Илясова Е.Б.*

**Актуальность.** Пациенты с иммунодефицитом обладают сверхвосприимчивостью к туберкулезной инфекции. Диагностика туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции достаточно сложна и обладает специфическими особенностями, поэтому рассматриваемая проблема высокоактуальна.

**Цель исследования:** изучить особенности рентгеносемиотики туберкулеза (ТВС) легких при сопутствующей ВИЧ-инфекции.

**Материал и методы.** Изучены истории болезней и рентгенограммы органов грудной полости 16 пациентов с разными формами ТВС на фоне ВИЧ-инфекции. Пациенты наблюдались в ГУЗ ЛРПТД г. Саратова.

**Результаты.** Среди пациентов сочетанное поражение легких ТВС и ВИЧ-инфекцией чаще наблюдалось у лиц мужского пола от 30 до 40 лет (12 пациентов). При оценке рентгенологической картины легких, нами отмечено, что из 16 обследованных пациентов у 8 наблюдались признаки, характерные для милиарного туберкулеза; у 5 пациентов-признаки инфильтративной формы без распада; у 3 пациентов-фиброзно-кавернозная форма туберкулеза. Независимо от формы туберкулеза, у всех пациентов было выявлено двустороннее увеличение лимфатических узлов корней легких, общее состояние было тяжелым, что отличает полученную картину от ТВС без сопутствующей ВИЧ-инфекции (по литературным данным).

**Выводы.** Особенностью рентгеносемиотики туберкулеза легких при сопутствующей ВИЧ-инфекции является тяжелое общее состояние больных и сочетание изменений, свойственных для туберкулеза, с увеличением лимфатических узлов корней легких, что встречается в детской практике при ТВС внутригрудных лимфатических узлов и нехарактерно для классической картины туберкулеза легких у взрослых. По нашим данным, ВИЧ-инфекция сопутствовала одинаково часто милиарной, инфильтративной и фиброзно-кавернозной формам туберкулеза. Таким образом, сочетание ТВС с иммунодефицитом вызывает трудности диагностики, однако наличие вышеуказанных особенностей позволяет уточнить диагноз.

**Ключевые слова:** туберкулез, диагностика, ВИЧ-инфекция

ID: 2014-04-8-T-3360

Тезис

Синайская Е.И., Ротар С.Р.

## Дифференциальная диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

**Актуальность.** Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – заболевание пищевода и связочного аппарата диафрагмы, при котором возникает расширение пищеводного отверстия диафрагмы и растягиваются связки, фиксирующие пищевод и желудок. В результате растяжения верхняя часть желудка выходит в грудную полость и нарушается работа нижнего пищеводного сфинктера. Одно из самых распространенных заболеваний в гастроэнтерологической практике. Массовое исследование позволили выявить грыжи ПОД почти у трети взрослого населения России, чаще у лиц старше 40 лет.

**Цель исследования:** установить дифференциально-диагностические признаки грыж пищеводного отверстия диафрагмы и ампулы пищевода.

**Материал и методы.** Были отобраны 43 пациента, поступивших на обследование и лечение в терапевтический стационар Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева. Всем пациентам проводились обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки, обзорная рентгеноскопия брюшной полости, рентгеноскопия желудка.

**Результаты.** Известно, что грыжа ПОД – смещение в грудную полость через пищеводное отверстие диафрагмы части желудка, иногда петель кишечника. Особенно часто приходится дифференцировать грыжи ПОД с наддиафрагмальной ампулой пищевода. При анализе рентгенологических дифференциально-диагностических признаков можно отметить, что в пользу ампулы пищевода говорит то, что это состояние не патологическое и не требует оперативного вмешательства. Ампула пищевода имеет гладкие контуры и форму, напоминает луковицу с заостренной верхушкой, расположенную строго вдоль оси пищевода с четкой нижней границей. Дистальнее скопления бариевой массы удается видеть тонкие складки слизистой оболочки пищевода. Грыжи ПОД в функциональном отношении ведет себя пассивно. Она формируется независимо от фазы дыхания и относительно более продолжительное время сохраняется над диафрагмой. Обычно грыжа располагается асимметрично к пищеводу, имеет овальную форму. Нижняя граница грыжи нечеткая, и на этом уровне часто прослеживаются складки желудка. Иногда определяются более или менее выраженные втяжения «перешнуровки» по контурам (так называемые кардиальные зарубки), отделяющие расширенное преддверие от кардиального отдела желудка.

**Выводы.** Дифференциальная диагностика важна для правильной постановки диагноза – грыжа ПОД, либо же ампула пищевода, поскольку от правильно поставленного диагноза зависит дальнейшая тактика ведения пациента.

**Ключевые слова:** дифференциальная диагностика грыж ПОД

ID: 2014-04-23-T-3418

Тезис

Лушникова С.А., Филогин Р.С., Никольский Ю.Е.

**Сравнение диагностических возможностей диффузионно-взвешенной МРТ и стандартных протоколов МРТ в острой фазе ишемического инсульта***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии*

**Актуальность.** Ишемические инсульты составляют 70—85 % от общего числа острых нарушений мозгового кровообращения. Ранняя диагностика инсульта - актуальная проблема современной неврологии.

**Цель исследования:** сопоставить диагностические возможности диффузионно-взвешенной МРТ и стандартных протоколов МРТ в острой фазе ишемического инсульта.

**Задачи исследования:** сравнить чувствительность и диагностическую точность диффузионно-взвешенной МРТ и стандартных протоколов МРТ в выявлении участков острой ишемии головного мозга.

**Материал и методы.** В 2013-2014 году в клинике нервных болезней Клинической больницы им. Миротворцева СГМУ им. Разумовского проходило лечение 26 больных с острой фазой ишемического инсульта. Преобладали больные с инсультом в каротидном бассейне – 22 человек (85%). Остальные 4 больных (15%) с ОНМК по ишемическому типу в вертебрально-базиллярном бассейне. Средний возраст больных - 59 лет. Всем больным было выполнено МР сканирование головного мозга по стандартному протоколу (T2 ВИ и T1 ВИ в трех взаимно перпендикулярных плоскостях) и с применением диффузионно-взвешенных изображений на аппарате Philips Achieva 1,5 T.

**Результаты.** Анализ полученных данных МРТ показал, что в острой фазе ишемического инсульта на диффузионно-взвешенных изображениях зона поражения мозга у 22 (85%) из 26 пациентов имеет типично высокий МР-сигнал. На картах измеряемого коэффициента диффузии - обратная картина, что указывает на снижение диффузии в данных участках головного мозга. У 12 (47%) из 26 обследуемых больных определялась зона поражения на стандартных T2 ВИ и T1 ВИ.

**Выводы.** Чувствительность и диагностическая точность МРТ с применением диффузионно-взвешенных изображений в выявлении участков острой ишемии головного мозга выше, чем при использовании стандартных протоколов МРТ. Выполнение стандартного протокола МРТ с применением диффузионно-взвешенных изображений должно выполняться всем больным с подозрением на ОНМК по ишемическому типу.

**Ключевые слова:** МРТ, инсульт, диффузионно-взвешенная МРТ

ID: 2014-04-24-T-3433

Тезис

Щукина О.Е.

### **Информативность магнитно-резонансной томографии в диагностике первичного рака печени**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Чехонацкая М.Л.*

**Актуальность.** Для оценки состояния печени используется магнитно-резонансная томография (МРТ), однако возможности ее изучены недостаточно.

**Цель работы:** оценка информативности МРТ в диагностике первичного рака печени (РП).

**Материал и методы.** Проведен анализ историй болезни и теневых изображений МРТ 27 пациентов, находившихся в МУЗ ГKB им. С.П. Миротворцева с подозрением на РП в период с 2008 по 2012 г.г. Возраст пациентов - от 36 до 70 лет. МРТ проводилась на аппарате Siemens Expert (1,0 Тл). МРТ проводилось без контрастирования и с омнисканом (0,2 мл/кг).

**Результаты.** Были выделены 2 группы: 18 пациентов с морфологически верифицированным раком печени (РП) и группа сравнения - 9 пациентов с гемангиомой (ГМ) печени. У пациентов с РП T<sub>1</sub>-стадия не выявлялась; T<sub>2</sub> стадия - у 5; T<sub>3</sub>-стадия - у 5; и T<sub>4</sub>-стадия - у 8.

При МРТ без контрастирования получены общие признаки РП и ГМ: гиперинтенсивность МР-сигнала на T2 и гипоинтенсивность на T1 В1, неправильная форма и гетерогенность образования, различные размеры. Отличия: контуры образования четкие при ГМ и нечеткие при РП. Установлено, что чувствительность, специфичность, диагностическая точность МРТ 86%, 81% и 84% соответственно. При проведении МРТ с контрастированием, были получены только отличительные признаки. В артериальную и последующие фазы при ГМ определялось лакунарное (центрипетальное) повышение сигнала от образования, при РП - пик усиления, а для фазы воротной вены - наличие псевдокапсулы., в результате чувствительность составляла 93%, специфичность - 90%, диагностическая точность - 92%.

**Выводы.** МРТ достаточно информативно при раке печени и позволяет отличить его от гемангиомы, точность метода повышается при использовании контрастирования.

**Ключевые слова:** МРТ, рак печени

Николенко О.А.

**Информативность и алгоритм лучевых методов в диагностике рака ворот печени***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии*

**Актуальность.** Ранняя диагностика злокачественных поражений печени - актуальная проблема современной медицины.

**Цель исследования:** оценка информативности и определение алгоритма лучевых методов диагностики злокачественных образований ворот печени.

**Материал и методы:** анализ историй болезни и теневых изображений 18 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ с наличием объемного образования ворот печени. Всем пациентам проводились трансабдоминальное ультразвуковое исследование (ТА УЗИ), рентгенологические исследования - эндоскопическая ретроградная холецисто-холангио-панкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиохолецистография (ЧЧХГ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Критерием точности послужило гистологическое исследование, при котором у 11 пациентов выявлен гепатоцеллюлярный рак (ГЦР), у 3 – холангиокарцинома (ХАЦ), у 4 больных – метастатическое поражение печени (МТС). В 13 случаях заболевание осложнялось механической желтухой.

**Результаты.** При оценке сравнительной информативности лучевых методов диагностики злокачественное поражение печени определялось одинаково точно во всех случаях. При УЗИ, КТ, и МРТ была возможность оценки паренхимы печени, при этом у 14 пациентов выявлена первичная опухоль, у 4- мтс. При УЗИ у 13 пациентов с механической желтухой выявлялось расширение внутripеченочных протоков, общий печеночный проток не визуализировался. При КТ патологическое сужение желчных протоков обнаруживалось у 12 пациентов из 13 случаев механической желтухи, при МРТ у 11 из 13. При ЭРХПГ выявлялось циркулярное сужение общего печеночного протока с подрытостью контуров на различном протяжении и расширение внутripеченочных протоков. В 7 из 13 случаев в процессе ЭРХПГ проведено стентирование протоков для их проходимости.

**Выводы.** Методом первой очереди при подозрении на рак печени является ТА УЗИ, позволяющее определить первичное и вторичное злокачественное поражение. Дополнительными методами выбора являются КТ и МРТ для уточнения характера изменений печени и желчных протоков. ЭРХПГ необходимо во всех случаях механической желтухи для оценки степени поражения желчных протоков и проведения стентирования.

**Ключевые слова:** лучевая диагностика рака ворот печени

ID: 2014-04-2467-T-3510

Тезис

Бобылев Д.А., Завьялова А.О., Никольский Ю.Е.

### Магнитно-резонансная томография в диагностике «малых» опухолей почек

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Приезжева В.Н.

**Введение.** В мире ежегодно растет число впервые выявленных опухолей почечной паренхимы за счет использования томографических методов диагностики, в частности магнитно-резонансной томографии. При обнаружении ракового узла размером до 4 см можно выполнить органосохраняющую операцию.

**Цель исследования:** определить возможности МРТ в диагностике «малых» опухолей почек.

**Материал и методы.** МРТ органов брюшного пространства было выполнено 17 пациентам, проходивших лечение в урологических отделениях Клинической больницы им. С. П. Миротворцева СГМУ. Критерием точности обследования явилось морфологическое исследование операционных препаратов. Исследование было выполнено на аппарате Philips Achieva 1,5 Т. Протокол МР исследования включал T2 ВИ и T1 ВИ в 3-х взаимно перпендикулярных плоскостях, программы с подавлением МР сигнала от жировой ткани.

**Результаты.** Были выявлены опухоли паренхимы почки диаметром от 1,3 до 3,8 см. Патоморфологически в 10 случаях (58%) верифицирован светлоклеточный рак почки (РП), в 4 случаях (24%) – папиллярная карцинома, в 2 (12%) - верифицирована ангиомиолипома, в 1 (6%) случае - аденома почки. По данным исследования у пациентов с РП в 9 случаях (54%) было выявлено наличие псевдокапсулы, а в 2 (12%) неоднородность структуры за счет кистозных компонентов и кровоизлияний. У больных со светлоклеточным РП в 8 случаях (48%) на T1-ВИ наблюдался гипоинтенсивный сигнал, в 2 (12%) — изоинтенсивный, в то время как на T2-ВИ в 8 случаях (48%) гиперинтенсивный, в 2 случаях (12%) изоинтенсивный. При этом у пациентов с несветлоклеточным раком на T1-ВИ в 2 случаях (12%) определялся изоинтенсивный сигнал, в 2 (12%) гипоинтенсивный; на T2-ВИ в 2 случаях (12%) гиперинтенсивный и в 2 (12%) изоинтенсивный. У пациентов с ангиомиолипомой (12%) в свою очередь на T1- и T2-ВИ наблюдался гиперинтенсивный сигнал, а также выявлено изменение МР сигнала от опухоли на программах с подавлением сигнала от жировой ткани. У больного с аденомой (6%) на T1-ВИ и T2-ВИ определялся изоинтенсивный сигнал.

**Выводы.** МРТ — высокоинформативный метод диагностики «малых» опухолей паренхимы почки. Протокол МР исследования органов брюшного пространства при подозрении на наличие «маленькой» опухоли почки должен включать программы с подавлением сигнала от жира.

**Ключевые слова:** МРТ, рак, опухоль, почка, ангиомиолипома

ID: 2014-04-8-T-3738

Тезис

Савичева Е.Н., Шабарова А.А., Булгучев А.Г.

**Рентгенологическое исследование в диагностике дивертикулов пищеварительного тракта***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Приезжева В.Н.*

**Актуальность.** За последние десятилетия встречаемость дивертикулов значительно возросла и по данным литературы составляет 2-2,5% всех заболеваний ЖКТ.

**Цель:** изучить информативность рентгенологического исследования в диагностике дивертикулов ЖКТ.

**Материал и методы.** Были проанализированы результаты рентгеноконтрастных исследований ЖКТ пациентов, находившихся на лечении в ГЭО ГКБ им.С.Р..Миротворцева за последние пол года. В качестве контраста использовался BaSO<sub>4</sub>.

**Результаты.** За 6 месяцев было выполнено 630 рентгенологических исследований ЖКТ. Из них 398 женщин (63%). Возраст больных от 25 лет до 81 года. На долю рентгеноскопии желудка пришлось 326 исследований, ирригоскопии- 260, пассажа по кишечнику- 44. Дивертикулы выявлены у 45 чел (7,1%), из них женщин- 29 чел. (64,4%). Средний возраст составил 59 лет. Распределение по отделам ЖКТ: пищевод - 4 (8,9%), желудок - 1 (2,2%), тонкая кишка - 15 (33,3%), толстая кишка - 28 (55,6%). Во всех случаях наблюдались типичные признаки дивертикулов. Клинические проявления зависели от их величины, локализации и наличия или отсутствия осложнений. Бессимптомное течение отмечалось в 40 случаях(88,9%). У 5 пациентов были жалобы со стороны ЖКТ различной степени выраженности. У них обнаружены признаки дивертикулита. Множественное поражение встретилось лишь в толстой кишке. Сочетанное поражение тонкой и толстой кишки наблюдалось у 1 пациентки.

**Выводы:**

1. Мужчины и женщины поражаются в одинаковой степени. Частота заболевания увеличивается с возрастом, наиболее часто поражается толстая кишка, что видимо, связано с инволюционными изменениями соединительнотканых и мышечных структур стенки.
2. Золотым стандартом диагностики дивертикулов ЖКТ является рентгенологический, он позволяет быстро и точно определить локализацию, форму и размеры.
3. Анализ данных подтвердил тенденцию к увеличению частоты встречаемости дивертикулов ЖКТ, причиной этому может служить улучшение качества диагностики и изменение рациона питания (недостаточное содержание пищевых волокон).

**Ключевые слова:** дивертикул, рентгеноконтрастное исследование



ID: 2014-04-23-T-3741

Тезис

Травничев Д.В., Дудко А.В.

### **Особенности дискогенной радикулопатии при компьютерной томографии**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра нервных болезней*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Салина Е.А.*

**Введение.** В плане диагностики и лечения представляется актуальным изучение особенностей нейровизуализации при дискогенной радикулопатии (ДР).

**Цель исследования:** изучить нейровизуализационные особенности у пациентов с ДР.

**Материал и методы.** Обследованы 104 пациента с ДР, средний возраст - 46+4,9 года, давность заболевания - 4,6+3,2 . Всем больным проводилась КТ позвоночника.

**Результаты.** В результате проведенного исследования у 29,8% пациентов выявлены протрузии дисков, в 44,2% случаев определялись грыжи дисков, сочетание протрузии и грыжи наблюдалось у 26 % больных. Превалировало число пациентов с локализацией патологического процесса на уровне L5-S1. У больных была диагностирована межпозвонковая грыжа заднебоковой локализации: 50% - срединная, 27% – парамедианная и 23% – боковая локализация. Размер протрузий и грыж колебался от 0,7 мм до 7,4 мм (среднее 3,7±0,4мм). У 32,7% обследуемых выявлен стеноз позвоночного канала, степень стеноза - 26-30% переднезаднего диаметра позвоночного канала. В 39,4% случаев находкой явилось обнаружение гемангиомы в смежных с пораженным диском позвонках.

**Заключение.** Помимо типичных признаков ДР, определяемых при КТ (протрузии, грыжи диска) выявляются различной степени выраженности стенозы позвоночного канала и гемангиомы тел позвонков, что представляется важным в плане диагностики и лечения данной патологии.

**Ключевые слова:** радикулопатия, томография, КТ

## Менеджмент здравоохранения

ID: 2014-04-28-T-3300

Тезис

Кунина С.В., Кунина А.В.

### Маммология от античности до наших дней

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии**Научный руководитель: к.м.н., асс. Гуменюк О.И.*

Молочная железа с античности до наших дней привлекает внимание не только врачей, но и историков, скульпторов, художников как символ женского здоровья, красоты и материнства.

История заболеваний молочных желез уходит своими истоками в Древний Египт. В древнем папирусе, датированном 1600 г. до н.э., описаны признаки рака молочной железы: «грудь с выпирающими опухолями, очень прохладными на ощупь», является недугом, для которого нет никакого лечения. История Европейской медицины связана с Древней Грецией и именем Гиппократом. Он описал женщину с карциномой молочной железы, проявляющуюся кровянистыми выделениями из соска. Первый зарегистрированный случай оперативного лечения рака молочной железы принадлежит греческому врачу Леонидису (I век н.э.). В трактате римлянина (I век н.э.) Аврелиуса Корнелиуса Цельса обнаружено первое клиническое описание рака. Цельс выделял 4 клинические стадии: злокачественная (простая или ранняя), карцинома без язвы, изъязвленный рак и изъязвленный рак с подобными цветку разрастаниями, которые кровоточат. Гален (131-201 н.э.) описывал рак молочной железы, как опухоль с раздувшимися венами, подобными по форме на ноги краба.

Ряд скульптурных и изобразительных произведений изображает женщин, у которых имеются те или иные заболевания молочных желез. Например, скульптурная группа Микеланджело Буонарроти (1475-1564 г.) «День и ночь». Героиня, позирующая для «Ночи» имела, по всей видимости, рак левой молочной железы с бугристой, опухолевидной поверхностью и втяжением соска.

В наше время рак молочной железы занимает первое место по распространенности и смертности среди онкологических заболеваний у женщин. Во всем мире, в т.ч. нашей стране функционируют клиники женского здоровья с маммографическими кабинетами; существуют международные программы и общественные организации по борьбе с раком молочной железы, например, программа «Вместе против рака груди» компании «Avon» символом которой является розовая лента.

**Ключевые слова:** маммология, античность, искусство, молочная железа

ID: 2014-04-231-T-3387

Тезис

Волчкова М.П.

### **Анализ мнений среднего медицинского персонала о реформировании здравоохранения**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией*

*Научный руководитель: к.м.н. Семикина Н.А.*

В последние годы проблема здоровья населения была провозглашена одним из национальных приоритетов. Для улучшения общественного здоровья и повышения доступности, и качества медицинской помощи, правительство разработало Концепцию развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года. Без учета мнения медицинских работников механизм реформирования не начнет работать с нужной степенью эффективности, поэтому медицинские работники вправе принимать участие в решении насущных проблем здравоохранения, и высказать свое мнение о происходящем.

**Цель исследования:** изучение мнений среднего медицинского персонала о проблемах реформирования системы здравоохранения РФ.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на основе изучения литературных источников, социологическим методом путем анкетирования и применением статистических методов. В опросе приняло участие 100 медицинских сестер, средний возраст которых составил 32 года, средний медицинский стаж работы 12 лет. Респонденты представляли все клиники Саратова и Саратовской области. Анкета включала 18 вопросов, логически разбитых на два блока. Респондентам были заданы вопросы о положении дел в здравоохранении РФ в последнее время.

**Результаты.** Экспертам был задан вопрос о том, что они понимают под реформами здравоохранения, ответы распределились следующим образом: усиление государственного регулирования здравоохранения – 43%; использование принципов медицинского страхования – 21%; более широкое использование платной медицины – 13%, затруднилось ответить – 21%.

Только 12% респондентов ответили, что положение дел в здравоохранении за последнее время улучшилось, а половина (50%) респондентов считают, что за последнее время положение дел в здравоохранении только ухудшается, 22% опрошенных уверены, что дела в здравоохранении за последние годы не меняются и 16% затруднились с ответом.

Таким образом, анализ мнений средних медицинских сестер, показывает, что за последние годы дела в здравоохранении РФ, не только не меняются, но, к сожалению еще и ухудшаются, реформирование проводится не во всей системе здравоохранения. Но самое важное, работники среднего звена не могут ответить, какие реформы реализуются в их клиниках. Приведенные данные могут свидетельствовать о том, что все происходящее в здравоохранении лишь частично расценивается респондентами как его реформирование.

**Ключевые слова:** мнения, медицинский персонал, реформа здравоохранения

ID: 2014-04-231-T-3408

Тезис

Иванова Е.П.

**Рынок фармацевтических производителей в России***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией**Научный руководитель: Смолина В.А.*

**Актуальность.** Одним из главных вопросов развития современной фармацевтики в России на новом качественном уровне и решением задачи обеспечения лекарствами населения является расширение ассортимента лекарственных препаратов российского производства.

**Цель работы:** анализ фармацевтического рынка России и выявлении доли лекарственных препаратов российского производства в структуре рынка.

**Метод** исследования - контент-анализ.

Анализ фармацевтического рынка производителей России позволил выявить проблемы фармацевтического производства:

- преобладание на рынке зарубежных производителей;
- преимущественное производство дженериков, низкая доля выпуска новых оригинальных препаратов, низкий уровень инноваций и технологий при разработке и производстве ЛС;
- необходимость соблюдения обязательных требований к правилам производства лекарственных средств (GMP) на российских предприятиях в целях выхода отечественного производства на мировой уровень.

Ведущее место на фармацевтическом рынке России в течение нескольких лет неизменно занимают фирмы со значительной долей и стоимостным объемом продаж на мировом рынке (Sanofi (4,47%), Novartis (4,06%), Фармстандарт (3,52%)).

Единственный отечественный производитель в рейтинге, составляющий значительную конкуренцию многим зарубежным компаниям – ОАО «Фармстандарт» с высокой долей лекарственных средств (3,6%) и большим стоимостным объемом продаж (27 630,2 млн. руб.). В рейтинге отечественных производителей Фармстандарт также занимает лидирующее положение с большим разрывом в значениях объемов продаж от своих российских конкурентов (27,48%).

Российская фармацевтическая отрасль практически не представлена на международных рынках. Во многом экспорту отечественных лекарственных средств мешает отсутствие стандартов, соответствующих международным правилам GMP, которые регулируют производство и контроль качества лекарственных средств.

В последние годы российские производители демонстрируют возможности выпуска конкурентоспособных продуктов, из чего можно сделать вывод о возможности высокого уровня развития и стабильности отечественного производства на мировом фармацевтическом рынке.

**Ключевые слова:** фармацевтические производители, фармацевтический рынок

ID: 2014-04-231-T-3443

Тезис

Выскубова О.Ю.

### Проблемы стандартизации сестринской деятельности по мнению медицинских сестер

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией

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

Организация деятельности медицинского персонала в соответствии с профессиональными стандартами выполнения конкретных медицинских услуг способствует повышению качества оказываемой медицинской помощи, служит основой для оценки полноты и качества выполняемых услуг, их стоимости, а также для защиты прав пациента.

Одним из инновационных направлений развития сестринского дела является внедрение стандартов технологий выполнения простых медицинских услуг. Их сущность сводится к четкой алгоритмизации и стандартизации профессиональной деятельности медсестры.

**Цель исследования:** изучение проблем стандартизации сестринской деятельности.

**Материал и методы.** В исследовании использовались социологический метод путем анкетирования и статистический метод путем расчета средней арифметической и ее параметров и критерия Стьюдента. В ходе исследования было опрошено 97 средних медицинских работников. Средний возраст участников составил 29,5 лет. Стаж работы колебался от 1 до 28 лет, в среднем он составил 9,1 год, при этом имеют квалификационную категорию более половины респондентов (55%).

**Результаты.** Было установлено, что о стандартизации сестринской деятельности слышали 70% опрошенных, причем, что такое стандарт сестринской помощи знает 54% респондентов, 85% участников считают, что стандартизация сестринской деятельности необходима.

Практикующие медсестры, не всегда ясно представляют, что такое "простая медицинская услуга" и "структура стандарта". Понятие "стандарт" часто подменяется термином "алгоритм", что не соответствует действительности. В апреле 2002 года утвержден единственный отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни», но 36% респондентов утверждают, что в деятельность их ЛПУ внедрены стандарты сестринской деятельности, а 32% опрошенных используют стандарты в своей работе.

Таким образом, изучение мнения специалистов со средним медицинским образованием свидетельствуют о том, что стандартизация сестринской деятельности необходима. Она способствует повышению качества медицинской помощи, позволяет объективно оценить работу персонала. До настоящего времени нет единой системы подготовки и внедрения стандартов, все это усложняет и ограничивает их применение в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** реформа здравоохранения, стандартизация, качество медицинской помощи, средний медицинский персонал

ID: 2014-04-231-T-3452

Тезис

Шереметьева А.С.

**Доступность фармацевтической помощи населению Фрунзенского района города Саратова***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацевтикой**Научный руководитель: Новокрепцов И.В.*

В настоящее время существует проблема, связанная с лекарственным обеспечением населения. Декларированные государством гарантии на оказание бесплатной медицинской помощи зачастую не выполняются. В результате население вынуждено платить все возрастающие суммы на медицинские услуги. А лекарственная помощь из-за высоких цен на медикаменты становится мало доступной.

**Цель исследования:** изучение доступности фармацевтической помощи населению Фрунзенского района города Саратова.

**Материал и методы.** Изучение доступности фармацевтической помощи для населения Фрунзенского района города Саратова проводилось методами картографирования и анкетирования населения.

**Результаты.** По данным, полученным в результате картографирования, во Фрунзенском районе расположено 28 аптек. По нормативам развития сети аптек, обслуживающих население в РФ в городах и поселках городского типа с числом жителей от 500 тысяч до 1млн. на 1 аптеку должно приходиться 15 тысяч жителей. По данным РОССТАТ на 1 января 2013 года на территории Фрунзенского района проживает 49 532 человека. Таким образом, на 1 аптеку приходится 1769 жителей, что превышает нормативы обеспеченности аптечными учреждениями. Но распределение аптек на территории района неравномерное. В основном они расположены в западной части (24 аптеки), а в восточной (за улицей Вокзальная) находится только 4 аптеки.

В анкетировании приняли участие 30 человек (83,3% женщин, 16,7% мужчин), из которых отсутствие аптек в районе своего проживания отметили 26,7%. 36,7% сказали, что рядом с домом находится 1-3 аптеки, 4-5 аптек насчитали 20% и более 5 аптек – 3,7% респондентов. При этом соотношение опрошенных, которых устраивает и не устраивает количество аптек в районе своего проживания, равно. 40% посещают аптеки своего района, 16,7% посещают редко, только в случае острой необходимости, а 43,3% – не посещают. Из возможных причин, по которым респонденты предпочитают другие аптеки, названы следующие: отсутствие аптек, расположенных в районе проживания (так ответили 55,6%); неудобное месторасположение (16,6%); высокие цены (27,8%); а также недостаточный ассортимент (16,6%).

Несмотря на высокий уровень доступности аптек и превышение нормативов обеспеченности аптеками, опрошенные потребители выразили неудовлетворение отдельными аспектами деятельности аптечных организаций, что ухудшает доступность фармацевтической помощи для населения.

**Ключевые слова:** доступность фармацевтической помощи

ID: 2014-04-4017-T-3486

Тезис

Кравченко И.А.

### Конфликты в аптечных организациях

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией*

*Научный руководитель: Щенникова Т.И.*

Эффективность трудовой деятельности коллектива в значительной мере определяется благоприятным социально-психологическим климатом в нем. Конфликт является причиной возникновения стрессовых ситуаций в процессе коллективной трудовой деятельности, которые способствуют формированию негативного психологического воздействия на сотрудников аптеки. Анализ конфликтного поля в коллективе аптеки позволяет выявить факторы, определяющие возникновение конфликтной ситуации. Оптимальное воздействие на них позволяет повысить уровень психологической включенности коллектива в трудовую деятельность, что важно для работников аптеки, как организации здравоохранения.

**Цель исследования:** изучение конфликтного поля в коллективе аптеки.

**Задача исследования:** провести диагностику конфликтного поля в коллективе аптеки.

**Материал и методы.** Для изучения конфликтного поля в коллективе аптеки был использован метод анкетирования коллективов аптек. Объектами исследования явились аптечные организации города Саратова («Медуница», «Ригла», «Бонум»). Было опрошено 22 человека. Все респонденты женского пола со средним возрастом около 36 лет и средним стажем работы 4 года. Большинство (40,9%) имеют среднее фармацевтическое образование, преобладающая должность – фармацевт (27,3% сотрудников).

**Результаты.** В коллективе наблюдается широкое конфликтное поле – 95,5% работников отметили наличие конфликтных ситуаций. У сотрудников чаще возникают организационные (50,0%) и эмоциональные (50,0%) межличностные конфликты преимущественно с лицами младшего возраста (50,0%) или занимающими более высокое должностное положение (27,3%), но не координирующими их деятельность (все конфликты горизонтальные).

Субъективными причинами конфликтов наиболее часто являются социально-психологические (59,1%), объективной – борьба за распределение ресурсов (например, выплата премий) (40,9%). При этом конфликты характеризуются, как открытые (68,2%), компромиссные (63,6%) и конструктивные (68,2%).

Большинство респондентов (50,0%) отметили, что конфликтная ситуация их «отталкивает» и для ее решения в свою пользу необходимо уважать позицию другого (45,5%).

Преобладающее количество (59,1%) работников считают, что меры по предупреждению конфликтных ситуаций в первую очередь должны способствовать оптимизации организационно-управленческих условий создания и функционирования организаций.

**Ключевые слова:** конфликты в аптечных организациях

ID: 2014-04-231-T-3542

Тезис

Демидова Ю.А.

**Современные проблемы и перспективы развития сестринского образования***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацевцией**Научный руководитель: асс. Трошина Г.К.*

**Актуальность.** Произошедшие за последние годы в России социально-экономические изменения оказали огромное влияние на состояние сестринского дела. Изменение статуса и роли медицинской сестры вносят серьезные коррективы в содержание сестринского образования. Представляет интерес изучение и анализ современной системы подготовки специалистов сестринского дела, определение возможных перспектив ее развития.

**Цель исследования:** изучение мнения преподавателей медицинского колледжа о современных проблемах и перспективах развития сестринского образования.

**Задачи исследования:** проведен анализ литературных источников по проблеме исследования; рассмотрена структура и содержание подготовки студентов медицинского колледжа СГМУ; изучено мнение преподавателей колледжа о проблемах современной подготовки специалистов сестринского дела и перспективах развития сестринского образования.

**Материал и методы.** Методом социологического анкетирования было опрошено 30 преподавателей медицинского колледжа Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского. Средний возраст опрошенных составил 42 года, стаж работы в колледже - в среднем составил 6 лет.

**Результаты.** В результате анализа анкетных данных выявлено, что преподаватели колледжа активно применяют на занятиях инновационные технологии: мультимедийные лекции (56%), деловые игры (33%), онлайн-тестирование (13%). Положительное отношение к применению инновационных технологий на занятиях высказали 77% опрошенных, 23% респондентов считают, что их применение занимает много времени и не приносит ожидаемых результатов. Большинство респондентов (63%) отдадут предпочтение в учебном процессе наглядным материалам, более четверти опрошенных (43%) проекционным материалам. Респонденты отметили ряд проблем организации образовательного процесса, среди них недостаточная оснащенность современными техническими средствами (73%), учебными и методическими изданиями (43%), учебными аудиториями (13%).

Современные тенденции развития сестринского образования требуют совершенствования организационно-методического обеспечения, способствующего подготовки высококвалифицированных конкурентоспособных специалистов.

**Ключевые слова:** сестринское образование



ID: 2014-04-231-T-3547

Тезис

Пономарева Л.П.

## Изучение мнения среднего медицинского персонала по проблемам статуса и престижа профессии медицинской сестры

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией*

*Научный руководитель: асс. Трошина Г.К.*

**Актуальность.** В последние годы в России наблюдалось падение престижа профессии медицинской сестры, снижение социально-профессионального статуса представителей этой профессии. В настоящее время проводится активная целенаправленная работа по возрождению сестринской профессии, ее значимости. Представляет интерес изучение профессионального положения медицинских сестер в современных медицинских организациях.

**Цель исследования:** изучить и оценить состояние социально-профессионального статуса и престижа профессии медицинской сестры.

**Задачи исследования:** изучение мнения медицинских сестер о состоянии их социально-профессионального статуса в современных медицинских организациях; определение основных путей и способов повышения социального статуса, и престижа профессии медицинской сестры.

**Материал и методы.** Социологическое исследование проводилось на базе клиники кожных и венерических болезней СГМУ. В анкетировании приняли участие 50 медицинских сестер, 78% из них работают в клинике более 5 лет.

**Результаты.** Престиж профессии, по мнению большинства респондентов (60%), определяется уровнем оплаты труда, не менее значимы уровень социального обеспечения и общественное признание значимости труда (20%).

Медицинские сестры единодушно отмечают, что необходимо повышать социально-профессиональный статус медицинской сестры, 98% из них считают наиболее эффективным способом повышение уровня оплаты труда, 25% - проведение конференций, семинаров, тренингов.

Более половины медицинских сестер (58%) считают свою профессию престижной. Однако, если бы перед ними вновь стоял выбор профессии, только 14% респондентов не изменили бы свой выбор, остальные выбрали бы другую специальность в сфере здравоохранения. Практически все средние медицинские работники (98%) отмечают уважение к своей профессии со стороны родственников, друзей, пациентов.

Таким образом, современная сестринская практика, рассматриваемая с точки зрения происходящих в ней изменений, позволяет зафиксировать положительную динамику социально-профессионального статуса медицинских сестер.

**Ключевые слова:** статус, престиж, медицинская сестра

ID: 2014-04-231-T-3549

Тезис

Щенникова Т.И., Пышкина М.А.

**Формы организации и оплаты труда в фармацевтической организации***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией*

Формы и системы заработной платы являются необходимым элементом организации оплаты труда. Выбор рациональных форм и систем оплаты труда работников имеет важнейшее социально-экономическое значение для каждой организации.

**Цель исследования:** изучение систем организации и оплаты труда в аптечных организациях и анализа удовлетворенности оплатой труда фармацевтических работников.

**Материал и методы.** Для изучения систем организации и оплаты труда в аптечных организациях и анализа удовлетворенности оплатой труда фармацевтических работников был использован метод анкетирования. Объектами исследования в работе выступили 10 аптечных организаций города Саратова («Вита», «Лекарь», «Медуница», «Календула», «Пациент», «1.bi»). В анкетировании приняли участие 20 женщин, среди которых провизоров 15%, провизоров – интернов 15% и фармацевтов 70%.

**Результаты.** Исследование показало, что в большинстве организаций применяется повременное – премиальная форма оплаты труда (70 %), остальная часть организаций использует простую повременную (20%) и сдельно-премиальную (10%).

На основании полученных данных можно сделать вывод, что большинство сотрудников вполне удовлетворены работой и заработной платой в организации, но не вполне удовлетворены зарплатой в смысле соответствия трудозатратам (40%). Так же большинство сотрудников выразили пожелания по увеличению заработной платы, для 40% ожидания составляют от 25000 тысяч рублей до 30000 и для 30% от 30000 тысяч рублей и выше.

Большинство респондентов 65% работают по графику два дня через два и удовлетворены длительностью рабочего дня.

Выполнение аптекой основных плановых финансовых показателей является основанием для начисления премии в организациях для 80% сотрудников.

Выявлено, что выплатами социального характера большинство респондентов не вполне удовлетворены, как и дополнительными выплатами.

**Ключевые слова:** формы организации и оплаты труда

ID: 2014-04-231-T-3635

Тезис

Куулар А.О.

### **Обеспеченность населения Октябрьского района г. Саратова фармацевтической помощью**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией*

*Научный руководитель: Рогоцкая Н.Д.*

**Актуальность.** В современных условиях многие проблемы здравоохранения решаются на региональном уровне. Одной из самых сложных проблем является обеспечение населения фармацевтической помощью, важнейшей характеристикой которой является ее доступность для всех слоев населения независимо от мест их проживания и доходов. Проводимые исследования позволяют сделать вывод о необходимости применения регионального подхода к организации и управлению лекарственным обеспечением населения, выявления сходства и различий групп районов и выделение территорий, обладающих типологическими признаками для выравнивания и регулирования уровня и качества деятельности фармацевтической службы.

**Цель исследования:** изучение обеспеченности фармацевтической помощью населения Саратовской области на примере Октябрьского района г. Саратова.

**Материал и методы.** Для изучения обеспеченности Октябрьского района г. Саратова фармацевтической помощью был использован метод картографирования. Данным методом определено размещение аптек по территории Октябрьского района г. Саратова.

**Результаты.** Октябрьский район г. Саратова занимает площадь 2389 га. В настоящее время в нем проживает 125,0 тыс. чел.

По данным, полученным в результате картографирования, в Октябрьском районе расположено 64 аптеки. Преобладают аптеки сети «Имплозия» (6 торговых точек). На втором месте аптечные сети «Мир лекарств» (5 торговых точек), на третьем «Пациент», «Календула» и «Ригла» (по 3 торговые точки). В основном аптеки расположены в северо-восточной части района (26 аптек). Наибольшее их количество находится в прямоугольнике улиц Радищева – Белоглинская – Рахова – Сакко и Ванцетти (24 аптеки).

По нормативам развития сети аптек, обслуживающих население в РФ в городах и поселках городского типа с числом жителей от 500 тысяч до 1млн. на 1 аптеку должно приходиться 15 тысяч жителей.

В Октябрьском районе г. Саратова на один квадратный километр приходится 2,77 аптек, а на 1 аптеку – 1953 жителей.

Обеспеченность населения Октябрьского района г. Саратова аптечными учреждениями значительно превышает существующие нормативы. Но несмотря на такую высокую оснащенность района аптечными организациями, расположены они неравномерно, в западной части территории Октябрьского района отмечено отсутствие аптечных учреждений.

**Ключевые слова:** обеспеченность фармацевтической помощью, картографирование

ID: 2014-04-231-T-3636

Тезис

Кривова В.А.

**Реализация правил и принципов мерчендайзинга в аптечных организациях г. саратова***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацевцией**Научный руководитель: Островский А.Н.*

**Актуальность.** Увеличившаяся конкуренция между аптечными организациями приводит к приобретению новых знаний и способов эффективных продаж лекарственных средств для поддержания конкурентоспособности и достижения максимальной прибыли. В сложившейся ситуации мерчендайзинг является главным инструментом в борьбе за покупателей. Его задача заключается в обращении внимания потенциального покупателя на товар. Технология мерчендайзинга обеспечивает быструю реализацию в аптеке товаров, способствует удобному поиску, выбору альтернативного ассортимента, так же он максимизирует продажи лекарственных средств, увеличивает прибыль.

**Цель исследования:** анализ мнения о мерчендайзинге аптечных работников и особенностей поведения покупателей в аптечных организациях.

**Материал и методы.** Было проведено анкетирование покупателей аптек и аптечных работников – «Медуница», «Календула», «Бонум» и др. Среди респондентов покупателей аптек преобладают женщины, составляющие 63%, мужчин 37%. У всех из покупателей аптек было высшее образование. Все опрошенные фармацевтические работники были женского пола, большинство работников имеют высшее фармацевтическое образование – 83%, 17% - среднее фармацевтическое образование.

**Результаты.** Исследование показало, что правило «лицом к покупателю» выполняется во всех аптеках «1b.ru». Оно является одним из главных правил, поэтому придерживаясь его, аптека делает поиск и покупку необходимого товара удобнее для посетителей, поднимая тем самым свои продажи.

Опрос покупателей показал, что неотъемлемой частью эффективного мерчендайзинга для 70% является дополнительное обозначение товара на витрине, способствующее самостоятельному поиску лекарственного препарата. Горизонтальная выкладка товара (63%) и центральное его расположение на витрине (87%) считается более удобным.

По мнению фармацевтов и провизоров (80%), в большей степени мерчендайзинг поддерживается аптечными работниками. Все опрошенные знакомы с термином мерчендайзинг и успешно его используют в своей работе, используя чаще горизонтальную (50%) и товарную (80%) выкладку. Главным инструментом 50% аптечных работников считают оформление стеллажей и витрин.

**Ключевые слова:** мерчендайзинг в аптеках

ID: 2014-04-231-T-3700

Тезис

Елкина Е.В.

### Анализ мнения пациентов о реформировании здравоохранения в России

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацевцией*

*Научный руководитель: асс. Чунакова В.В.*

**Актуальность.** Проблема повышения доступности, безопасности и качества медицинской помощи, а также развития отечественного здравоохранения в целом являются актуальными. Известно, что одним из основных критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов предоставляемыми услугами. Организация мероприятий направленных на определение отношения населения к системе здравоохранения, в частности к проводимым реформам, является необходимым условием эффективного планирования программ и направлений совершенствования системы здравоохранения нашей страны.

**Цель исследования** – изучить мнение пациентов о проводящихся реформах в здравоохранении.

**Материал и методы:** изучение литературных источников, социологический опрос (анкетирование), метод статистической обработки данных.

**Результаты.** Проведено анкетирование 46 пациентов находившихся на стационарном лечении в Клинике глазных болезней. Среди опрошенных пациентов женщины составили 52,2%, мужчины - 47,8%.

Большинство респондентов (60,9%) относятся положительно к проведению реформ в области здравоохранения, 15,2% - отрицательно, 23,9% - безразлично. Основная доля опрошенных (80,4%) считает, что необходимо учитывать мнение пациентов о реформировании здравоохранения. 17,4% полагают, что мнение пациентов необходимо учитывать выборочно, и 2,2% - необязательно. По мнению респондентов основными направлениями в реформировании здравоохранения являются: улучшение качества оказания медицинских услуг (65,2%), строительство новых медицинских учреждений (54,3%), информатизация здравоохранения (47,8%), обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью (45,7%).

В целом пациенты ожидают положительных результатов от реализации реформ здравоохранения, а именно, повышение внимания медицинского персонала к пациенту (67,4%); улучшение условий оказания медицинских услуг (52,2%); снижение очередей и сроков ожидания процедур и исследований (50,0%); повышение качества медицинской помощи (41,3%); повышение доступности медицинской помощи (28,3%); приток медицинских кадров в здравоохранение (19,6%); повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи (15,2%).

**Ключевые слова:** мнение, пациенты, реформа

ID: 2014-04-231-T-3821

Тезис

Биктимирова А.С.

**Анализ мнения средних медицинских работников о проблемах реформирования сестринского дела***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацевтикой**Научный руководитель: асс. Чунакова В.В.*

**Актуальность.** В настоящее время проблема реформирования сестринского дела является актуальной. Развитие современной системы здравоохранения невозможно без участия средних медицинских работников. Медицинские сестры, несомненно, вносят значительный вклад в качество оказания медицинской помощи, непосредственно влияют на развитие медицины, поэтому необходимо учитывать мнение средних медицинских работников о проблемах реформирования сестринского дела и здравоохранения в целом.

**Цель исследования** – выявление проблем реформирования сестринского дела.

**Задачи исследования:** анализ литературных источников об основных этапах реформирования и современном состоянии сестринского дела; анализ мнения средних медицинских работников о проблемах реформирования сестринского дела.

**Материал и методы.** Используя социологический метод (анкетирование), было опрошено 49 медицинских сестер. Средний возраст респондентов составил  $29,9 \pm 0,927$  лет. Большинство медицинских сестер работает в ЦРБ (22,4%), городской поликлинике (22,4%) и специализированном стационаре (18,4%). Большая часть респондентов (69,3%) работает по специальности - сестринское дело. Средний стаж работы составил  $9,9 \pm 1,421$  лет.

**Результаты.** Большинство средних медицинских работников (88,0%) имеют представление о содержании реформ сестринского дела. При этом основным источником информации о реализации реформ сестринского дела, по мнению 55,0% опрошенных, служат средства массовой информации (в т.ч. сеть-интернет), а также информация предоставленная руководителями ЛПУ (46,9%) и печатными изданиями (24,4%). Среди важных направлений Программы развития сестринского дела респонденты отмечают такие направления как повышение престижа профессии медицинской сестры (75,5%), повышение качества и доступности медицинской помощи (65,3%), обеспечение достойных условий труда (41%). Основная доля респондентов (67,3%) считают, что реализация реформ позволит улучшить состояние сестринского дела.

**Ключевые слова:** мнение, реформа, сестринское дело

## Офтальмология

ID: 2014-04-6-T-3445

Тезис

Рябкина С.В.

### **Роль современных технологий в ранней диагностике изменений со стороны зрительно-нервного анализатора у детей и подростков с миопией средней и высокой степени**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней*

*Научный руководитель: профессор Федорищева Л.Е.*

**Актуальность.** Миопия – вид аметропия, при которой изображение формируется не на сетчатке глаза, а перед ней. Высокая частота в популяции и склонность к развитию осложнений выводит осложненную миопию на третье место в структуре инвалидности по зрению, и составляет в Российской Федерации 19% [Аветисов С.Э, 2008].

**Цель исследования:** выявить зависимость между субъективными и объективными данными, определить изменения в миопических глазах на доклинической стадии.

**Материал и методы.** За 5 месяцев 2013г. были обследованы 27 больных (54 глаза). Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование с включением современных высокотехнологичных методов: томография сетчатки и диска зрительного нерва (ДЗН), доплерография сосудов глаза, эхиометрия. Больных разделили на 2 группы: в I вошли 12 больных (24 глаза) с миопией средней степени (Мср.ст.), во II – 15 больных (30 глаз) с миопией высокой степени (М выс.ст.).

**Результаты.** После проведенных обследований в обеих группах установлены неизменённые границы поля зрения на белый и красный цвета, острота зрения с коррекцией равна 1,0. Средний размер ПЗО составил 26,25 мм±1,75 мм. У пациентов обеих групп были выявлены изменения в слое нервных волокон ДЗН и повышение индекса резистентности в задних коротких цилиарных артериях (ЗКЦА) особенно у пациентов с М выс.ст., что составило соответственно 21% и 37%.

Таким образом, углублённый осмотр пациентов с М, позволяет на доклинической стадии выявить изменения в зрительно-нервном анализаторе.

#### **Выводы:**

1. Включение современных методов обследования позволило выявить ранние изменения в глазах с М более чем в 50% случаях.
2. Наиболее выраженные изменения наблюдались в ЗКЦА, особенно при М выс.ст.
3. Изменения, выявленные у лиц с М, свидетельствуют о необходимости проведения соответствующего медикаментозного лечения.

**Ключевые слова:** миопия

ID: 2014-04-1149-T-3514

Тезис

Евсеев И.С., Видяшева И.В., Петрова Н.В.

**Перспективы применения тканеинженерных конструкций для восстановления структуры поврежденной склеры***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней**Научные руководители: д.м.н. Каменских Т.Г., д.м.н. Островский Н.В.*

Одним из перспективных методов ускорения репаративных процессов соединительной ткани является использование культивированных на питательных средах аутологичных фибробластов. Показан положительный эффект таких клеточных культур для репарации дефектов плотной волокнистой соединительной ткани, в частности, сухожилий и костной ткани (Богосян А.Б. с соавт., 2003). В литературе данные о возможностях использования этого метода в офтальмологии немногочисленны. Барановым П.Ю. с соавт. (2010) изучены морфологические аспекты субконъюнктивального введения суспензии аутологичных фибробластов склеры и дермы кролика для восстановления несквозных дефектов склеры. Была установлена интенсивная пролиферация клеток не только в области дефекта, но и за его пределами, что показало невозможность применения клеток в виде жидкой суспензии. Учитывая эти данные, интерес может представлять разработка методов доставки аутофибробластов непосредственно к области склерального дефекта. Такие возможности могут обеспечить тканеинженерные конструкции на основе наноструктурированных биополимеров.

Сотрудниками лаборатории клеточной инженерии ОНИ НС и БС СГУ им. Чернышевского в экспериментах *in vitro* была проведена апробация материала из нановолокон хитозана в качестве матрицы для выращивания клеток. Данный материал был протестирован на совместимость с культурами хондроцитов и мультипотентных стволовых клеток, в результате доказано сродство материала из нановолокон хитозана к данным клеточным культурам. Учитывая эти данные, перспективным является использование хитозанового матрикса в качестве подложки для культивирования фибробластов склеры человека с последующей имплантацией в область склерального дефекта.

**Ключевые слова:** склера, репарация, тканеинженерные конструкции



ID: 2014-04-1149-T-3515

Тезис

Миралиева А.А.

## Значение паттерн-электроретинографии и фотопического негативного ответа в ранней диагностике первичной открытоугольной глаукомы

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Колбенов И.О.*

Ганглиозные клетки сетчатки в большей степени страдают при глаукоме, подвергаясь апоптозу. В связи с этим из функциональных методов диагностики для раннего выявления глаукомы могут быть использованы исследования, определяющие активность ганглиозных клеток - ПЭРГ и ФНО.

**Цель исследования:** определить значимость регистрации ФНО и ПЭРГ в диагностике и мониторинге ПОУГ.

**Материал и методы.** Обследовали 20 больных (20 глаз) с простой открытоугольной глаукомой I, II и III стадий и 17 здоровых лиц (24 глаза). Пациентам проводили визометрию, тонометрию, компьютерную статическую периметрию, определяли суммарное поле зрения по 8 меридианам. Определяли толщину слоя нервных волокон и объем НРП в области диска зрительного нерва с помощью лазерной конфокальной томографии. Регистрировали ФНО и ПЭРГ.

**Результаты.** В результате проведенного анализа выявлены достоверные отличия между показателями амплитуды N95 ПЭРГ у здоровых лиц и у пациентов с глаукомой I и III стадий. Такие же различия были получены при исследовании амплитуды и латентности волны С ФНО. Показатели ЭФИ и конфокальной томографии имеют высокую корреляционную зависимость.

### **Выводы:**

1. С помощью исследования ПЭРГ и ФНО возможно диагностировать нарушение функции ганглиозных клеток сетчатки на ранних стадиях глаукомы.
2. Учитывая, что регистрация ФНО может проводиться в глазах с низкой остротой зрения, диагностическая ценность этого метода возрастает по сравнению с регистрацией паттерн - ЭРГ.
3. Необходимо комплексное исследование состояние функции ганглиозных клеток сетчатки и структуры диска зрительного нерва с целью раннего выявления глаукомной оптической нейропатии.

**Ключевые слова:** паттерн-электроретинография, негативный ответ, глаукома

ID: 2014-04-1149-T-3516

Тезис

Рыгалова Е.В.

**Анализ результатов хирургического лечения рефрактерной глаукомы с имплантацией углеродного дренажа***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней**Научный руководитель: к.м.н., доцент Рязанцева Т.В.*

Длительная сохранность гипотензивного эффекта при лечении рефрактерной глаукомы обеспечивается имплантацией различных дренажей.

**Цель исследования:** анализ результатов хирургического лечения рефрактерной глаукомы с имплантацией углеродного дренажа.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 25 оперированных больных с рефрактерной глаукомой в ранние сроки после операции и оценены результаты обследования 10 пациентов спустя 2,5 года после хирургического вмешательства. Клиническое обследование включало осмотр на щелевой лампе, визометрию, тонометрию, периметрию.

**Результаты.** Среди осложнений в раннем послеоперационном периоде у 20% пациентов развилась гифема, у 16% - отслойка сосудистой оболочки. Нормализация ВГД через 7 дней после операции наблюдалась у 72%, 28% назначена местная гипотензивная терапия. Через 2,5 года у 3 пациентов дренаж прорезался через конъюнктиву и отмечалась наружная фильтрация, у 6 – дислокация дренажа за пределы склерального лоскута и у 2 – признаки ранее перенесенного иридоциклита. Устойчивая компенсация ВГД отмечена только в 2 случаях. У 1 пациента была проведена повторная англаукوماتозная операция. В 7 случаях выявлено повышение ВГД на фоне гипотензивной терапии.

**Выводы:**

1. При анализе результатов хирургического лечения с применением углеродного дренажа выявлен высокий процент осложнений в раннем послеоперационном периоде, а также отсутствие устойчивой компенсации ВГД у 80 % больных в отдаленные сроки наблюдения.
2. Полученные результаты являются основанием для продолжения исследования эффективности имплантации углеродного дренажа с целью оценки целесообразности его дальнейшего применения в клинической практике.

**Ключевые слова:** углеродный дренаж, глаукома

ID: 2014-04-1149-T-3517

Тезис

Аит Ахмед Х.

## Соотношение результатов мультифокальной-ЭРГ и оптической когерентной томографии в диагностике и наблюдении больных с возрастной макулярной дегенерацией

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней*

*Научные руководители: д.м.н. Каменских Т.Г., к.м.н. Колбенов И.О.*

Одной из самых основных причин слепоты XXI века у лиц старше 50 лет является возрастная макулярная дегенерация (ВМД). От этой болезни страдают по данным ВОЗ более 12 млн в мире и более 15 человек на 1 тыс. населения в РФ (Л.К. Мошетова, 2006). При этом заболевании возникают морфоструктурные изменения, меняющие толщину сетчатки. Оптическая когерентная томография (ОКТ) остается золотым стандартом в диагностике и наблюдении пациентов с ВМД, но в литературе недостаточно об информативности другого метода исследования - мультифокальной электроретинографии (мф-ЭРГ). Данный метод заключается в регистрации локальных биоэлектрических ответов в центральной области сетчатки и позволяет оценить объективно функциональную активность этой зоны.

**Цель** – изучение взаимосвязи морфологических изменений в центральной зоне сетчатки по данным ОКТ с функциональными показателями по данным МФ-ЭРГ у больных с ВМД.

**Результаты.** Была выявлена значимая обратная корреляция между толщиной сетчатки и параметрами МФ-ЭРГ у пациентов с ВМД. Нами установлено соотношение морфологических изменений сетчатки с её функциональной активностью при ВМД. С помощью МФ-ЭРГ мы получаем более объективные данные для постановки диагноза и оценки динамики болезни поскольку получаем информацию не только об изменении структуры, но и функциональной активности сетчатки в макуле.

**Ключевые слова:** ВМД, ОКТ, мультифокальная ЭРГ

ID: 2014-04-1149-T-3519

Тезис

Худбеева Л.Ф.

**Рациональное медикаментозное и хирургическое лечение дакриоциститов новорожденных***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней**Научный руководитель: к.м.н., доцент Александрова Н.Н.*

Дакриоцистит новорожденных развивается вследствие врожденной блокады выхода слезно – носового протока зародышевой мембраны; если в ближайшее время она не претерпевает обратного развития, то возникает дакриоцистит новорожденных.

**Цель исследования:** выработка рациональной тактики лечения дакриоциститов у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** Исследования проводились на базе детского отделения клиники глазных болезней СГМУ им. В.И. Разумовского. На стационарном лечении в 2013 году находилось 175 детей в возрасте от 1 до 7 месяцев, из них мальчиков 91 (52%) и девочек 84 (48%).

**Результаты.** Всем детям был назначен массаж в проекции слезных канальцев и слезного мешка с последующей инстилляцией антибактериальных капель в течение 1,0-1,5 месяцев. При отсутствии эффекта производили зондирование и промывание слезных путей. После первого зондирования в возрасте 2 месяцев выздоровление наблюдалось у 127 детей, что составила 90%, у 14 детей (10%) не удалось получить положительного результата от проведенного лечения. Зондирование слезно – носового канала в возрасте 3-7 месяцев усложняет проведение манипуляций. Нами отмечено наличие стриктуры канальцев, что можно объяснить длительным воспалительным процессом в них. Зондирование слезно – носового канала в возрасте 5-7 месяцев осложняется сукровичным отделяемым. Положительного эффекта от однократного зондирования удалось достичь лишь у 3 пациентов (23%). Остальным 10 новорожденным (77%) потребовалось трехкратное промывание слезных путей с введением лидазы (3 тыс Ед) в слезный мешок.

**Выводы.** Таким образом, раннее зондирование и промывание слезных путей позволяют значительно улучшить результаты лечения и уменьшить количество рецидивов.

**Ключевые слова:** дакриоцистит новорожденных, рациональное лечение

ID: 2014-04-1149-T-3520

Тезис

Расулова Н.М.

### Состояние роговицы после факоэмульсификации

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней

Научный руководитель: к.м.н., асс. Ерёмченко К.Ю.

**Актуальность.** В настоящее время в связи с внедрением новых технологий в хирургии роговицы, а также с расширением возможностей функциональной диагностики, интерес ученых к данной проблеме нарастает. Сегодня важно не просто выполнить стандартную операцию, например, экстракцию катаракты, а достичь и сохранить высокий оптический результат на все последующие годы жизни пациента. Обнаружено, что плотность эндотелиальных клеток роговицы (ПЭК) у человека неуклонно падает с возрастом. По данным различных авторов, в пласте эндотелия погибает от 0,4 до 0,7 % клеток в год.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ количества эндотелиоцитов роговицы у пациентов до и после проведения факоэмульсификации катаракты в зависимости от возраста с целью прогноза развития дистрофии роговицы.

**Материал и методы.** Проведено обследование 15 пациентов (15 глаз) с незрелой и зрелой возрастной катарактой до и после выполнения факоэмульсификации катаракты с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы. Обследование проведено на базе клиники глазных болезней СГМУ. Мужчин было 8 (60 %), женщин — 7 (40 %). Возраст пациентов варьировал от 60 до 86 лет. Всем пациентам до и после операции была проведена конфокальная микроскопия роговицы с помощью HRT II Гейдельбергского томографа с роговичной насадкой Rostok Cornea Module с мануальным режимом наведения, сканирования и полуавтоматическим подсчетом клеток роговицы.

**Результаты.** Во всех группах исследования послеоперационное снижение количества эндотелиоцитов не превышает значений физиологической убыли клеток в зависимости от возраста.

**Выводы.** Количественные изменения эндотелиоцитов роговицы напрямую зависят от возраста пациента, что позволяет осуществлять дифференцированный подход к выбору хирургического лечения катаракты.

**Ключевые слова:** роговица, отек, ФЭК

ID: 2014-04-1149-T-3523

Тезис

Данилова Е.Ф., Колбенив И.О.

**Анализ клинической рефракции глаза после факэмульсификации с имплантацией ИОЛ и способы ее коррекции***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н. Галанжа В.А.*

**Актуальность.** В катарактальной хирургии на первый план выступают проблемы, связанные с соответствием расчетной величины клинической рефракции и послеоперационной и методом коррекции рефракционных ошибок в послеоперационном периоде.

**Цель исследования:** анализ клинической рефракции глаза после ФЭК с имплантацией ИОЛ и коррекция рефракционных ошибок в хирургии катаракты для достижения высокого качества зрения.

**Материал и методы.** Было прооперировано 12 пациентов (20 глаз). Микрохирургическое лечение пациентов проводилось методом ультразвуковой ФЭК.

**Результаты.** По данным клинических исследований дооперационная острота зрения вдаль с наилучшей коррекцией была: 0,02-0,09 – 7 пациентов (11 глаз), 0,1-0,3 – 4 пациента (8 глаз), 0,8 -1 пациент (1 глаз). Острота зрения вдаль без коррекции на 3 сутки после операции была: 0,5 у 1 пациента, 0,6 у 1 пациента, 0,9 у 5 пациентов, 1,0 у 5 пациентов, 1,5 у 1 пациента. Несмотря на выполненную интраокулярную коррекцию, часть пациентов нуждались в дополнительной оптической коррекции для дали и(или) для близкого расстояния. В результате проведенных исследований выявлены 2 ошибки в расчете ИОЛ (из 20 глаз), что связано с несовершенством формул и наличием погрешностей при крайних значениях размеров глаз.

**Выводы:**

1. В результате проведенных исследований выявлено, что ошибки в расчетах ИОЛ обусловлены несовершенством формул и наличием погрешностей при высоких степенях аметропий.
2. Пациентам с остаточной послеоперационной миопией или гиперметропией проводится очковая коррекция.

**Ключевые слова:** рефракция, целевая рефракция, ФЭК, ИОЛ

ID: 2014-04-1149-T-3656

Тезис

Аит Ахмед Х., Сумарокова Е.С., Еременко К.Ю.

**НЕВАНАК® как новое средство в лечении больных с артификацией в послеоперационном периоде**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра глазных болезней*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Федорищева Л.Е.*

**Актуальность.** Рациональное ведение послеоперационного периода представляет важную проблему в современной офтальмологии. Его целью является предупреждение возникновения воспаления. Дексаметазон остается самым распространенным медикаментозным способом, используемым в офтальмологии после удаления катаракты. Несмотря на его эффективность, он обладает побочными явлениями, что в ряде случаев ограничивает его применение. Появление Неванака® (непафенак, ALCON-США) может изменить стандарты лечения поскольку это нестероидное противовоспалительное средство способно проникать в ткани заднего сегмента глаза (Tom Walters, MD, 2001).

**Цель исследования:** выявить эффективность Неванака в лечении послеоперационного увеита (ПУ) у больных с артификацией.

**Материал и методы.** Нами исследованы 29 больных (16 мужчин, 15 женщин), в возрасте 70±8 лет, после экстракции катаракты методом факоэмульсификации, с остротой зрения ниже 0,4. Больные были обследованы спустя 3 дня после операции методом оптической когерентной томографии (ОСТ TOPCON-Япония). При этом выявлены признаки послеоперационного увеита. Всем больным были назначены инстилляции противовоспалительных средств: 19 пациентам основной группы (I) - Неванак® 0,1%; остальным 10 (контрольная группа II) - Дексаметазон 0,1%.

**Результаты.** По данным исследований через 3 недели отмечалось явное улучшение остроты зрения (увеличение до 1,0) и данных ОСТ у больных основной группы по сравнению с контрольной.

**Выводы:**

1. Неванак® обладает более высокой эффективностью в лечении послеоперационного увеита по сравнению с Дексаметазоном, позволяет минимизировать жалобы пациента.
2. У пациентов основной группы получены более высокие функциональные результаты в сочетании с комфортным течением раннего послеоперационного периода.

**Ключевые слова:** Неванак, ОСТ, артификация, увеит

## Педиатрия

ID: 2014-04-376-T-3369

Тезис

Лисицына А.С.

### Состояние новорожденных в зависимости от длительности безводного промежутка и инфекционного процесса у матери

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Нечаев В.Н.*

**Актуальность.** Инфекционные поражения репродуктивной системы женщин в настоящее время занимают ведущее положение среди проблем пери- и неонатальной патологии.

**Цель исследования:** оценить зависимость и выявить взаимосвязь между длительным и пролонгированным безводным промежутком, инфекционным процессом у матери и патологией у новорожденных детей.

**Материал и методы.** Наблюдение и исследование проводилось в ПЦ СО за 2012-2013 г. В исследование были включены – 167 женщин и 173 новорожденных. Доношенных детей было 29,5%, недоношенных 70,5%. Контрольная группа – 60 матерей и детей. Женщины были разделены на 2 группы: 1 - с хориоамнионитом на фоне длительного БП, 2 - с длительным БП без хориоамнионита.

**Результаты.** Выделены группы детей по сроку гестации:

1 группа – 6,9% детей (24-27 недель). Длительность БП от 16 ч. до 24 сут.

2 группа – 16,5% детей (28-31 недель). Длительность БП составила от 13 ч до 14 сут.

3 группа – 22% детей (срок гестации 32-35 недели). БП у них составил от 13 ч до 30 сут

4 группа – 27,7% детей (35-36 недель). Длительность БП составила от 16 ч до 17 сут.

Бактериальный хориоамнионит на фоне длительного БП (1 группа) был у 10,8% женщин, вирусный – у 1,1%. Длительный БП без хориоамнионита (2 группа) был у 83,8% женщин.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что хориоамнионит у матерей является ведущим фактором реализации не только инфекционной патологии у детей, но и тяжелых неврологических нарушений. Длительный БП без инфекционного сопровождения способствует в меньшей степени реализации инфекции у плода (на 26,1%) и менее влияет на неврологический статус ребенка (на 28,2%). Способ родоразрешения также играет существенное влияние на реализацию инфекционного процесса в постнатальном периоде. Проведение кесарева сечения у матерей с длительным БП и хориоамнионитом способствует меньшей интранатальной инфицированности плода и дальнейшей реализации инфекции у новорожденного.

При преждевременном излитии околоплодных вод, после 12 часов БП у рожениц — имеется тенденция к нарастанию обсемененности родовых путей с увеличением дисбиотических нарушений. После 18 часов БП увеличивается обсемененность общей и условно-патогенной флорой и нарастает дисбаланс в пользу облигатно-анаэробной флоры. Назначение антибактериальной терапии после 12 часов БП предупреждает развитие гнойно-воспалительных процессов в организме роженицы и плода, обуславливает колонизационную резистентность.

**Ключевые слова:** новорожденные, безводный промежуток, хориоамнионит



ID: 2014-04-376-T-3396

Тезис

Попова О.А., Уваров Д.Н.

### Новые возможности консервативной терапии гемангиом у детей

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Спиваковский Ю.М.*

**Введение.** Гемангиомы являются самой распространённой среди опухолей кожи и мягких тканей у детей, встречаясь в 45,7% случаев всех доброкачественных новообразований. В последние годы отмечается тенденция к росту количества больных с такой патологией.

**Цель:** оценить эффективность терапии гемангиом препаратами группы неселективных  $\beta$ -блокаторов.

**Материал и методы.** В качестве лекарственного средства использовался препарат пропранолол — неселективный  $\beta$ -блокатор. Целевая дозировка составляла 2,0 - 2,5 мг/кг веса. Группу наблюдения составили 4 ребенка первого года жизни (от 2 мес. до 12 мес.). Стартовая дозировка пропранолола составила от 2 до 4 мг однократно, под контролем показателей гемодинамики до и после приема препарата. Производилось измерение ЧСС и артериального давления до и после каждого приема препарата, ежедневно – ЭКГ и глюкоза крови. На 3-5 день госпитализации больным проводилось холтеровское мониторирование, а так же УЗИ с ЦДК гемангиомы с оценкой индекса резистентности.

**Результаты.** У всех детей из группы отмечен клинический эффект уже на 1 неделе применения препарата. Отмечено изменение цвета и напряженности гемангиомы. Методом повторного фотографирования документировалось изменение внешнего вида гемангиомы. Все дети продолжают наблюдаться врачом-хирургом и педиатром. Переносимость препарата хорошая, нами не отмечено развития побочных эффектов при приеме пропранолола, как на стационарном, так на амбулаторном этапе лечения.

Использование пропранолола в качестве препарата первой линии терапии открывает новые возможности в терапевтической курации пациентов с гемангиомами в случаях невозможности оперативной коррекции.

**Ключевые слова:** гемангиома, неселективные  $\beta$ -блокаторы

ID: 2014-04-376-T-3397

Тезис

Попова О.А.

**Роль вспомогательной базисной терапии в комплексном лечении атопического дерматита у детей***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии**Научные руководители: к.м.н. Скупова О.В., к.м.н. Спиваковский Ю.М.*

В настоящее время гидратация кожи и применение увлажнителей отнесены к вспомогательной базисной терапии, использование которой является совершенно необходимым элементом лечения атопического дерматита. Регулярное использование смягчающих/увлажняющих средств имеет чрезвычайно важное значение для кожи, т.к. делает ее менее чувствительной к ирритантам и контактными аллергенам. Кроме того, восстанавливая гидролипидную пленку на поверхности эпидермиса, они снижают трансэпидермальную потерю воды, что ведет к снижению системной абсорбции топических кортикостероидов.

**Цель:** оценить эффект применения препарата «Липикар» в комплексной терапии атопического дерматита у детей.

**Материал и методы.** 20 детям в возрасте от 2 до 15 лет с различной стадией и степенью тяжести атопического дерматита с целью увлажнения кожи в течение 10 дней применялся «Липикар-бальзам». Из них 8 детей получали вместе с «Липикар-бальзамом» очищающий гель «Липикар Сиднет».

**Результаты.** У 9 детей, получавших монотерапию «Липикар-бальзамом» на 3-й день уменьшилась сухость кожных покровов, к 5-му дню исчезли эксфолиации и уменьшилась эритема. Все дети, получавшие комбинированную терапию «Липикар Сиднет» и «Липикар-бальзам», отметили значительное уменьшение сухости кожи уже на 2-й день применения. К 10-му дню на фоне применения липикара отмечено существенное снижение баллов по шкале SCORAD. Восемью детям для купирования симптомов заболевания было достаточно применение только вспомогательной базисной терапии и не понадобилось назначения топических глюкокортикоидов. Одному ребенку «Липикар» был отменен по причине индивидуальной непереносимости.

**Выводы:**

1. Увлажняющие препараты являются незаменимым компонентом в комплексной терапии атопического дерматита.
2. Использование увлажняющих/смягчающих средств должно быть длительным и регулярным, даже в те периоды, когда симптомы заболевания отсутствуют.
3. Применение «Липикара» в ряде случаев позволяет избежать назначения местных глюкокортикоидов.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, увлажняющие/смягчающие средства

ID: 2014-04-376-T-3422

Тезис

Шпак А.Б., Каткова Е.В.

## Влияние БОС-терапии на психофизиологический статус детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской педиатрии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Елизарова С.Ю.*

**Актуальность.** В генезе НДМП большую роль играют взаимоотношения ЦНС и детрузорно-сфинктерных систем. Перспективным методом лечения НДМП является БОС-терапия, позволяющая восстановить нормальную деятельность регуляторных систем организма.

**Цель:** оценить влияние БОС-терапии на психофизиологический статус детей с НДМП.

**Материал и методы.** Обследовано 32 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет, находившихся на лечении в КФП. С помощью комплекса НС-ПсихоТест оценивали психофизиологические показатели: силу нервной системы, подвижность нервных процессов, концентрацию возбуждения, сенсомоторную координацию, способность к произвольной регуляции движений, усилий и функций. 18 детям проведена БОС-терапия.

**Результаты.** Выявлены нарушения силы нервной системы: повышенная слабость у 50%, повышенная сила у 37% детей. При повышенной слабости положительная динамика на фоне БОС-терапии отмечена у всех детей (у 40% показатели нормализовались, у 60% улучшились). При повышенной силе нормализация показателей отмечена у 30% детей. До лечения у всех детей выявлена инертность нервных процессов (в 75% ярко выраженная). На фоне лечения степень инертности уменьшилась. Нарушения равновесия между процессами возбуждения и торможения с преобладанием возбуждения у 72% детей и торможения у 12%, тенденция к иррадиации возбуждения у 100% отмечались как до, так и после лечения. Низкое качество сенсомоторной координации выявлено у 70% детей, показатели нормализовались у 25%. Низкий уровень произвольной регуляции движений, усилий и функций выявлен у 94%, 83% и 95% детей, нормализовался у 37%, 33% и 41% соответственно. Показатели, соответствующие норме, после БОС-терапии не менялись.

**Выводы.** БОС-терапия влияет на силу нервной системы, в меньшей степени на подвижность, восстанавливает регуляторные возможности организма. При необходимости требуются повторные сеансы. Выявленные у каждого ребенка особенности психофизиологического статуса следует учитывать при разработке индивидуальной программы коррекции НДМП.

**Ключевые слова:** БОС-терапия, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

ID: 2014-04-376-T-3423

Тезис

Мышкина А.И.

**Применение внутривенных иммуноглобулинов при ювенильном ревматоидном артрите***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской педиатрии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Елизарова С.Ю.*

**Актуальность.** В последние годы возрастает актуальность исследований ювенильного ревматоидного артрита в связи с ростом заболеваемости, тяжестью течения, наличием осложнений, инвалидизацией детей. Не до конца изучены схемы и методы иммунокорректирующей терапии ЮРА.

**Цель:** оценить эффективность применения внутривенных иммуноглобулинов при ЮРА.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 7 детей в возрасте 1,5-12 лет (4 мальчика и 3 девочки) с ЮРА, получавших лечение в КФП. У 6 детей была суставная форма ЮРА, у одного – системное начало. Серопозитивный вариант заболевания отмечался у 4 детей, серонегативный – у 3. Все пациенты получали базисную терапию метотрексатом, в период обострения ГК, НПВП.

**Результаты.** В КФП применяли высокоочищенные внутривенные иммуноглобулины «Октагам» и «Пентаглобин» при высокой иммунологической активности процесса и выявлении персистирующей вирусной и бактериальной инфекции. Препараты назначали в возрастных дозировках в течение 3-5 дней. Повторные курсы лечения проводили раз в 3 месяца. На фоне лечения у всех больных уменьшилась выраженность суставных проявлений и степень активности процесса.

**Выводы.** Высокая активность воспаления и наличие персистирующей вирусной и бактериальной инфекции являются показанием для включения в терапию внутривенных иммуноглобулинов. Применение этих препаратов ограничено из-за их высокой стоимости и используется в рамках высокотехнологичной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** лечение ЮРА, внутривенные иммуноглобулины

ID: 2014-04-376-T-3447

Тезис

Иванов В.В., Изверова Е.А., Кадура А.А.

### Отравление дурманом у школьников - медико - социальная проблема

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии

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

**Актуальность.** В настоящее время весьма актуальна проблема, связанная с отравлениями населением дикорастущими растениями-в ходе полевых исследований в Саратовской области в 2009 г. обнаружено 42 вида растений с действующим токсическим началом (алкалоиды, гликозиды, эфирные масла, синильная кислота и др.). В последние годы среди подростков г.Саратова участились случаи употребления семян такого ядовитого растения как дурман (*Datura stramonium* L.-Дурман обыкновенный L.).

**Цель исследования:** установить частоту и особенности клинических проявлений отравлений дурманом в структуре острых отравлений у школьников.

**Материал и методы.** С 2009-2013 гг. в ДОРИТ КБ СГМУ им.С.Р.Миротворцева госпитализировано 544 ребенка с отравлениями различными веществами, из них отравление дурманом-24 чел.(4,41%). Изучены ф 003/у 24 детей с данной нозологией: жалобы, анамнез, объективные данные. Проведено общеклиническое обследование с привлечением узких специалистов: невролога, окулиста, психиатра.

**Результаты.** Госпитализированные в ДОРИТ дети-мальчики (ср. возраст 12,09 ±1,34) находились в тяжелом состоянии с классическими признаками отравления дурманом: сухость кожных покровов и слизистых, гиперемия кожи, расстройство речи и глотания, расширение зрачков и нарушение ближнего видения, светобоязнь, бред и галлюцинации, тахикардия, полная потеря ориентации, резкое двигательное и психическое возбуждение, иногда судороги с последующей потерей сознания и развитием комы. Мотивацией к употреблению семян дурмана было желание испытать острые ощущения. Употребление семян дурмана приходилось на осень (сентябрь-октябрь) на улице в компании, вследствие этого отмечались отравления группами по 4-5 чел. В 2-х случаях это сопровождалось приемом водки. В ДОРИТ пациенты находились в среднем 1-3 суток, затем переводились в педиатрические соматические стационары КБ СГМУ с целью динамического наблюдения (состояние сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем), где находились в среднем 3-4 дня и выписывались домой под наблюдение врача-нарколога, педиатра. Повторных случаев госпитализации детей и подростков по поводу отравления дурманом в педиатрические клиники не наблюдалось.

#### Выводы:

1. Отравления дурманом за последние 5 лет чаще регистрировались у мальчиков.
2. Школьники пубертатного возраста госпитализировались в тяжелом состоянии с классическими признаками отравления дурманом.
3. Необходимо разработать ряд мер, предотвращающих отравления дурманом среди школьников.

**Ключевые слова:** отравления, дурман, социальная проблема

ID: 2014-04-376-T-3459

Тезис

Любимова М.А., Дунаева Е.В., Беляева Н.А.

**Течение раннего неонатального периода у новорожденных детей от матерей с гнойно – воспалительными изменениями в плаценте***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Панина О.С.*

**Актуальность.** Интраамниальная инфекция является актуальной проблемой в перинатологии, так как значительно увеличивает риск возникновения послеродовых гнойно-септических заболеваний и инфекционной патологии плода и новорожденного, занимающих одно из ведущих мест в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

**Цель:** изучить течение раннего неонатального периода у новорожденных от матерей с гнойно – воспалительными изменениями в плаценте за 2012 год по данным в ГУЗ ПЦ.

**Материал и методы.** Нами было ретроспективно проанализировано 210 историй (105 составили материнские истории и 105 истории развития новорожденного ребенка). Критерии включения в исследование являлось наличие воспалительных изменений в плаценте по данным гистологического исследования.

**Результаты.** В результате нашего анализа историй 210 женщин за 2012 год в ГУЗ ПЦ по данным гистологического исследования плаценты были выявлены следующие изменения: диссоциальное нарушение созревание ворсин в 24,8 % случаев, преждевременное созревание ворсин - в 5,3% случаев, флебиты у 3,3 % женщин, интервиллизиты и виллизиты в 10,4 % и 7,2 % случаев, соответственно, децидуиты у 8,1 % обследуемых, серозно – гнойные хориамниониты у 38,6 % женщин, инфаркты в 2,3% случаев. У женщин с серозно – гнойным хориамнионитом в 12,3% случаев имела место доношенная беременность, в 26,3 % случаев роды закончились преждевременно. При доношенной беременности у 86 % новорожденных состоянии при рождении расценивалось как удовлетворительное, у 14 % детей - средней степени тяжести. Средняя оценка по шкале Апгар составила  $7 \pm 1$  баллов. При преждевременных родах у 65% детей состояние было расценено как средней тяжести, в 29% случаев как тяжелое, в 6% случаев как очень тяжелое. Средняя оценка по Апгар не превышала  $4 \pm 1$  баллов.

**Вывод.** При доношенной сроке беременности изолированный хориоамнионит редко влияет на перинатальную смертность и инфекционную заболеваемость новорожденных. При недоношенной беременности уровень неонатальной заболеваемости и смертности, связанной с хориоамнионитом, повышается, особенно у детей с массой тела при рождении менее 2500 г.

**Ключевые слова:** хориоамнионит, плацента

ID: 2014-04-376-T-3461

Тезис

Ян А.А.

## Изучение клинической эффективности комплексного гомеопатического препарата «Инфлюцид» в лечении детей с ОРВИ

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра педиатрии ФПК и ППС*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Кузнецова М.А.*

**Актуальность.** Многолетняя практика использования традиционных противовирусных средств в профилактике и лечении детей с ОРВИ и гриппом привело к снижению фармакологической активности этой группы препаратов в результате изменения иммунного ответа организма больного на вирус или появления резистентных форм вирусов. Новым направлением в управлении вирусными инфекциями является комплементарная медицина.

**Цель исследования:** изучить клиническую эффективность комплексного гомеопатического препарата «Инфлюцид» в лечении детей с ОРВИ.

**Материал и методы.** Обследовано 80 больных ОРВИ в возрасте от 3 до 14 лет; I группа – 50 детей, получавших в качестве противовирусного средства инфлюцид; II группа – 30 детей, получавших назальные капли интерферона (противовирусная терапия начиналась с первых суток заболевания). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, объему симптоматической терапии.

Проводились оценка клинических симптомов ОРВИ по дням болезни (1, 3, 5, 7); лабораторно-инструментальное обследование (согласно действующим стандартам); осмотр отоларинголога; статистическая обработка полученных результатов.

**Результаты.** В I группе наблюдения, по сравнению со II группой, отмечалась более медленная ( $1,5 \pm 0,5$  дня) положительная динамика таких основных клинических проявлений ОРВИ, как лихорадка, интоксикация, фарингит, ринит. Однако кашель разной степени интенсивности у больных I группы купировался на несколько дней раньше, чем у больных во II группе, что обусловлено опосредованным противовоспалительным и муколитическим действием некоторых компонентов, входящих в состав инфлюцида. В обеих группах больных определялись одинаковые сроки выздоровления от ОРВИ (7 день). В исследовании не зарегистрировано побочных и нежелательных явлений у больных I группы. COMPLAINTNESS составила 100%.

**Заключение.** Таким образом, клиническая эффективность гомеопатического препарата инфлюцид сопоставима с аллопатическими противовирусными препаратами.

**Ключевые слова:** Инфлюцид, ОРВИ, гомеопатия

ID: 2014-04-376-T-3471

Тезис

Скорикова Е.А., Муканова А.А.

**Анализ ошибок ведения детей с очень и экстремально низкой массой тела при рождении на амбулаторном этапе***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии  
ГУЗ "Перинатальный центр" г. Саратов**Научный руководитель: к.м.н., доцент Панина О.С.*

**Актуальность.** В последние годы в нашей стране с внедрением новейших медицинских технологий, совершенствованием лекарственного обеспечения и средств ухода увеличивается выживаемость детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении, что делает актуальным вопрос не только об особенностях выхаживания таких новорожденных в отделениях реанимации и интенсивной терапии, но и на этапе педиатрического участка.

**Цель:** выявление и анализ типичных ошибок в ведении детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении на амбулаторном этапе наблюдения.

**Материал и методы.** Нами были проанализированы 10 историй развития детей (ф-112), чья масса при рождении соответствовала критериям очень низкой или экстремально низкой.

**Результаты.** В ходе анализа были выявлены следующие наиболее часто встречающиеся ошибки: по рекомендации педиатра, мамы переводили детей со специализированной молочной смеси на стандартную адаптированную смесь, в результате чего темп прибавки в массе ребенка снижался, не был обеспечен «догоняющий рост» с учетом постконцептуального возраста. В проанализированных историях развития отсутствовали сведения о профилактике таких дефицитных состояний как рахит, анемия. Оценка нервно-психического и физического развития недоношенных детей в различные декретированные сроки проводилась без учета постконцептуального возраста. Дети не направлялись на второй этап аудиологического скрининга.

**Выводы.** Ведение на амбулаторном этапе детей с ОНМТ и ЭНМТ требует от участкового педиатра повышенного внимания, знаний особенностей вскармливания, патологических состояний, характерных для данной группы пациентов, без чего невозможна полноценная адаптация и медико-социальная реабилитация таких детей в будущем.

**Ключевые слова:** недоношенность, дети, питание, ошибки, поликлиника



ID: 2014-04-376-T-3472

Тезис

Дунаева Е.В., Любимова М.А.

**Клинико-anamnestическая характеристика детей с врожденными пороками развития**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Панина О.С.*

Врожденные пороки развития (ВПР) и хромосомные (ХС) синдромы продолжают оставаться одними из самых социально-значимых патологий человека.

**Цель:** анализ клинико-anamnestических данных детей с ВПР и ХС, эффективности пренатальной диагностики, выявление проблем связанных с диагностикой и профилактикой ВПР.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 150 случаев рождения детей с ВПР и ХС в ГУЗ «ПЦ» г.Саратова за 2011-2013гг.

**Результаты.** По данным ГУЗ «ПЦ» г.Саратова за 2011-2013гг. среди живорожденных детей выявлено на этапе родильного дома 779 случаев ВПР и ХС.

При изучении анамнеза детей с ВПР и ХС возрастные первородящие женщины составили 22,7%. Хроническую патологию имели 82% женщин, ВПР у матерей отмечались в 4% случаев. Очаги хронической инфекции имели 53,3% женщин. Отягощенный гинекологический анамнез отмечался в 58% случаев, бесплодие - у 4,6% женщин. Отягощенный акушерский анамнез был выявлен у 47,3% женщин. Влияние вредных факторов отмечалось у 40% женщин. Осложненное течение I половины беременности имело место у 65% женщин, II половины-у 82,7%, маловодие в 4,8% случаев, многоводие-в 7,3% случаев. С помощью ультразвукового скрининга были выявлены 50,7% ВПР, в 42% случаев-в III триместре. Недоношенные дети составили 12%. Малая масса к сроку гестации отмечалась у 11,3% детей. Умеренная асфиксия при рождении отмечалась у 27,3% детей, тяжелая - 8,7%; после рождения состояние средней тяжести и тяжелое отмечалось у 43,3% детей, в 66% случаев тяжесть состояния была обусловлена ВПР. Перевода в хирургический стационар потребовали 15,6% детей, умерло от ВПР на этапе ПЦ-2,7%.

**Выводы.** Росту частоты ВПР способствует недостаточная пренатальная диагностика и отсутствие взаимодействия между врачами различных специальностей.

**Ключевые слова:** врожденные пороки развития, новорожденные

ID: 2014-04-376-T-3473

Тезис

Кирпиленко Е.А., Скорикова Е.А.

**Сравнительная характеристика периода ранней адаптации детей после ЭКО и естественного зачатия***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии  
ГУЗ "Перинатальный центр" г. Саратов**Научный руководитель: к.м.н., доцент Панина О.С.*

**Актуальность.** Частое использование пренатальных технологий определяет необходимость усиленного наблюдения за новорождёнными в период ранней адаптации.

**Цель:** провести сравнительный анализ периода ранней адаптации детей после ЭКО и зачатия естественным путем.

**Материал и методы.** Был проведен ретроспективный анализ 40 обменных карт и историй родов, 80 историй развития новорождённых. В 1 группу вошли 12 женщин с многоплодной беременностью, прошедших процедуру ЭКО и их новорожденные дети; 2 группу составили женщины с многоплодной беременностью, естественным зачатием и их новорожденные дети.

**Результаты.** Неблагополучный соматический и акушерско-гинекологический анамнез имел место у 100% женщин из 1 группы и в 99,6 % у женщин 2 группы. Патологическое течение беременности наблюдалось во всех группах. Все дети 1 группы были рождены путём кесарева сечения; 2 группы – кесарево сечение составило 83,3% случаев. Гестационный возраст в 1 группе составил 34±1 недели, во 2 группе – 35±2 недель. Средняя масса детей в 1 группе составляла 2146,0 ±120,0 г, из 2 группы – 2548,0±230,0 гр. В дыхательной поддержке нуждались 52% детей из 1 группы, 61% – из второй. Все дети из 1 и 2 групп имели неврологическую симптоматику различной степени выраженности. Гипербилирубинемия отмечалась в 3 раза чаще у детей 1 группы исследования, по сравнению со 2 группой. Анемия была отмечена только у детей во 2 группе исследования. Летальный исход имел место в 2 случаях во 2 группе исследования.

**Заключение.** Существенных различий в развитии детей из исследуемых групп найдено не было, что свидетельствует о высоком уровне развития пренатальных технологий. Необходимо проведение дальнейшей сравнительной характеристики данных исследуемых групп.

**Ключевые слова:** ЭКО, период ранней адаптации

ID: 2014-04-376-T-3474

Тезис

Горлова И.А., Журавлева О.И., Крылова А.В.

### Особенности течения острой ревматической лихорадки на современном этапе

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии

Научные руководители: к.м.н. Шульгина Е.Н., к.м.н. Скупова О.В.

Несмотря на существенные успехи в лечении и профилактике острой ревматической лихорадки (ОРЛ), эта проблема ещё окончательно не решена и сохраняет свою актуальность. В настоящее время в России первичная заболеваемость ревматизмом составляет 0,03, а частота впервые выявленных ревматических пороков сердца - 0,065 на 1000 населения. Распространенность среди детей и подростков составляет 0,5 и 1,3 на 1000 соответственно.

**Цель:** выявить особенности течения ревматизма на современном этапе.

**Материал и методы:** анализ историй болезни детей с ОРЛ за последние 10 лет.

**Результаты.** В течение последних 10 лет в клинике госпитальной педиатрии обследовано 13 детей в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом ОРЛ. В клинической картине преобладали изменения со стороны сердца в виде кардита, характеризующиеся кардиалгиями, кардиомегалией, тахикардией, снижением сократительной способности миокарда. У половины больных имел место суставной синдром, у двух детей - хорея. Только один ребенок с ревматической болезнью сердца имел комбинированный порок сердца.

В результате проведенного анализа выявлено:

- снижение заболеваемости ОРЛ;
- преобладание маломанифестных форм заболевания;
- низкий процент вовлечения в патологический процесс клапанного аппарата с последующим формированием пороков.

**Заключение.** Использование современных методов диагностики, позволяющих верифицировать диагноз на ранних стадиях, своевременное проведение адекватной терапии и бициллинопрофилактики приводит к уменьшению частоты формирования пороков сердца и снижению рецидивов заболевания.

**Ключевые слова:** острая ревматическая лихорадка

ID: 2014-04-376-A-3484

Краткое сообщение

Холкина Ю.В., Мартынова М.А., Карташова И.С.

**Микозы новорожденных***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Бочкова Л.Г.***Резюме**

Микозы – грибковое заболевание, относящееся к распространенной группе инфекционных болезней, вызываемых паразитическими и условно–патогенными грибами, способными вызвать заболевания человека. За последние десятилетия отмечено увеличение частоты микозов у новорожденных. Поэтому неонатальные грибковые инфекции в России весьма актуальны, несмотря на значительное количество литературных данных о современных препаратах и методах лечения. Особый интерес представляют микозы новорожденных. Целью нашего исследования явилось изучение частоты грибковой инфекции и способов передачи инфекции при выявлении взаимосвязи инфекционного процесса у матери и ребенка.

**Ключевые слова:** микозы, грибковое носительство**Актуальность**

Микозы – грибковое заболевание, относящееся к распространенной группе инфекционных болезней, вызываемых паразитическими и условно–патогенными грибами, способными вызвать заболевания человека. К ним относятся кандиды, дерматофиты, актиномицеты, аспергиллы, бластомицеты, пневмоцисты[2].

За последние десятилетия отмечено увеличение частоты микозов у новорожденных. Поэтому неонатальные грибковые инфекции в России весьма актуальны, несмотря на значительное количество литературных данных о современных препаратах и методах лечения.

Особый интерес представляют микозы новорожденных. В настоящее время для новорождённых основным путем инфицирования считается нозокомиальный. Характерен также восходящий путь передачи при наличии урогенитального кандидоза и кольпита грибковой этиологии у женщин.

**Целью** нашего исследования явилось изучение частоты грибковой инфекции и способов передачи инфекции при выявлении взаимосвязи инфекционного процесса у матери и ребенка.

**Материал и методы**

Наше исследование проводилось на базе МУЗ ГКБ № 8 г. Саратова за период с 1.12.2012 г. по 1.04.2013 г. Были обследованы 1279 детей, из которых 139 недоношенные (11%) и 1140 доношенные дети (89 %), среди них 44 (3,5%) ребенка, у которых лабораторно была выявлена грибковая флора различной этиологии. Материалом для исследования явились кровь, моча, меконий, со стороны матери учитывались микробиологические показатели влагалища, эндометрия, плаценты. Забор материала проводился на 1 – 2 сутки жизни у детей, входящих в группу риска, а именно рожденных от матерей, имеющих инфекционный анамнез. В ходе обработки материала, детей разделили на 2 группы: дети, родившиеся путем операции кесарева сечения 19 человек (43%) и путем физиологических родов 25 человек (57%). Из анамнеза беременности женщин было известно, что у 8 (18%) отмечался урогенитальный кандидоз и у 11 (25%) – дисбиоз влагалища. Учитывался метод вскармливания детей из группы риска.

Индикация грибов проводилась при помощи микологического микроскопического исследования. Посевы выделенных от больных субстратов для выявления грибов производили на обогащенную среду Сабуро.

В ходе комплексного микробиологического исследования обнаружены следующие возбудители грибковой инфекции: *Aspergillus fumigates*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger*, *Candida albicans*, *Saccharomycetes*. Возбудители были обнаружены в моче у 20 детей(45%), в крови – у 23 детей (52%), в меконии – у 2 детей (4,5%). У всех обследуемых новорожденных выявлено только носительство грибковой инфекции, так как при клиническом обследовании не было выявлено признаков микозов.

**Обсуждение**

Несомненным является тот факт, что время индикации микробиологических маркеров позволяет решить вопрос о сроках и путях инфицирования новорожденных[3]. Учитывая, что забор материала проводился в первые сутки жизни новорожденных, то можно предположить, что основным путем передачи возбудителя от матери к плоду явился контактный путь, но не исключается и нозокомиальный путь инфицирования, так как маркеры грибковой инфекции в исследуемых материнских материалах были найдены только в 8 (18 %) случаев. В 10 (22%) случаев возможен восходящий путь инфицирования, поскольку это дети, родившиеся путем физиологических родов у матерей с урогенитальным кандидозом и дисбиозом влагалища.

Наличие возбудителя у новорожденных в крови можно объяснить низкой опсонизирующей и фагоцитарной активностью клеток крови, функциональной недостаточностью Т- и В- клеточного звеньев иммунитета, более низким уровнем белков острой фазы воспаления и неспецифических микотических ингибиторов и других медиаторов воспаления[4].

Особенность секреторной и иммунной функции ЖКТ у новорожденных, физиологический дисбиоз кишечника объясняют наличие грибов в меконии[4]. Выделение грибов с мочой можно также связать с иммунной и функциональной незрелостью мочевыделительной системы у новорожденных детей.

Нозокомиальное происхождение грибкового носительства объясняется дефектом грудного вскармливания. В 43 % случаев, эти дети, рожденные путем операции «кесарево сечение» были приложены к груди только на 4-е сутки жизни в связи с приемом их матерей антибактериальных препаратов.

#### **Выводы**

1. В ходе исследования выявлено только грибковое инфицирование (носительство) новорожденных без проявления клинических симптомов заболевания.
2. Наличие грибов в содержимом биотопов не является признаком грибкового заболевания.
3. Контактный и нозокомиальный пути передачи наиболее вероятные пути передачи грибковой инфекции от матери к ребенку.
4. Нозокомиальный путь инфицирования возникает в результате дефекта ухода и связан с недостаточной организацией совместного пребывания матери и ребенка.
5. На основании данных о частоте выявления возбудителя для диагностики грибкового инфицирования можно считать диагностически значимыми биотопами кровь и мочу.

#### **Литература**

1. Буслаева Г.Н. Кандидоз новорожденных и детей первых месяцев жизни. – Дис. ...док. мед. наук. – М., 2000.
2. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М., 2007.
3. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. Издание 2 – е, переработанное и дополненное. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.
4. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н. Кандидоз новорожденных и детей первых месяцев жизни. М., 2008.
5. Шабалов Н.П. Неонатология. Т. II. – М.:МЕДпресс-информ, 2006.

ID: 2014-04-376-T-3488

Тезис

Щербатюк Е.С.

**Новые возможности антибактериальной терапии острых респираторных заболеваний у детей***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра педиатрии ФПК и ППС**Научный руководитель: к.м.н., доцент Макарова О.А.*

**Актуальность.** Инновационным направлением антибиотикотерапии стало создание новой группы препаратов, получивших название Экоантибиотики, которые по противомикробной активности биоэквивалентны традиционным антибиотикам, а по профилю безопасности значительно превосходят их из-за включения в состав пребиотика в особой форме – лактулозы ангидро.

**Цель исследования:** изучить эффективность и безопасность препарата Экоклав при лечении детей с острыми респираторными инфекциями (ОРИ).

**Материал и методы.** Исследование проведено в 2013 году в детской больнице г. Энгельса. Участвовали 50 пациентов с бактериальными осложнениями ОРИ (острый бронхит, синусит, тонзиллит) в возрасте 6 месяцев - 12 лет, разделённые на две группы: 1-я группа (основная) – 30 детей, получавших Экоклав, 2-я (группа сравнения) – 20 детей, получавших амоксициллин/клавулановую кислоту без пребиотика. Группы были идентичны по возрасту, полу, структуре бактериальных осложнений.

**Результаты.** Статистически достоверной разницы в динамике клинических и лабораторных показателей в сравниваемых группах не отмечалось. У детей, получивших курс Экоклава, в 55% случаев зарегистрированы позитивные изменения кишечного микробиоценоза, у 30% детей кишечная микрофлора не претерпела каких-либо существенных изменений, у 3 детей были отмечены негативные тенденции в составе микрофлоры кишечника. В группе сравнения, в 75,1% случаев были негативные изменения в микробном пейзаже кишечника, у 1 ребёнка – позитивные изменения, и у 2 детей микрофлора не претерпела изменений.

**Выводы.** Клиническая эффективность препаратов Экоклав и амоксициллин/клавулановая кислота сопоставима. Применение Экоантибиотика способствует снижению отрицательного влияния антибактериальной терапии на нормальную микрофлору кишечника. Результаты данного исследования позволяют надеяться, что внедрение Экоклава в клиническую практику откроет перспективы для терапии, не требующей дополнительных сил и средств для восстановления кишечного микробиоценоза.

**Ключевые слова:** экоантибиотики, Экоклав

ID: 2014-04-376-T-3489

Тезис

Юрова Е.С.

### **Использование видеокапсульной эндоскопии в диагностике болезни Крона**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Герасименко Ю.К.*

В последние годы увеличилось число пациентов с болезнью Крона, в том числе и в детском возрасте. Видеокапсульная эндоскопия – современный малоинвазивный и высокоинформативный метод обследования.

Пациент А. 1996 г. р. болен с июня 2009 г., когда впервые появились интенсивные боли в животе, фебрилитет, потеря массы тела, жидкий стул с примесью крови. По результатам обследования в НЦЗД г. Москвы была диагностирована болезнь Крона. Ребенок получал комплексное лечение с использованием биологической терапии Ремикейдом в 2009 г. В 2010 г. терапия Ремикейдом была прекращена по инициативе родителей, после чего заболевание приобрело непрерывно-рецидивирующее течение и ребенок постоянно получал Салофальк и Азатиоприн. В августе 2011 года после самостоятельного прекращения приема препаратов вновь появились интенсивные боли в животе, больше в левых отделах, повышение температуры тела до фебрильных цифр, кашицеобразный стул, резкое снижение аппетита, похудание, слабость. В связи с сохранением клинических проявлений болезни Крона, ребенок неоднократно находился на лечении в клинике госпитальной педиатрии - 2, где в 2012 г. в состав терапии был включен Метипред. На фоне проводимой терапии отмечалась стабилизация состояния ребенка, но сохранялись периодические боли в животе и дефицит массы тела. В связи с этим в декабре 2013 г. была проведена диагностическая видеокапсульная эндоскопия, при которой, несмотря на проводимую терапию Азатиоприном, Салофальком и Метипредом, были выявлены эрозивно-язвенные дефекты в желудке и подвздошной кишке, что потребовало коррекции терапии.

Таким образом, видеокапсульная эндоскопия – современный высокотехнологичный метод, позволяющий корректировать терапию у больных с неспецифическими воспалительными заболеваниями кишечника.

**Ключевые слова:** видеокапсульная эндоскопия

ID: 2014-04-376-A-3491

Клинический случай

Клюев С.А., Комиссаренко Л.А., Любимова М.А., Беляева Н.А.  
**Врожденная кистозная мальформация легкого**  
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России  
Научные руководители: к.м.н. Бочкова Л.Г., д.м.н. Горемыкин И.В.

---

**Резюме**

Описан клинический случай врожденной кистозной мальформации легкого, тактика лечения ребенка с данным заболеванием.

**Ключевые слова:** врожденный поликистоз, пороки развития, диагностика, лечение

---

Кистозная гипоплазия легкого или врожденный поликистоз - это лёгочная эмбриопатия, представленная пороком развития терминальных отделов субсегментарных бронхов и бронхиол. Кистозная лёгочная гипоплазия возникает вследствие избыточного разрастания терминальных бронхиол в эмбриональном периоде внутриутробного развития. Данные образования представляют собой расширения кистообразной формы различных размеров, выстланные кубовидным или цилиндрическим эпителием. Патоморфологически выделяются три формы аномалии: I - единичные или множественные кисты диаметром более 2 см с тканевыми элементами, похожими на нормальные альвеолы; II - множественные небольшие кисты менее 1 см в диаметре с бронхиолами и альвеолами; III - обширное поражение обычно некистозного характера со смещением средостения [1-4].

По данным ряда авторов [5,6] кистозная гипоплазия (поликистоз лёгких) составляет 50-70% среди бронхолегочных аномалий, развивающихся из первичной передней кишки. Наиболее часто поражается только одна доля лёгкого. Клинически заболевание проявляется признаками характерными для респираторного дистресс-синдрома: одышкой с участием вспомогательной мускулатуры; цианозом, гипоксемией.

В пользу врождённого происхождения кистозной гипоплазии легких свидетельствует её частое сочетание с другими аномалиями развития, такими как диафрагмальная грыжа, пиелозктазии, костные деформации и пр. Поликистоз лёгких может носить семейный характер [7-9].

Лечение, как правило, хирургическое. Лишь в случаях бессимптомного течения единичных кист возможно наблюдение в динамике. Однако тяжесть возможных осложнений обычно заставляет прибегать к хирургическому лечению в большинстве случаев даже при бессимптомных кистах[10].

Поднашим наблюдением находился новорожденный мальчик Г., родившийся с массой тела 3150 г, длиной 49 см при сроке беременности 39 недель. Беременность первая. Мать ребёнка иммигрировала в Россию из Армении на поздних сроках беременности. Со слов матери беременность протекала благополучно, но в 33 недели на УЗИ были выявлены ВПР плода: кисты в легких и мегалоуретер. Оценка по шкале Апгар на 1-й мин. – 7; на 5-й мин. - 8 баллов.

Состояние новорождённого при рождении было тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, кислородозависимостью. При осмотре обнаружены декстракардия, влажные хрипы в легких. В связи с дыхательной недостаточностью и показателями КОС (субкомпенсированный ацидоз, гиперкапния) ребёнок переведен в режим СРАР с FiO<sub>2</sub> – 35%.

На рентгенограмме обнаружены тонкостенные полости в средне-нижних отделах левого легкого. Тень средостения смещена вправо. При ультразвуковом исследовании отмечено расширение почечной лоханки справа.

В связи с необходимостью хирургического лечения на вторые сутки жизни ребёнок был переведен в детскую хирургическую клинику с диагнозом: кистозная мальформация левого легкого. Интралобарная секвестрация. Пиелозктазия справа.

В клинике детской хирургии диагноз был подтвержден и, в связи с прогрессированием внутригрудной гипертензии, после предоперационной подготовки и субкомпенсации вентиляционно-перфузионных соотношений и гемодинамики, принято решение об экстренном оперативном вмешательстве в объеме торакотомии и удалении кистозноизмененной части легкого.

Во время операции выполнена заднебоковая торакотомия в 4-м межреберье. Констатирована кистозно-аденоматозная мальформация верхней доли левого легкого – наличие кист от нескольких миллиметров до 2 см. С использованием ультрасонического скальпеля Harmonic выполнена типичная лобэктомия верхней доли левого легкого. Плевральная полость дренирована.

Послеоперационный диагноз: ВПР. Кистозно-аденоматозная мальформация левого легкого I типа (Stoker). Осл.: Синдром внутригрудного напряжения.

В послеоперационном периоде ребенок находился на ИВЛ. Отмечался ацидоз комбинированного характера, однако сатурация поддерживалась в пределах 95-100%. Так как по дренажу отходил воздух, была налажена активная аспирация. Впоследствии в связи с отхождением из плевральной полости алой крови ребёнок был переведен на дренирование по Бюлау. При этом сохранялось смещение органов средостения, подтверждённое рентгенологически.

В дальнейшем состояние ребенка ухудшилось за счет дыхательной недостаточности, причиной которой явился открывшийся бронхиальный свищ. Выполнена реторакотомия и ушивание верхнедолевого бронхиального свища. В послеоперационном периоде параметры ИВЛ были несколько снижены, что привело к развитию компенсированного газового ацидоза.

В медикаментозную терапию входило парентеральное питание, антибактериальная терапия, кардиостимуляторы, гемостатическая терапия. Также ребёнок получал энтеральное зондовое питание.

Учитывая сохраняющееся смещение средостения вправо, периодическое отхождение воздуха по дренажу из плевральной полости – принято решение о проведении бронхоскопии с обтурацией главного бронха левого легкого поролоновой пломбой под рентгенологическим контролем, после чего прекратилось поступление воздуха из плевральной полости.



При рентгенологическом контроле органов грудной клетки отмечено уменьшение смещения тени средостения. Однако сохранялось сгущение рисунка правого легкого и ателектаз верхней доли правого легкого. Поэтому ребёнок был переведен на ИВЛ в режиме СРАР а в последующем - на спонтанное дыхание с подачей увлажненного кислорода Консервативная терапия продолжалась в условиях реанимации, проводилась регулярная санация трахеобронхиального дерева. В результате количество хрипов уменьшилось, мокроты стало выделяться меньше.

По мере улучшения состояния ребёнка была выполнена бронхоскопия для удаления обтуратора главного бронха левого легкого. При дальнейшей стабилизации состояния ребёнок был выведен из отделения реанимации в профильное отделение. В консервативную терапию были включены бронхолитики, прокинетики, ЛФК - массаж с элементами дыхательной гимнастики.

При рентгенологическом контроле органов грудной клетки отмечена значительная тенденция к восстановлению физиологического положения органов средостения, расправление правого легкого.

После консультации детским урологом по поводу пиелоэктазии справа – рекомендовано наблюдение уролога, нефролога по месту жительства.

Через 2 месяца и 19 дней после рождения и хирургического лечения ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение участкового врача.

Итак, лечение больных с осложненным поликистозом легких представляет собой сложную задачу. Вместе с тем адекватный и своевременный выбор лечебной и реабилитационной тактик, систематическая и целенаправленная терапия определяют прогноз этого заболевания.

#### Литература

1. Stocker J.T., Madewell J.E., Drake R.M. Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. Classification and morphologic spectrum. *Hum Pathol* 1977; 2: 155-171.
2. Исаков Ю.Ф., Володин Н.Н., Гераськин А.В. Неонатальная хирургия. М: Медицина 2012; 345-450. (Isakov Yu.F., Volodin N. N., Geraskin A.V. Neonatal surgery. Moscow: Meditsina 2012; 345-450).
3. Ромеро Р., Пилу Дж., Дженти Ф. и др. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. М: Медицина 1994; 205-208. (Romero R., Peele Dzh., Dzhenti F., etc. Prenatal diagnostics of congenital developmental anomalies in fetal. M: Meditsina 1994; 205-208).
4. Медведев М.В. Пренатальная эхография: дифференциальный диагноз и прогноз. М: Реальное время 2012; 341-378. (Medvedev M.V. Prenatal sonography: differential diagnosis and forecast. M: Realnoe vremya 2012; 341-378).
5. Sauvat F., Michel J.L., Benachi A. et al. Management of asymptomatic neonatal cystic adenomatoid malformations. *J Pediatr Surg* 2003; 13: 4: 548-552.
6. Lujan M., Bosque M., Mirapeix R.M. et al. Late onset congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. Embryology, clinical symptomatology, diagnostic procedures, therapeutic approach and clinical follow up. *Respiration* 2002; 48: 2: 148-154.
7. Wilson R.D., Hedrick H.L., Liechty K.W. et al. Cystic adenomatoid malformation of the lung: review of genetics, prenatal diagnosis, and in utero treatment. *Am J Med Genet* 2006; 36: 2: 151-155.
8. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Сп-Петербург 1996. (Ashkraft K.U., Holder T.M. Children's surgery. SPt 1996).
9. Ильина Н.А. Современные методы лучевого исследования в диагностике кистозных аденоматоидных мальформаций легких у новорожденных и детей раннего возраста. Медицинская визуализация 2010; 2: 88-95. (Ilina N.A. Modern Methods of Radiology in Diagnostics Congenital Cystic Adenomatoid Malformation at Newborns and Children of Early Age. Medicinskaya vizualizaciya 2010; 2: 88-95).
10. Oh B.J., Lee J.S., Kim J.S. et al. Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung in adults: clinical and CT evaluation of seven patients. *Respirology* 2006; 11: 496-501.

ID: 2014-04-376-T-3545

Тезис

Беляева Н.А., Комисаренко Л.А.

**Оценка уровня знаний матерей в вопросах грудного вскармливания до и после занятий в школе материнства***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Панина О.С.*

**Цель:** оценить методом анкетирования (АН) знания женщин по вопросам ГВ до и после занятий в школе материнства(ШМ).

**Материал и методы.** В МУЗ «ПЦ» г.Энгельса и ГУЗ «ПЦ» г.Саратова проводилось анонимное анкетирование 300 женщин по ГВ. Анкета состояла из практической и теоретической части; заполнение анкеты проводилось на 3сутки после родов (до ШМ); на 4 сутки проводилась ШМ, где освещались основные моменты ГВ и были даны рекомендации по правильному кормлению ребёнка грудью с учетом выявленных ошибок, после которой женщины снова заполняли анкеты.

**Результаты.** АН показало, что из 300 респондентов большую часть составили повторнородящие(ПВ) женщины-52%,первородящие(ПР) женщины составляли 48% (МУЗ«ПЦ»г.Энгельса); 57% и 43% соответственно по данным в ГУЗ«ПЦ» г.Саратова. Уровень образования среди ПВ распределился следующим образом: среднее образование-61% опрошенных, высшее-39%; среди ПР- среднее образование у 45,9% женщин, высшее-54,1%-данные по «ПЦ» г.Энгельса, по данным «ПЦ» г.Саратова следующие данные-среднее образование среди ПВ имеют 54% опрошенных, высшее-46%;среди ПР- среднее образование имеют 61% женщин, высшее-39%. При анализе второй части анкеты выявлено, что 62% женщин не видят разницы между естественным и искусственным вскармливанием,38% считают, что состав грудного молока не отличается по составу от коровьего. При возникновении вопросов по ГВ лишь 18% женщин обратятся к врачам, тогда как 42% опрошенных обратятся за помощью к родственникам, а 40%-искать ответы в интернете.

Анализ теоретической части анкеты после ШМ показал, что уровень знаний женщин о ГВ повысился. На вопрос о пользе ГВ для матери правильно ответили 94% женщин. Полезное значение грудного молока для ребёнка отметили 98% матерей(на 36% больше, чем до ШМ). После ШМ все женщины определили, что за информацией они обратятся к врачам.

**Выводы.** Проведённое исследование показывает низкий уровень знаний женщин в вопросах ГВ до проведения ШМ, и высокий процент правильных ответов после ШМ, что говорит о необходимости проведения ШМ для повышения знаний женщин по вопросам ГВ и формирования правильной доминанты лактации.

**Ключевые слова:** неонатология

ID: 2014-04-376-T-3567

Тезис

Стасова Ю.В., Терещенко В.А.

## Особенности здоровья детей, рожденных с помощью применения репродуктивных технологий по данным ПЦ СО

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Нечаев В.Н.*

Активное внедрение в клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) определяет актуальность изучения здоровья матерей и новорожденных.

**Цель исследования:** оценить репродуктивное здоровье матерей, изучить состояние детей, рожденных с помощью ЭКО по данным ПЦСО за 2012–2013 г при рождении и в динамике.

**Материал и методы.** В ходе работы были проанализированы диспансерные карты беременных, истории родов и развития новорожденных.

Под наблюдением находилось 70 беременных женщин с ЭКО, из них родоразрешались методом кесарева сечения – 81,4%. Основную группу женщин с ЭКО составили возрастные первородящие - 96,9% (32,9±2,2 г). Наиболее благоприятный репродуктивный возраст, дающий меньший риск патологии новорожденных и невынашиваемости, 25-35 лет.

**Результаты.** В группе анализируемых беременных, выявлены значимые факторы риска преждевременных родов (38,6%). Многоплодная беременность встречалась в 35,7% случаев, низкий гестационный возраст – 18,7% (34±2 недели). Недоношенные с ЭНМТ (7,3%) и ОНМТ (11,4%) обуславливают не только высокую неонатальную заболеваемость и инвалидизацию, но и являются главной составляющей репродуктивных потерь (10,0%)

Родилось 96 новорожденных (23 двойни и 2 - тройни), контрольная группа - 50 детей. Отмечены наиболее важные факторы, влияющие на адаптационные возможности новорожденного: инфекционный процесс у матери (55,7%), ХВГП (79,7%), малый гестационный возраст и масса тела, метод родоразрешения. У детей, рожденных от матерей с подсадкой замороженных эмбрионов (21,4%) реже встречались преждевременные роды, частота общей заболеваемости и неврологических нарушений. Подсаживание 2 и более эмбрионов, чаще становится причиной невынашивания беременности, повышенной заболеваемости и перинатальной смертности.

**Выводы.** Результаты состояния здоровья детей от матерей после применения методов ВРТ указывают на необходимость улучшения пренатальной диагностики, совершенствования мероприятий по ведению данных женщин и новорожденных.

**Ключевые слова:** репродуктивные технологии

ID: 2014-04-376-T-3607

Тезис

Павлова М.П.

**Индивидуальные особенности течения сахарного диабета 2 типа у детей***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии**Научный руководитель: д.м.н., доцент Аверьянов А.П.*

До недавнего времени СД у детей и подростков характеризовался как инсулинзависимый, обусловленный аутоиммунными процессами, приводящими к деструкции  $\beta$ -клеток. В настоящее время у 8-45% детей с СД имеют место неиммунные формы (СД2 и MODY-диабет). СД2 является генетически и клинико-метаболически гетерогенным заболеванием. В его основе - резистентность к биологическим эффектам инсулина на обмен глюкозы и липидов и неадекватная его секреция поджелудочной железой. У лиц с генетической предрасположенностью дебют СД2 обычно наступает при прогрессировании абдоминального ожирения, нередко в рамках метаболического синдрома. Толчком к развитию СД2 у детей является не только ожирение, но и пубертатный период, сопровождающийся относительной инсулинорезистентностью (потребность в инсулине повышается на 39%), врожденный поликистоз яичников (50% снижение чувствительности к инсулину), низкая масса тела при рождении, *Acanthosis nigricans*, этническая принадлежность и другие причины.

В лечении СД2 у детей остаются нерешенные вопросы, в частности возможность применения у детей пероральных сахароснижающих препаратов, разрешенных для применения у взрослых. В 2004г. в Европе таким препаратом признан метформин, который после проведенного исследования получил разрешение на применение у детей старше 10 лет. В настоящее время ведутся поиски альтернативных антидиабетических средств, применение которых возможно в детской практике. Потенциальные препараты - ингибиторы дипептидилпептидазы-4 и препараты группы инкретинов (аналоги глюкагоноподобного пептида - ГПП-1).

Под нашим наблюдением находилось 4 ребёнка (3 девочки, 1 мальчик) 14-17 лет с подтвержденным СД2. При установлении диагноза уровень гликированного гемоглобина не превышал 7,4%. Отмечено, что у всех детей заболевание манифестировало в пубертатном периоде, у девочек на фоне гипоталамического ожирения. У одной из девочек был диагностирован синдром поликистозных яичников. Изменения показателей липидного профиля коррелировали со степенью ожирения. Все пациенты начинали лечение с немедикаментозных методов (режим, диета, физические нагрузки), при отсутствии эффекта назначался таблетированный сахароснижающий препарат метформина. Один пациент получал лечение препаратом ингибитора ДПП-4 (Линаглиптин). Эффективность лечения оценивалась по показателям гликемии, HbA1c, в качестве «вторичных точек» учитывались динамика ИМТ, изменения липидограммы, показатели АД.

**Ключевые слова:** СД2

ID: 2014-04-376-T-3618

Тезис

Макунина Ю.Ю., Юрова Е.С., Мельниченко О.А.

## Структура ревматических заболеваний у детей по данным клиники госпитальной педиатрии за последние 30 лет

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии*

*Научные руководители: к.м.н. Скупова О.В., к.м.н. Шульгина Е.Н.*

Ревматические болезни (РБ) занимают одно из видных мест в структуре заболеваемости детского возраста. Распространенность болезней ревматического круга составляет 5,7 на 100 000 детского населения. Ревматологические заболевания у детей имеют свои специфические особенности возникновения, симптоматики и течения и нуждаются в особой схеме лечения.

**Цель:** изучить структуру ревматических заболеваний у детей за последние 30 лет.

**Материал и методы:** анализ историй болезни детей с ревматическими заболеваниями.

**Результаты.** В клинике госпитальной педиатрии с 1983 по 2013 годы находилось 384 ребенка с различными ревматическими заболеваниями. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) наблюдался у 147 детей (38,28%), геморрагический васкулит - у 130 (33,85%), ревматизм – у 75 (19,53%), системная красная волчанка - у 16 (4,17%), склеродермия - у 4 (1,04%), дерматомиозит – у 3 (0,78%), болезнь Такаясу – у 3 (0,78%), узелковый полиартериит – у 1 ребенка (0,26%). При анализе полученных данных выявлено, что в структуре ревматических заболеваний за последние 10 лет произошли изменения. Если до 2002 г. среди РБ преобладали геморрагический васкулит (40,5%) и ревматизм (27,3%), а ЮРА (25,5%) занимал третье место, то в последнее десятилетие доля больных с ЮРА составила 56,69% при значительном снижении заболеваемости геморрагическим васкулитом (24,2%) и ревматизмом (8,28%). В структуре ЮРА преобладала суставная форма: в 12,5% отмечался моноартрит, в 52% - олигоартрит. ЮРА с системным началом наблюдался у 7% больных.

**Заключение.** Проблема ревматических заболеваний в детском возрасте остается актуальной до настоящего времени в связи с их широким распространением. На данном этапе наблюдается изменение структуры ревматических болезней, характеризующееся возрастающим числом больных с ювенильным ревматоидным артритом на фоне резкого снижения больных ревматизмом.

**Ключевые слова:** ревматические болезни, структура

Иванов В.В., Бессонова О.С.

**Последствия поражения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта вследствие случайного употребления детьми агрессивных химических веществ***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии, кафедра хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова**Научные руководители: к.м.н. Воротникова Н.А., к.м.н. Городков С.Ю.***Резюме**

Рассматриваются вопросы состояния слизистой верхних отделов пищеварительного тракта вследствие случайного употребления детьми различных химических веществ по данным клинических случаев КБ СГМУ им. С.Р. Миротворцева за пятилетний период (2009-2013 гг.) – по обращаемости. Случайное употребление детьми агрессивных химических средств (кислоты, щелочи) может приводить к поражениям слизистой ротовой полости, ожогам слизистой пищевода I-III степени, формированию стеноза пищевода.

**Ключевые слова:** дети, отравление, ожоги пищевода, бужирование, гастростома**Актуальность**

По данным ВОЗ, количество острых и хронических отравлений у детей в экономически развитых странах увеличивается из года в год, причиной гибели 20% детей в возрасте до 15 лет являются экзогенные интоксикации. В нашей стране за последние 5 лет количество отравлений у детей удвоилось (ежегодный прирост 3–15 %). Среди нозологических форм более 80 % составляют отравления лекарственными веществами, препаратами пищевой и бытовой химии, при этом максимальное количество отравлений (от 77,2% до 85%) приходится на возраст от 1 года до 3 лет. Случайное употребление детьми различных химических веществ часто сопровождается развитием ожогов верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) различной степени тяжести. В последние годы отмечена тенденция роста числа химических ожогов пищевода у детей, что объясняется ростом количества и видов агрессивных веществ, а также их легкодоступностью для потребителя.

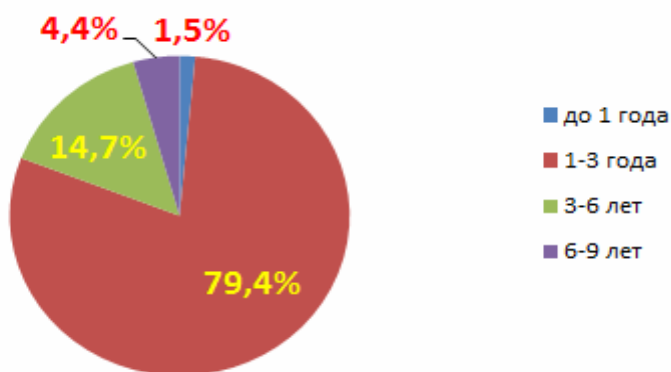
**Цель:** изучить исходы поражения верхних отделов ВОПТ вследствие случайного употребления детьми различных химических веществ.

**Материал и методы**

По данным архива КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ проведен ретроспективный анализ 612 историй болезни детей в возрасте от 9 месяцев до 15 лет, госпитализированных с подозрением на пероральное отравление различными химическими веществами и лекарственными препаратами (2009 – 2013 гг.). Признаки отравления диагностированы в приемном покое у 544 детей, направлены на лечение в детское отделение реанимации и интенсивной терапии (ДОРИТ). В связи с подозрением на химический ожог ВОПТ 68 детей экстренно госпитализированы в детскую хирургическую клинику (ДХК). В условиях ДХК всем детям (100%) выполнено общеклиническое лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, ЭКГ); инструментальное обследование проведено 43 (63,2%) пациентам: ФГДС – 38 (55,8 %) больным, рентгеноскопия верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) с Susp. BaSO<sub>4</sub> – 5 (7,3 %) пациентам. Дети консультированы ЛОР-врачом и педиатром. Глубина поражения тканей при ожоге пищевода (эндокопическая картина) оценивалась согласно классификации (С.Д. Терновский, Э.Н. Ванцян, 1971). Использовались как консервативные, так и оперативные методы лечения (бужирование пищевода бужами СООК, наложение гастростомы).

**Результаты**

Все пациенты, госпитализированные в ДХК, приняли химическое вещество случайно, из-за невнимательности взрослых. Распределение по полу: 45 мальчиков (66,2%), 23 девочки (33,8%); по возрасту: до 1 года – 1(1,5%) ребенок; от 1 года до 3 лет - 54 (79,4%) человека; от 3 до 6 лет – 10 (14,7%) человек; 6 до 9 лет – 3(4,4%) человека (диагр.1); средний возраст пациентов – 2,17±0,12 лет.

**Диаграмма 1. Распределение больных по возрасту (n=68, ДХК)**

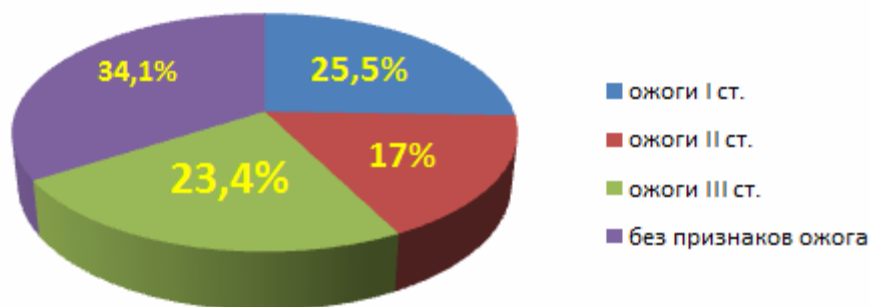


Диаграмма 2. Результаты ФГДС (n=47, ДХК)

Ожог слизистой пищевода констатирован при употреблении уксусной эссенции (уксусной кислоты) у 36 (52,9%) детей, щелочи – у 10 (14,7%) больных, кристаллов перманганата калия – у 17 (25%) пациентов, других химических вещества (клей, нашатырно-анисовые капли, нашатырный спирт, настойка йода и т.д.) – у 5 (7,4%) детей.

Химические ожоги слизистой ВОПТ кислотой и щелочью клинически проявлялись отечностью и гиперемией губ, гиперемией и кровоточивостью слизистой ротовой полости, гиперсаливацией; при употреблении кристаллов перманганата калия – окрашиванием слизистой полости рта и языка в черный цвет. В тяжелых случаях отмечалось наложение фибрина на слизистой ротовой полости, дисфагия, дисфония – у 8 (11,7%) человек. Осложнений в виде острой почечной и печеночной недостаточности у этих детей не зарегистрировано.

Первичная ФГДС выполнена 47 (69,1%) больным, 4 пациентам проведено рентгеноскопическое исследование ВОПТ с Susp. BaSO<sub>4</sub> в срок от 1 до 7 дней. Родители 12 детей отказались от эндоскопического обследования (ФГДС). Эндоскопическая картина ожога I степени диагностирована у 12 детей (25,5%), II степени – у 8 пациентов (17%), III степени – у 11 больных (23,4%), в 16 случаях (34,1%) ожог пищевода эндоскопически не подтвердился (диагр.2). В результате ФГДС верифицирована локализация ожоговой поверхности: ожог слизистой верхней трети пищевода диагностирован у 12 больных, ожог слизистой средней трети пищевода – у 4 детей, ожог на границе верхней и средней трети пищевода – у 3 больных, ожог на границе средней и нижней трети пищевода – у 1 ребенка, ожог слизистой нижней трети пищевода – у 2 пациентов.

Первичная ФГДС не проводилась 21 пациентом. У 5 детей отсутствовали клинические признаки химического ожога ВОПТ.

Стеноз пищевода как осложнение химического ожога вследствие случайного употребления химических веществ диагностирован у 14 (45,2%) больных. Всем пациентам со стенозом пищевода проводилось лечебное бужирование по струне-проводнику, бужами Cook, а в тяжелых случаях (III степень ожога) – в сочетании с наложением гастростомы.

Химические ожоги слизистой пищевода сопровождались воспалительными изменениями в гемограмме (ускорение СОЭ – 17,2±2,05 мм/ч, лейкоцитоз – 13,3±1,7\*10<sup>9</sup>/л). Все дети получили консервативное лечение: промывание желудка, ранняя антибактериальная терапия для профилактики вторичного инфицирования, с целью ускорения эпителизации слизистой перорально облепиховое масло, короткие курсы курс глюкокортикостероидов (5-7 дней), обволакивающие средства (альмагель), инфузионная терапия как компонент противошоковой терапии (по показаниям). Для удаления невсосавшихся кристаллов перманганата калия и уменьшения прижигающего действия вещества на ткани слизистую полости рта обрабатывали тампоном с 1% р-ром аскорбиновой кислоты.

#### Выводы

1. ФГДС является определяющим методом диагностики, верифицирующий диагноз «Химический ожог пищевода».
2. У каждого третьего ребенка, обследованного эндоскопически, – 22 человека (32,3%), диагностирован ожог слизистой оболочки пищевода вследствие случайного употребления различных химических веществ. 3. Симптомы поражения слизистой, выявленные при осмотре полости рта и глотки, не являются достоверными признаками степени тяжести повреждения слизистой пищевода и желудка.
3. Случайное употребление детьми агрессивных химических средств (кислоты, щелочи) может привести к формированию рубцового стеноза пищевода, что отрицательно влияет на качество жизни ребенка.

#### Литература

1. Лечение и профилактика рубцовых стриктур пищевода после химического ожога/Ю.А.Пархисенко, Д.П.Трофимов, В.В.Булынин, О.А.Тимошенко //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2007. - Т. 6. - № 3. - С. 556-561.
2. Задоя И.П.Комплексное лечение химического ожога и рубцового сужения пищевода/И.П.Задоя//Российская оториноларингология. - 2006. - № 1. - С. 89-92.
3. Неотложная помощь детям с химическими ожогами пищевода/С.И.Алексеевко, В.М.Шайтор, А.И.Сафронова, О.Л.Ежова//Скорая медицинская помощь. - 2009. - Т. 10. - № 4. - С. 26-29.
4. Лечение химических ожогов пищевода у детей/А.Ю.Разумовский, А.В.Гераскин, Р.В.Обыденнова, Н.В.Куликова //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2012. - № 1. - С. 43-48.
5. Диагностика химических ожогов пищевода у детей методом эндоскопической ультрасонографии/С.И. Алексеевко, Ю.К. Янов, В.Г. Баиров и др.//Российская оториноларингология - 2004- №5(12) – С. 3-8.

ID: 2014-04-376-T-3937

Тезис

Зверева Е.С.

**Узловые формы зоба у детей***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии**Научный руководитель: д.м.н., доцент Поляков В.К.*

Заболевания щитовидной железы – самая распространенная эндокринная патология детского возраста. Узловые формы распространены в меньшей степени, по сравнению с диффузными вариантами зоба. Однако тактика диагностических и терапевтических подходов у таких пациентов отличается сложностями, а возможный прогноз – более серьезный. Однозначного подхода к лечению различных форм узлового зоба у детей в настоящее время не существует. При некоторых вариантах узлового зоба требуется немедленное радикальное оперативное лечение, а при других операции не требуется вообще.

В клинику пропедевтики детских болезней КБ им. С.Р. Миротворцева обратились две пациентки с узловым зобом:

Валя Т. 14 лет, больна в течение 3х лет, диагноз поставлен с момента выявления узлового образования, наблюдалась клиника тиреотоксикоза, в связи с чем, получала терапию тиреостатиками. За период наблюдения узел в правой доле щитовидной железы увеличивался в размере и в настоящее время занимает всю правую долю щитовидной железы и перешеек. Поступила в состоянии медикаментозного эутиреоза. Ранее проводилась пункционная биопсия, при которой выявлены признаки токсической аденомы. В 2012 году выставлен диагноз Токсический узловой зоб. Токсическая аденома. После достижения эутиреоидного состояния девочке было показано оперативное лечение. На операцию направлена в 2014 году.

Диана П. 13 лет, поступила с жалобами на увеличение щитовидной железы. Диагноз узловой зоб установлен в декабре 2013 года при проведении профилактического осмотра в школе. По результатам обследования: на УЗИ щитовидная железа увеличена, определяются неоднородные образования, занимающие практически весь объем обеих долей, при цитологическом исследовании пунктата выявлены признаки коллоидного узлового зоба с сосочковой пролиферацией фолликулярного эпителия. Выставлен диагноз многоузловой коллоидный зоб. В связи с массивностью поражения щитовидной железы показана тотальная резекция.

Данные примеры могут свидетельствовать о неоправданно затянутой выжидательной тактике и отсроченном лечении и поздней диагностики узлового зоба, подтверждающей необходимость проведения профилактического осмотра.

**Ключевые слова:** щитовидная железа



## Скорая неотложная и анестезиолого-реанимационная помощь

ID: 2014-04-4-T-3538

Тезис

Лученков А.А.

### Применение велоэргометрического теста как методики ишемического прекондиционирования

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи

Научный руководитель: д.м.н., доцент Пригородов М.В.

**Актуальность.** Повышение кондиции основных систем жизнеобеспечения, с целью снижения частоты периоперационных осложнений, во время анестезиолого-операционного дистресса (АОД) у пациентов с высоким анестезиолого-операционным риском по ASA является актуальной проблемой.

**Цель работы:** создать модель ишемического физического прекондиционирования основных систем жизнеобеспечения для снижения риска возникновения периоперационных осложнений.

**Материал и методы.** Обследовано 95 хирургических пациентов, сформировали группы без периоперационных осложнений и с осложнениями, за сутки до операции провели велоэргометрический тест (ВЭМТ). До и после ВЭМТ исследовали показатели сердечно-сосудистой системы — СДД (мм. рт. ст.), ОПСС (дин\*сек-1/м<sup>2</sup>), СИ (л/мин/м<sup>2</sup>); респираторной системы - ЖЕЛ (мл) и ОФВ1 (мл); обмена кислорода — артерио-венозной разницы по кислороду (мл O<sub>2</sub>/1000 мл крови), доставку кислорода к тканям (мл/мин-1\*м<sup>2</sup>), потребление кислорода в тканях (мл/мин-1\*м<sup>2</sup>), коэффициент экстракции кислорода в тканях (%); энергетический обмен — энергопотребность (ккал/мин). Этапы исследования — до и после ВЭМТ. Приняли статистически значимым уровень достоверности  $p < 0,05$  (ДИ - 95%).

**Результаты.** В ответ на ВЭМТ у обследованных пациентов получили разнонаправленные сдвиги параметров кардио-респираторной системы, кислородно-энергетического обмена. У больных в А группе выявлена нормализация ОПСС, положительные сдвиги в респираторной системе, превалирование роста КЭК и энергетической потребности. У больных в группе Б оставался высоким уровень ОПСС, неизменным параметр ЖЕЛ, повышалась артерио-венозная разница по кислороду и активизировался энергетический обмен, что и демонстрировало высокий риск формирования перспективных кардио-респираторных осложнений во время АОД.

**Заключение.** Проведение ВЭМТ за сутки до операции повышает кондиции кислородно-энергетической системы и снижает риск возникновения периоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** анестезиология, ишемическое прекондиционирование, периоперационные осложнения

ID: 2014-04-4-T-3593

Тезис

Василянский В.В.

**Гемодинамика при ТЭЛА: доплеровский метод исследования- USCOM***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи**Научный руководитель: к.м.н. Богородский А.Ю.*

К проблеме легочной эмболии внимание исследователей приковано на протяжении многих десятилетий, в связи с высокой смертностью от ТЭЛА, которая достигает около 30%. Ситуация осложняется тем, что ТЭЛА далеко не всегда можно легко заподозрить и подтвердить, а информативные диагностические методы требуют много времени и финансовых затрат, в то время как ТЭЛА, во многих случаях, развивается стремительно и ведет к жизнеугрожающим состояниям. Таким образом высокая летальность диктует необходимость разработки новых методов диагностики фатального осложнения. Один из методов диагностики является изучение показателей кровообращения у больных с тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии.

**Цель:** изучить тип гемодинамики у больных с тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии.

**Материал и методы.** Исследование показателей кровообращения проводилось у 5-х человек: трех мужчин, у которых на основании клинических проявлений, инструментальных и лабораторных методов выявлена тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии- группа наблюдения и двух добровольцев (сотрудников ОРИТ)- группа сравнения. Для выполнения данного исследования был использован аппарат USCOM (Австралия), предназначенный для определения параметров кровообращения методом ультразвуковой доплерографии с непрерывным излучением. При исследовании, приоритетной была точка- проекция легочного клапана (слева по парастернальной линии между третьим и четвертым межреберьем).

**Результаты.** На основании проводимых исследований было выявлено, что в группе наблюдения системное сосудистое сопротивление и индекс системного сосудистого сопротивления были выше, чем в группе сравнения (на 168% и 195% соответственно). При этом, так же отмечено снижение доставки кислорода  $DO_2$  на 60,8 %, минутного расстояния на 61% и ударного объема на 60% у больных с тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии (группа наблюдения). Полученные данные свидетельствовали о субкомпенсации кровообращения по малому кругу кровообращения в бассейне приводящих сосудов микроциркуляторного русла.

**Вывод.** При тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии выявленный тип гемодинамики- гипертензивно-гиподинамическая диссоциация (согласно классификации типов гемодинамики Садчикова Д.В., Архангельского С.М., 2002).

**Ключевые слова:** реаниматология, диагностика ТЭЛА, USCOM.

ID: 2014-04-4-T-3928

Тезис

Алексеев И.О.

### Сочетанная гормональная терапия в критическом состоянии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи

Научный руководитель: д.м.н., профессор Садчиков Д.В.

**Актуальность.** Критическое состояние- это крайняя степень любой, в том числе ятрогенной, патологии, при которой требуется замещение или поддержка жизненно-важных функций организма, так как их ауторегуляция резко нарушена. В данном состоянии метаболизм протекает в различных стадиях. Однако, длительность их, зависимость от тяжести состояния больного и характера проводимой терапии не изучена. Назначение сочетанной гормональной терапии не всегда нормализует метаболические процессы в организме, что требует дальнейшего изучения.

**Цель исследования:** изучить тактику назначения сочетанной гормональной терапии в условиях критического состояния.

**Материал и методы:** обзор научной литературы и рассмотрение клинического случая.

Как известно, выделяют катаболические гормоны: кортизол, L-тироксин, адреналин, и анаболические – инсулин, тестостерон.

Основные эффекты кортизола: способствует образованию глюкозы; стимулирует распад белка; стимулирует деятельность ЦНС; стимулирует липолиз. Кроме того, кортикостероиды стимулируют в хромофинной ткани биосинтез фермента фенилэтаноламин-N-метилтрансферазы, способствующего превращению норадреналина в адреналин.

Основные эффекты адреналина: повышение содержания глюкозы в крови; усиливает глюконеогенез и гликогенолиз, тормозит синтез гликогена в печени и скелетных мышцах, усиливает захват и утилизацию глюкозы тканями; усиливает липолиз.

Основные эффекты L-тироксина: стимуляция углеводного обмена; усиливается всасывание глюкозы в кишечнике; активизирует жировой обмен; усиливает энергообмен; поддержка функционирования центральной нервной системы; стимулирует рост и дифференцировку клеток.

Основные эффекты инсулина: утилизации глюкозы клетками; стимуляцией синтеза гликогена; угнетение глюконеогенеза; активация процессов гликолиза; подавление распада жира; увеличивает поглощение аминокислот мышцей.

Дозировки гормонов при сочетанной терапии в критическом состоянии могут назначаться от поддерживающих доз до пульс-терапий.

*Клинический случай:* больной С., с жалобами на невозможность глотания твердой и жидкой пищи, общую слабость, осиплость голоса госпитализирован в ОРИТ № 2. С рабочим диагнозом: миастения, генерализованная форма, декомпенсация, была начата сочетанная гормональная терапия: инсулин 24 ЕД/сут, L-тироксин 100 мг/сут, метипред 250 мг/сут, дексаметазон 12 мг/сут, преднизолон 40 мг/сут, проводилась симптоматическая терапия. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика в виде нарастания мышечного тонуса, восстановления сознания, появления самостоятельного дыхания.

**Вывод.** Данная сочетанная гормональная терапия привела к нормализации процессов анаболизма и катаболизма, улучшила прогноз заболевания.

**Ключевые слова:** гормоны, сочетанная гормонотерапия

ID: 2014-04-4-T-3931

Тезис

Салманов А.Р.

**Дисфункция ЖКТ в критическом состоянии***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи**Научный руководитель: д.м.н., профессор Садчиков Д.В.*

Желудок выполняет ряд пищеварительных и непищеварительных функций, нарушение которых в условиях патологии может привести к множественным расстройствам. В настоящее время дисфункция желудка, и ЖКТ в целом, у больных в критическом состоянии, рассматривается только с позиции объемных характеристик, и взор наш направлен на моторно-эвакуаторную и резервуарную функции желудка. Однако мы упускаем из вида, другие очень важные функции, такие как: секреторная, экскреторная, инкреторная.

**Цель исследования:** оценить данные литературы по изменению функций ЖКТ в условиях критического состояния.

Секреторная функция представлена выделением желудочного сока, и как основного компонента его - HCl. Секреция соляной кислоты – это ярко выраженный цАМФ зависимый процесс, активация которого протекает на фоне усиления гликолитической активности и требует больших энергозатрат.

Экскреторная функция заключается в выведении ряда веществ, таких как креатинин, мочевая кислота, мочевины. Экскреция этих метаболитов в желудке усиливается, при снижении выделительной функции почками и легкими. В критическом состоянии и при недостаточной нутритивной поддержке желудок способен выделять белковые макромолекулы которые под воздействием пищеварительных соков распадаются до аминокислот, а последние в свою очередь, всасываясь, идут на пополнение запасов клеток и тканей.

Инкреторная функция желудка представлена APUD-системой. Характерными свойствами этой системы являются способность к поглощению и накоплению предшественников биогенных аминов, последующее ее декарбоксилирование, в результате чего образуются биологически активные вещества и полипептидные гормоны, такие как гастрин, секретин, вазоактивный интестинальный полипептид. Эти гормоны синтезируются в специализированных клетках пищеварительной системы.

**Выводы.** Анализ данных литературы свидетельствует о недостаточности и разрозненности информации о данной проблеме, что является шатким фундаментом для проведения эффективной терапии. Приведенная литература является основой для дальнейшего изучения.

**Ключевые слова:** дисфункция ЖКТ в критическом состоянии

ID: 2014-04-4-T-3934

Тезис

Рубан В.В., Зеулина Е.Е.

### Случай успешной интенсивной терапии раннего послеоперационного осложнения у больной после операции: тимэктомия, субтотальная резекция щитовидной железы

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи

Научный руководитель: д.м.н., профессор Садчиков Д.В.

**Актуальность.** Генерализованная миастения — органонеспецифическое аутоиммунное заболевание из группы антительных болезней рецепторов, клинически проявляющееся слабостью и патологической утомляемостью разных групп поперечно-полосатых мышц. Миастения — практически единственное заболевание данной группы, при котором показатель улучшения состояния после тимэктомии достигает 60–80%.

**Цель исследования:** изучить действие АХЭ препаратов в послеоперационном периоде у больных с миастенией.

**Материал и методы.** Проводилось клиническое наблюдение больной с диагнозом: Гиперплазия вилочковой железы. Миастения, генерализованная форма, тяжелое течение. ДТЗ IV ст. Состояние стойкого медикаментозного эутиреоза. 11.11.2013 операция: Верхняя продольная стернотомия, тимэктомия. Субтотальная резекция щитовидной железы.

**Результаты.** Больная поступила в ОРИТ №2 ГУЗ "ОКБ" 11.11.13 в раннем п/о периоде. Из анамнеза: находилась на лечении в отделении эндокринологии в 2013 г, по поводу ДТЗ IV ст. в ст. висцеропатии. Выявлена клиника миастении, диагностирована гиперплазия вилочковой железы, начата терапия метипредом 16 мг, калимином 240 мг, достигнут медикаментозный эутиреоз, субкомпенсация миастении. 11.11.13 - оперативное вмешательство. В виду нарастания клиники миастении, доза калимина увеличена до 360 мг. Не исключался аутоиммунный генез миастении. Проведен плазмоферез N3: без эффекта. Переведена на прозерин, увеличена доза ГКС. 23.11.13 прогрессирование миастении на фоне увеличения дозы АХЭ препаратов, вызвавшего повышение концентрации ацетилхолина в синапсе с развитием пролонгированного деполяризующего блока. Начата ИВЛ. 3.12.13 после прозериновой пробы отмечена положительная динамика, эффективное спонтанное дыхание, экстубация. Переведена на п/к введение прозерина, с 4.12.13 отмечается снижение эффекта от прозерина, вновь начата ИВЛ. С 26.12.13 состояние больной с положительной динамикой, переход на самостоятельное дыхание. 09.01.14 переведена в отделение неврологии. 16.01.14 выписана из ОКБ.

**Выводы.** Увеличение дозы АХЭ препаратов в раннем послеоперационном периоде вызвало повышение концентрации доступного ацетилхолина в нервно-мышечном синапсе и снижение активности псевдохолинэстеразы плазмы, что вызвало развитие продолжительного деполяризующего блока. Т.о. вопрос адекватного применения АХЭ средств в п/о периоде у больных с миастенией требует тщательного, индивидуального анализа конкретной клинической ситуации.

**Ключевые слова:** миастения, тимэктомия, нейро-мышечный блок, АХЭ средства

ID: 2014-04-4-T-3957

Тезис

Левина М.Е.

**Значение центральной гемодинамики в развитии вторичных коагулопатий***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи**Научный руководитель: д.м.н., профессор Садчиков Д.В.*

**Актуальность.** Оперативные вмешательства у онкологических больных часто сопровождаются массивными кровотечениями. Это связано с особенностями вида операций: объемом, травматичностью, необходимостью соблюдать асептику. Очень часто массивные кровотечения сопровождаются нарушениями в системе гемостаза. Самая распространенная картина коагулопатии — это диссеминированное внутрисосудистое свертывание, стаз, развитие микротромбозов, влекущих за собой потребление факторов коагуляции.

**Цель:** показать, что сохранение артериального давления, сердечного выброса позволяет снизить частоту развития вторичной распространенной коагулопатии.

В качестве иллюстрации проводим клинический пример, характеризующий значимость поддержания центральной гемодинамики (артериальное давление, сердечный выброс, ОПСС) у пациента с массивным кровотечением на фоне онкологического заболевания.

Больной Х., 68 лет, и.б. №20282, госпитализирован в ОКБ с жалобами на макрогематурию. История заболевания: в сентябре 2013 года после физической нагрузки отметил появление макрогематурии, по поводу чего в МСЧ г. Балаково проводилась консервативная гемостатическая терапия без эффекта.

В ОКБ больному выполнялось УЗИ органов брюшной полости и почек, МРТ забрюшинного пространства, ЭХО-КГ, консультирован терапевтом. Лабораторно 16.01.14: эр. –  $3.75 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 95г/л, Нт -26.5%. АЧТВ 18.5" ПТВ 16.3"

17.01.14 больному выполнена операция: нефрэктомия слева, резекция хвоста поджелудочной железы под в/в обезболиванием с ИВЛ. Во время операции возникло массивное кровотечение =2000 мл (30% ОЦК), что потребовало в/в инфузии коллоидов, кристаллоидов, плазмы, эр.взвеси в общем объеме 4600 мл. Во время операции АД поддерживалось на уровне 120-130 и 70-90 мм рт.ст. Лабораторно интраоперационно: эр. –  $3.2 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 76 г/л, Нт -22%. АЧТВ 30.5" ПТВ 19.8"

Послеоперационный период протекал без особенностей. Проводилась терапия по направлениям: обезбоживание, антибактериальная, антикоагулянтная, нейровегетостабилизирующая, мембраностабилизирующая. Лабораторно 27.01.14: эр. –  $3.7 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 92 г/л, Нт -26%. АЧТВ 28.5" ПТВ 18.4" Больной выписан под наблюдение участкового уролога в поликлинику по месту жительства.

**Вывод.** Данный пример показывает важность коррекции гемодинамических расстройств с целью предотвращения развития ДВС-синдрома у пациента с онкологической патологией во время выполнения оперативного этапа лечения.

**Ключевые слова:** ДВС, кровопотеря, гемодинамика, коагулопатия, АД

## Стоматология

ID: 2014-04-5-T-3237

Тезис

Батусов Н.А., Коробкин А.И.

### Особенности получения оттисков методикой открытой ложки с дентальных имплантатов

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Перунов А.Ю.*

**Актуальность.** Успех ортопедической конструкции зависит от максимально точной передачи ситуации в полости рта, а именно рельефа мягких тканей окружающих имплантат, для этого известно множество методик получения оттисков и ни одна из них не может отобразить точного индивидуализированного трансгингивального контура.

**Проблемы:** отображение мягких тканей иной формы контура стандартных формирователей десны приобретает сложность в связи с податливостью во время получения оттиски при помощи А-силиконов связана с повышенной компрессии на трансгингивальный контур и отсутствием формирования десны для будущей ортопедической конструкции.

**Цель:** устранить проблемы передачи состояния мягких тканей окружающих имплантат на гипсовую модель с десневой маской

**Задачи исследования:** создать максимальную точность передачи мягких тканей вокруг имплантатов и формирование мягких тканей вокруг имплантата

**Материал и методы:** две группы исследуемых по 5 человек. В первой группе использовалась стандартная методика получения оттисков с дентальных имплантатов открытой ложкой, А- силиконовой массой , во второй группе была применена техника формирования мягких тканей при помощи индивидуализации формирователя десны с применением композиционного материала «Structur 2», оттискового материала относящегося к А- силиконовой группе, и индивидуализация слепочного трансфера с применением композиционного материала «Structur 2».

**Результаты.** В ходе проведенного исследования было установлено, что у пациентов во второй группе за счет индивидуализации трансферов и формирователей мы достигли правильного контура прорезывания зуба и максимально точной передачи трансгингивального контура на модель

**Выводы.** Таким образом, по предложенной методике мы достигли максимальной точности передачи мягких тканей вокруг имплантатов и индивидуального формирования трансгингивального контура будущей конструкции.

**Ключевые слова:** оттиск, имплантация, индивидуализация, формирователи десны

ID: 2014-04-5-T-3239

Тезис

Ларькина Е.А.

**Эффективность сотрудничества ортодонта и ортопеда-стоматолога в процессе лечения комплексной патологии***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии**Научный руководитель: к.м.н., асс. Егорова А.В.*

За последние годы на ортодонтическом приеме увеличилось количество пациентов с аномалиями количества зубов, в частности адентией. Протезирование в области отсутствующих зубов становится затруднительным. Для решения этих проблем есть несколько методов: ортодонтический, аппаратурно-хирургический и хирургический.

**Цель исследования:** рассмотреть на конкретном клиническом примере эффективность сотрудничества ортодонта и ортопеда-стоматолога в процессе лечения комплексной патологии, устранение зубочелюстной аномалии, достижение максимального эстетического эффекта.

В клинику стоматологии обратился пациент К. 25 лет, с жалобами на отсутствие зубов. При внешнем осмотре было выявлено уменьшение высоты нижней трети лица. Конфигурация лица не изменена, Губы смыкаются без напряжения, выраженная супраментальная складка, обнажение десневого края во время улыбки. ВНЧС без патологических изменений. В полости рта первые постоянные моляры смыкаются по I классу Энгля, адентия 12,22 зубов, скученность нижних фронтальных зубов мезиальное смещение 13 и 23 зубов на место отсутствующих боковых резцов, глубокий прикус. После проведения основных и дополнительных методов исследования был поставлен диагноз K00.0 адентия 12 и 22 зубов, K07.3 Аномалия положения отдельных зубов.

Для устранения патологии прикуса и создания необходимого места для протезирования в области отсутствующих 12 и 22 зубов пациенту было предложено лечение несъемными механическими аппаратами с последующим протезированием с опорой на дентальные имплантаты. С помощью ортодонтических аппаратов создали промежуток по 5,5 мм с каждой стороны для будущих боковых резцов. Затем в этих участках была проведена установка имплантатов с узкой ортопедической платформой и постановлены металлокерамические коронки. Общий срок лечения занял 2 года 6 месяцев.

Данный клинический пример показывает, что невозможно достичь оптимального восстановления эстетики и функции у пациентов без слаженного взаимодействия различных специалистов.

**Ключевые слова:** адентия, протезирование, коррекция, эстетика



ID: 2014-04-5-T-3241

Тезис

Шлыкова А.В.

### Применение материала «Ribbond» при генерализованной повышенной стираемости зубов

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Сальникова С.Н.*

**Актуальность.** При генерализованной повышенной стираемости зубов 1 и 2 степени декомпенсированной формы для восстановления высоты нижней трети лица в большинстве случаев используются съемные и несъемные лечебно-диагностические аппараты. Их применение имеет ряд существенных недостатков: изготовление требует нескольких клинических посещений, длительный период адаптации, пациенту они доставляют дискомфорт, нарушают эстетику, могут травмировать слизистую оболочку полости рта, нуждаются в коррекции и отдельной гигиенической обработке.

**Цель исследования:** повысить качество периода восстановления высоты нижней трети лица при генерализованной повышенной стираемости зубов 1 и 2 степени декомпенсированной формы с помощью материала «Ribbond».

**Задача исследования** – использование материала «Ribbond» на первом этапе лечения генерализованной повышенной стираемости зубов 1 и 2 степени декомпенсированной формы вместо применяемых ранее съемных кап.

**Материал и методы.** Нами проводилось обследование и ортопедическое лечение 2 групп пациентов в возрасте от 45 до 60 лет с генерализованной повышенной стираемостью зубов 1 и 2 степени декомпенсированной формы. В процессе первого этапа ортопедического лечения пациентам первой группы проводилось восстановление высоты нижней трети лица с помощью обычных съемных кап с накусочными площадками. Второй группе высоту нижней трети лица восстанавливали с помощью шинирующей ленты «Ribbond».

**Результаты.** В результате проведенного первого этапа лечения первая группа пациентов, несмотря на достигнутый результат, в виде восстановления высоты нижней трети лица, испытывала дискомфорт в связи с нарушением эстетики, речеобразования, болевыми ощущениями в период адаптации к капам с накусочными площадками, многочисленными посещениями и коррекциями. Во второй группе пациентов результат так же был достигнут, но при этом, эстетика и функция зубных рядов были не нарушены, на изготовление каппы «Ribbond» потребовалось одно посещение, адаптация к полученной высоте прошла быстро, отсутствовала травматичность при использовании.

**Выводы.** Таким образом, несмотря на то, что при декомпенсированной форме повышенной стираемости зубов 1 и 2 степени, на первом этапе лечения требуется длительное восстановление высоты нижней трети лица, этот период можно сделать более комфортным и незаметным для пациентов, используя при этом не обычные съемные каппы с накусочными площадками, а материалы адгезивной фиксации «Ribbond».

**Ключевые слова:** повышенная стираемость, «Ribbond»

ID: 2014-04-5-T-3274

Тезис

Дудкина О.А.

**Использование различных методов анализа ортопантомограмм для планирования лечения пациента с аномалией положения третьих постоянных моляров нижней челюсти***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии**Научный руководитель: к.м.н., асс. Егорова А.В.*

Ортопантомография (ОПТГ), или панорамная зонография является единственным методом визуализации, позволяющим получить полное плоскостное изображение челюстей, зубов, ВНЧС, альвеол и придаточных пазух на одном снимке. В большинстве случаев для оценки положения третьих постоянных моляров нижней челюсти используют именно ОПТГ. Их прорезывание сложно спрогнозировать, поэтому предложено множество схем графического анализа ОПТГ, с помощью которых можно предварительно оценить возможность прорезывания зуба в зубной дуге [Ganss С. 1993; Hattab F. N. 1999; Слабковская А. Б. и Гришина Е. Б. 2001]. Но не все методы универсальны, поэтому целью работы стал выбор наиболее оптимальных и удобных методик анализа ОПТГ.

Одним из наиболее распространенных и доступных анализов является метод Дмитриенко Д.С. (2010), который заключается в определении «стресс-оси», в пределах которой нижний зуб мудрости может нормально прорезаться. «Стресс-ось» является биссектрисой угла, образованного касательными к углу и телу нижней челюсти. Данный метод позволяет оценить особенности расположения зубов мудрости и при необходимости разработать показания к их удалению. Однако этот метод не учитывает наклон зубов в мезиодистальном, щечном и язычном направлениях. Существует метод, предложенный R. Evans (1988), который позволяет более подробно изучить наклон прорезывающихся зубов мудрости. Им было предложено строить продольные оси постоянных моляров по принципу как перпендикуляр к касательной, проходящей через одноименные (щечные или язычные) бугры моляра. Мезиальный наклон выявляется за счет углов наклонов продольных осей моляров по отношению друг к другу, к срединной и мандибулярной плоскостям. Щечный или язычный наклон нижних постоянных моляров можно определить по методу M. Richardson (1992), для этого следует найти расстояние между касательными к одноименным буграм моляра. При размере, равном 1 мм, наклон зуба в щечную или язычную сторону составляет 10°.

Таким образом, каждый отдельный метод графического анализа ОПТГ позволяет определить какой-то узкий параметр. Поэтому можно дать рекомендации сочетать различные методики на этапе диагностики и планирования лечения пациента с аномалией положения третьих постоянных моляров нижней челюсти.

**Ключевые слова:** третьи моляры, анализ ОПТГ

ID: 2014-04-5-A-3278

Краткое сообщение

Шевцова Ю.В.

## Роль оценки факторов риска развития раннего детского кариеса в планирование лечебно-профилактических мероприятий

*ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Минздрава России, кафедра детской стоматологии и ортодонтии**Научный руководитель: д.м.н., профессор Данилова М.А.***Ключевые слова:** факторы риска, ранний детский кариес

### Введение

Многими авторами отмечено, что не смотря на меры, направленные на снижение уровня кариеса, заключающиеся в его ранней профилактике и лечении, распространенность и тяжесть кариозного процесса у детей в различных регионах страны до сих пор остается на высоком уровне [1-4]. При этом практически в 2,5-3 раза увеличилась поражаемость кариесом именно молочных зубов среди детей раннего и дошкольного возраста [5,6]. Наибольший рост распространенности и интенсивности кариеса наблюдается в возрастной категории от 2 до 5 лет [8-10].

В связи с высокой распространенностью данной патологии в зарубежной литературе даже предложен специальный термин - ранний детский кариес (Early Childhood Caries), характеризующий наличие одной или более кариозной (с дефектом и без дефекта), удаленной (по поводу осложненного кариеса) или запломбированной поверхности в любом временном зубе у детей в возрасте 71 месяца и ранее [7].

Анализируя вышесказанное, актуален вопрос диагностики риска развития раннего детского кариеса (РДК) в процессе комплексного анализа наиболее значимых клинических и субклинических параметров и разработка индивидуальных подходов к лечебно- профилактическим методам коррекции.

**Цель исследования:** оценка степени риска развития раннего детского кариеса и определение объема лечебно-профилактических мероприятий.

### Материал и методы

В исследование участвовало 46 детей в возрасте от 3 до 6 лет. Первую группу составили 26 кариесвосприимчивых детей (кп больше 0). 2 группу - 20 кариесрезистентных ребенка (кп=0). У каждого пациента определялось: уровень общесоматического здоровья (группы здоровья по ВОЗ), степень активности кариозного процесса (Т.Ф. Виноградовой, 1987), тип РДК (Wуne А. Н.,1999), количество налета при помощи комплексного индекса гигиены (Удостоверение на рац. предложение "Комплексный индекс для оценки гигиенического состояния полости рта у детей в периоде молочного прикуса" № 2620 от 26.09.2013/ Соавторы: Данилова М. А., Мачулина Н. А.), оценка микробиологического пейзажа проводилась с использованием готовых сред для посева "Dentocult LB" и "Dentocult SM Strip mutans ", фирмы Orion Diagnostica (Финляндия), забор смешанной слюны для исследования осуществлялся по авторской методике (Удостоверение на рац. предложение "Модификация методики забора ротовой жидкости для микробиологического исследования у детей" №2635 от 24.12.2013/ Соавторы: Данилова М.А., Мачулина Н. А.), микрокристаллизация ротовой жидкости выполнялась по методике выветренных солей ( оценка проводилась бально и с определением типа кристаллизации (О.Ю. Пузиковой, 1999). В результате интервьюирования и анкетирования родителей определен режим употребления углеводов (сахаросодержащих напитков и продуктов).

Каждому исследуемому фактору присвоено бальное значение от 1 до 6. Суммация полученных данных позволило судить о потенциале риска развития раннего детского кариеса в каждой из исследуемых групп (табл. 1.).

После определения риска назначен общий комплекс лечебно-профилактических мероприятий:

- Дети и их родители обучены методу чистки зубов в зависимости от возраста;
- Для всех исследуемых рекомендовано 2-х разовое ежедневное использование после еды пасты с содержанием фтора 500 ppm для детей до 3 лет, старше-1000 ppm (согласно IAPD, 2009);
- Назначена белково- растительная диета;
- Рекомендованы кальцийсодержащие препараты ("Кальцинова", "Киндер Биовиталь гель") в возрастной дозировке, кратность курсов определено в зависимости от степени компенсации кариеса.
- Всем детям, нуждающимся в санации, проведено лечение с использованием стеклоиономерных пломбировочных материалов.

В зависимости от степени риска развития раннего детского кариеса назначены индивидуальные мероприятия ( таб.2).

После повторно оценены факторы и определена степень риска развития раннего детского кариеса.

Статистическая обработка материала осуществлена с использованием программного пакета StatPlus Professional 2009 (Analyst Soft Inc.). Описательная статистика представлена абсолютными и относительными величинами. При описании количественных признаков использовали среднюю величину (M), и стандартную ошибку средней (m). Сравнение зависимых признаков проводилось с помощью таблиц сопряженности 2x2 с вычислением распределения  $\chi^2$ . Нами так же был проведен корреляционный анализ по Спирмену (r). Нулевая гипотеза отклонялась, и различия между выборками считались статистически достоверными при значении альфа- ошибки менее 0,05.

### Результаты

При анализе данных получены следующие результаты: большинство детей из первой группы имеют среднюю степень риска развития кариеса, в то время как пациенты 2 группы - низкую и совсем отсутствуют дети с высоким уровнем риска развития раннего детского кариеса (рис.1).

Таблица 1. Оценка риска развития раннего детского кариеса в соответствии с бальной системой

Риск	Низкий	Средний	Высокий
Группа здоровья	I	II А, IIБ	III, IV, V
Активность кариеса	Компенсир.	Субкомпенсир.	Декомпенсир.
Тип РДК	Отсутствует	1 или 2	3
Гигиена полости рта	хорошая	удовлетворительная	плохая
St. Mutans	0 класс	1 и 2 класс	3 класс
Lactobacilli	1 класс	2,3 класс	4 класс
Тип МКС	5 баллов	4,3 балла	2,1,0 баллов
Употребление сахаросод. напитков	Редко ( 1 раз в неделю)	Часто ( 2 и более раз в неделю)	ежедневно
Употребление сладостей	Редко ( 1 раз в неделю)	Часто ( 2 и более раз в неделю)	ежедневно
Сумма баллов	До 13	От 14 до 27	От 28 и выше

Таблица 2. Режим назначений в зависимости от степени риска

Риск	Низкий	Средний	Высокий
Гель «R.O.C.S. Medical Minerals»	2 раза в день, курс 2 раза в год по 1 месяцу	3 раза в день, курс 3 раза в год по 1 месяцу	4 раза в день, курс 4 раза в год по 1 месяцу
Полоскание озонированной водой	3 раза в день, курс по 1 неделе 2 раза в год	3 раза в день, курс 4 раза в год по 1 месяцу	3 раза в день, курс 6 раз в год по 1 месяцу

Таблица 3. Результаты оценки риска после проведенного комплекса лечебно- профилактических мероприятий

Степень риска	До		После		$\chi^2$
	абс.	%	абс.	%	
Низкий	14	30,0	24	52,0	4,48*
Средний	28	61,0	20	43,0	2,79
Высокий	4	9,0	2	4,0	0,39

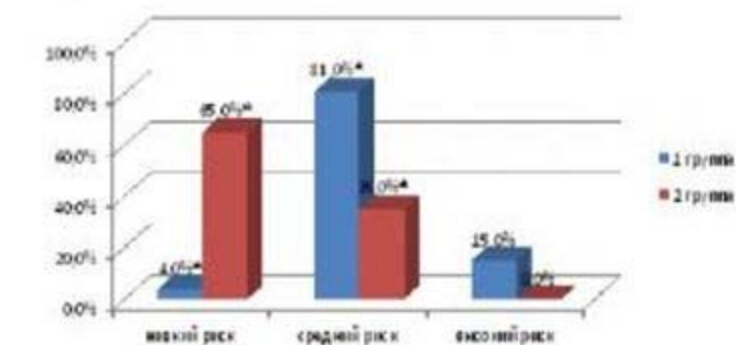
Примечание: \* -  $p < 0,05$ Примечание: \* -  $p < 0,05$ 

Рисунок 1. Распределение степени риска РДК в исследуемых группах

В оценке взаимосвязи факториальных показателей обнаружена сильная прямая корреляционная связь между низким уровнем риска, компенсированной формой кариеса, 1 типом РДК и низкой концентрацией лактобактерий ( $p < 0,05$ ). Также достоверно сильное взаимоотношения отмечалось между I типом кристаллизации и 1 типом РДК ( $p < 0,05$ ).

После проведенного лечения и комплекса профилактических мероприятий достоверно отмечено снижение уровня риска развития раннего детского кариеса от среднего уровня до низкого (таб.3).

На момент повторного клинического исследования не произошло изменений в типах раннего детского кариеса в группах относительно исходных показателей. Однако лишь у одного пациента (2,2%) из кариесвосприимчивой группы наблюдалось увеличение степени компенсации кариеса, в результате которого компенсированная форма сменилась на субкомпенсированную.

### Обсуждение

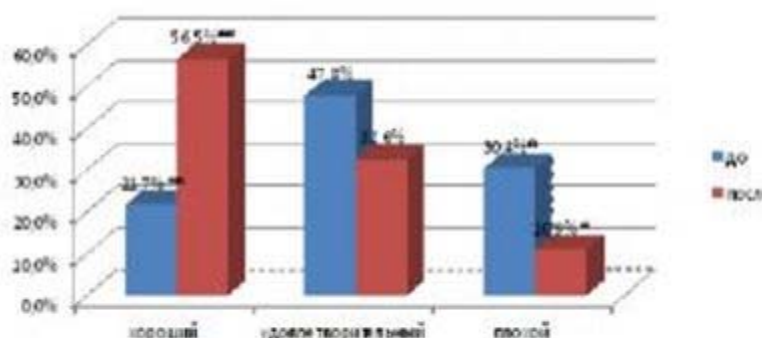
Снижение риска в исследуемых группах происходило в основном за счет улучшения:

1. уровня гигиены полости рта (рис.2) ( практически в двое увеличилось число пациентов с хорошим уровнем гигиены и в 3 раза сократилось количество детей с низким показателем),
2. снижения кратности приема углеводов ( $p < 0,05$ ),
3. усиление кристаллообразующей функции слюны ( $p < 0,01$ ).

Следует отметить, что помимо повышения уровня структурирования ротовой жидкости отмечалось также ремоделирование кристаллов слюны. Контуры стали менее четкими, сами кристаллы более светлыми, широкими. Окончания отводков разветвились, приняв заостренные формы (рис. 3 и 4).

### Заключение

Проведенное нами исследование показало, что за счет элиминации, в частности управляемых ( уровень гигиены полости, режим приема углеводов) и неуправляемых, но корректируемых ( кристаллизующая функция слюны) факторов возможно снижение уровня риска развития раннего детского кариеса. При этом, чем меньше первоначальный факториальный потенциал предрасположенности к кариесу, тем более лабильно снижение риска за счет индивидуализации лечебно-профилактических мероприятий.



Примечание: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$

Рисунок 2. Изменение уровня гигиены полости рта в исследуемых группах



Рисунок 3. Пациент О., 4 года



Рисунок 4. Пациентка В., 5 лет

**Литература**

1. Кисельникова Л. П., Токарева А.В. Кариес раннего детского возраста и его осложнения. 9- th Congress of the European Academy of Pediatric Dentistry, Croatia, Dubrovnik, may 29 - june 1, 2008, p.-107.
2. Кнайст С., Маслак Е., Царе Р., Берзина С., Скривеле С., Терехова Т., Шаковец Н., Вагнер М., де Мура-Зиббер В., де Мура Р., Берутта А. Биологические и социальные факторы риска возникновения раннего детского кариеса // Современная стоматология. –2011. –№1.–С. 62–65.
3. Родионова А.С. Сравнительная эффективность различных средств гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов у детей раннего возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2013-С. 3.
4. Скрипкина Г. И., Смирнов С. И. Модель развития кариозного процесса у детей // Стоматология детского возраста и профилактика.-2012.- № 3.- С. 3-7.
5. Харитоновна Т. Л., Лебедева С.Н., Казакова Л.Н. Ранняя профилактика кариеса зубов у детей // Саратовский научно-медицинский журнал.-2011. Том 7 -№1 ( Приложение). С. 260.
6. Шаковец Н.В. и др. Факторы риска возникновения раннего детского кариеса по результатам трех стран // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: Сб.трудов VII научно-практической конференции с международным участием /Москва, Санкт-Петербург, 16 мая 2011 года под редакцией проф. Кисельниковой Л.П., Дроботко Л.Н. // Москва-Санкт-Петербург, 16 мая 2011 года. – С.213-215.
7. American Academy of Pediatric Dentistry, Originating Council: Definition of Early Childhood Caries (ECC)/ Pediatric Dentistry.- 2003. V.25.- P. 9.
8. Borutta A., Wagner M., Kneist S. Early Childhood Caries: A Multi-Factorial Disease// OHDMBSC - Vol. IX - No. 1 - March, 2010. P.32-38.
9. Early Childhood Caries Planning. Submitted by Dr. Susan B. Bishop, DMD. Dental Director. Peoria City/ County Health Department August.- 2010. -P. 26.
10. Splieth C.H., Treuner A., Berndt C. Oral health in toddlers. Prävention und Gesundheitsförderung.- 2009; 4.- P.119-123.

ID: 2014-04-5-T-3304

Тезис

Муфазалов Э.Р.

### Применение Sofreliner Tough M при челюстно-лицевом протезировании

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: асс. Воробьева М.В.

Выбор конструкции протезов при приобретенных дефектах верхней челюсти зависит от многих факторов, в том числе от локализации дефекта и причины его образования.

Пациентка Ю. в возрасте 23 лет обратилась с жалобами на наличие дефекта верхней челюсти и частичное отсутствие зубов, затруднённый прием пищи, дефект речи, невозможность использования ранее изготовленного протеза.

Из анамнеза: полгода назад проведена резекция левой верхней челюсти по поводу новообразования. Месяц назад изготовлен съёмный пластиночный протез верхней челюсти с obtурирующей частью и кламмерной фиксацией. Пациентка отмечает болезненность при наложении протеза, его неудовлетворительную фиксацию, попадание жидкой пищи из полости рта в полость носа.

План лечения: для замещения дефекта верхней челюсти нами был изготовлен съёмный челюстно-лицевой зубной протез с obtурирующей частью, искусственными зубами и удерживающими кламмерами на 1.5, 1.7, 2.1 зубах.

Протез изготавливается пустотелым, что значительно облегчает вес конструкции. После припасовки в полости рта и уточнения границ протеза на всю obtурирующую часть был нанесен мягкий коррегирующий материал на основе А-силикона Sofreliner Tough M (Tokuyama Dental, Japan). Применение мягких материалов на основе А-силикона позволяет минимизировать травму мягких тканей, ограничивающих послеоперационный дефект, достигнуть создания замыкающего клапана в области носо-орального соустья, а также способствует улучшению фиксации протеза.

Пациентка отметила значительное улучшение фиксации протеза, плотное прилегание к небу, отсутствие болезненности, что способствовало восстановлению функций жевания и речи.

Таким образом, применение мягких силиконовых материалов при изготовлении частичных съёмных челюстно-лицевых протезов позволяет предупредить травму мягких тканей в области послеоперационного дефекта и способствует восстановлению основных функций зубочелюстной системы.

**Ключевые слова:** применение Sofreliner Tough M

ID: 2014-04-5-A-3328

Краткое сообщение

Пичугина Е.Н., Арушанян А.Р.

**Индивидуальный подход к лечению пациентов стоматологического профиля в зависимости от их психологического статуса***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Поспелов А.Н.***Резюме**

Отображено наличие психологических типов личностей пациентов и краткие рекомендации для врачей по работе с ними. Предоставлены результаты исследования среди врачей-стоматологов и будущих специалистов данной профессии.

**Ключевые слова:** психологические типы личности**Актуальность**

При стоматологических вмешательствах врачи, зачастую ограничиваются клиническим обследованием пациентов, не уделяя должного внимания психологическим особенностям больных. Это происходит чаще всего из-за отсутствия достаточного количества времени на прием одного больного, особенно в государственных поликлиниках, а также, из-за неосведомленности докторов. В следствии этого не используются возможности эмоциональной регуляции больных с учетом человеческой индивидуальности в целом, а от этого во многом зависит успех стоматологического лечения, так как многим пациентам важно наличие заинтересованности доктора в его проблеме. К тому же, сейчас неизбежно растет количество частных стоматологических клиник, в которых, как правило, используются новейшие технологии в области медицины, поэтому привлечение большего количества пациентов во многом зависит от наличия специалиста со знанием психологии, умеющего наладить доверительный контакт с любым пациентом независимо от его психологического статуса.

К сожалению, при нынешней системе образования в ВУЗе молодой специалист, окончивший обучение владеет лишь мануальными навыками и не всегда в полной мере имеет представление о правильном построении беседы с пациентами во время приема, и тем более при проведении консультации. Это связано с отсутствием достаточного количества часов, выделенных в процессе обучения этой проблеме, наличием большой загруженности студентов, что приводит к отсутствию у них интереса к данному вопросу.

**Цель исследования:** повышение информированности врачей-стоматологов и будущих специалистов данной профессии о наличии психологических типов и предоставить рекомендации по работе с ними.

**Задачи исследования:** Предоставить врачам-стоматологам, клиническим интернам и ординаторам, а также студентам 5 курса брошюры, содержащие описание психологических типов пациентов и краткие рекомендации по поведению с ними.

**Материал и методы**

Существуют 4 основных психологических типа личности: аналитик (не стремится влиять, сдержанно реагирует); дружелюбный (не стремится влиять, эмоционально реагирует); директивный (стремится влиять, сдержанно реагирует); экспрессивный (стремится влиять, эмоционально реагирует). Каждый из них требует индивидуальный подход в общении.

Нами были созданы брошюры с наличием психологических типов пациентов и краткие рекомендации по поведению с ними (Рисунок 1). Данные брошюры раздали 105 врачам стоматологических клиник города Саратова, 20 клиническим ординаторам, 52 клиническим интернам и 113 студентам 5 курса. Результаты подсчитывались с использованием статистических методов (сбор статистического материала; обработка собранного материала; анализ полученных данных)

**Результаты**

По опроснику (Рисунок 2), который заполнил каждый получивший брошюру, было установлено, что 69 % опрошенных ранее не знали о наличии этих психологических типов, 46,5 % - ранее сталкивались с пациентами, схожими с описанными психологическими типами, 27,5 % - не видят необходимости учитывать данный критерий при лечении пациентов, 51 % - ранее сталкивались с проблемами в общении с пациентами. 80 % - имеют желание воспользоваться данными рекомендациями в своей клинической практике.

**Выводы**

Таким образом, после анализа собранного материала было установлено, что данная проблема является актуальной и имеет место в клинической практике врача-стоматолога, большинство респондентов признали свою неосведомленность в данном вопросе и выразили благодарность за полученную информацию, сообщив, что применяют ее в своей практике.





Рисунок 1. Брошюра

Опросник.

1. Знали ли вы ранее о наличии психологических типов личностей пациентов?
  - а) да;
  - б) нет.
2. Ранее Вы сталкивались с пациентами, схожими с описанными психологическими типами?
  - а) да;
  - б) нет.
3. Сталкивались ли Вы ранее с проблемами в общении с пациентами?
  - а) да;
  - б) нет.
4. Есть ли практический смысл учитывать данный критерий во время стоматологического приема?
  - а) да;
  - б) нет.
5. Будете ли Вы использовать предоставленную информацию в своей клинической практике?
  - а) да;
  - б) нет.

Рисунок 2. Опросник

Литература

1. Агафонов Ю.А. Психолого-педагогические основы культуры в работе врача-стоматолога/ Ю.А. Агафонов // Материалы итоговой научно-практической конференции, Екатеринбург, 1999. с.128.
2. Бойко В.В. Менталитет врача-пациента: аспекты психологии и этики / В.В. Бойко // Институт стоматологии. СПб, 2001. - №2. - С. 46-53.
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно// М.: Академический проект, ОПП, 2000. -719 с.
4. Гатамов М.Г. Клинические особенности врачебной тактики, планирования и проведения ортопедического лечения пациентов с учетом их психических характеристик / М.Г. Гатамов // Дис.... канд. мед. наук. М., 1993. — 113 с.
5. Гольдштейн Р. Эстетическая стоматология. Том 2 / Р. Гольдштейн // Русское издание под редакцией А.М. Соловьевой. - Канада, 2003.- 493 с.
6. Леонтьев В.К. Этические принципы и кодекс профессионального поведения стоматолога / В.К. Леонтьев // Стоматология для всех. 1998. - № 1. - С.52-54.
7. Мясищев В.Н. Проблемы личности в психологии и медицине / В.Н. Мясищев // Актуальные вопросы медицинской психологии.- 1974. - с.5-26.

ID: 2014-04-5-T-3353

Тезис

Жибылев Е.А.

## Целесообразность восстановления дефектов зубных рядов и их осложнений бюгельными протезами из термопластического материала

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Сальников В.Н.*

**Актуальность.** Реабилитация пациентов с осложненными формами частичного отсутствия зубов по сей день остается важным разделом ортопедической стоматологии, а повышение эстетических требований заставляет искать новые решения данной задачи. Материалы на основе полиоксиметилена – это одна из групп термопластов, физико-химические свойства которой позволяют изготавливать каркасы бюгельных протезов, являющихся альтернативой металлическим.

**Цель:** оценить эффективность и целесообразность лечения пациентов с осложненными формами дефектов зубных рядов протетическими конструкциями, изготовленными из материала на основе полиоксиметилена «T.S.M. ACETAL DENTAL».

**Материал и методы.** Нами проведено лечение 5 пациентов с дефектами зубных рядов I и II классов по Кеннеди, 2 из них ранее пользовались металлическими бюгельными протезами. У одного пациента дефект зубного ряда нижней челюсти II класса 1 подкласса по Кеннеди был осложнен локализованной декомпенсированной повышенной стираемостью 3 степени. После восстановления окклюзионной высоты и перестройки миотатического рефлекса, проведено встречное протезирование металлокерамическими коронками, с предварительным изготовлением культевых штифтовых вкладок. У всех пациентов дефекты зубных рядов восстановлены бюгельными протезами из термопластического материала «T.S.M. ACETAL DENTAL».

**Результаты.** Пациентами отмечалась эстетическая удовлетворенность конструктивными элементами термопластических бюгельных протезов. В результате проведенного лечения было достигнуто восстановление межальвеолярной высоты и высоты нижней трети лица, анатомической формы зубов, нормализация положения нижней челюсти, окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.

**Вывод.** Преимущества бюгельных каркасов из термопластов в том, что они значительно легче металлических, не уступая при этом в прочности, превосходят их по эстетике, не повреждают эмаль опорных зубов, следовательно, не требуется покрывать их коронками. К тому же они проще в обработке, не вызывают гальванических токов, пациенты к ним быстрее привыкают, что объясняет целесообразность их применения при осложнениях дефектов зубных рядов.

**Ключевые слова:** стираемость, бюгельные протезы, термопластические материалы

ID: 2014-04-5-T-3420

Тезис

Веретёхин А.А.

**Лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне цирроза печени***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии**Научный руководитель: асс. Еремин А.В.*

Заболевания печени занимают ведущее место среди болезней органов пищеварительной системы по числу случаев нетрудоспособности, летальности и имеют тенденцию к прогрессирующему росту. Хронические диффузные заболевания печени являются системной патологией, при которой очень часто поражается ротовая полость (до 90%), это обусловлено поражением микрососудистой системы, резорбцией костной ткани и снижением местных иммунных реакций.

**Цель:** определить эффективность лазеротерапии в лечении хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у пациентов с циррозами печени.

**Материал и методы.** Были обследованы 30 пациентов с ХГП на фоне цирроза печени, контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц. Критерии исключения: пациенты с осложнениями цирроза печени. Количественное определение интерлейкина-4 (ИЛ-4), фактора некроза опухолей- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), интерлейкина-8 (ИЛ-8) и интерлейкина-10 (ИЛ-10) в ротовой жидкости проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. После обследования 10 пациентам проведена профессиональная гигиена ротовой полости и стандартная терапия цирроза печени (гепатопротекторы, коррекция портальной гипертензии, пребиотики), 20 пациентам, наряду с профессиональной гигиеной ротовой полости и терапией цирроза печени, проведено воздействие на ткани пародонта низкоинтенсивным инфракрасным лазерным излучением с помощью аппарата «ИНТРАДОНТ», 10 сеансов.

**Результаты.** Через 6 месяцев после лечения ремиссия заболевания пародонта констатирована у 4 пациентов с ХГП средней и тяжелой степени на фоне цирроза печени, получавших только стандартную терапию и у 15 пациентов с ХГП средней и тяжелой степеней на фоне цирроза печени, получавших лазеротерапию. Стабильная ремиссия заболевания пародонта констатирована нами только у пациентов при компенсации цирроза печени.

**Выводы.** При комплексном лечении ХГП у пациентов с циррозами печени целесообразно использовать лазеротерапию, так как она способствует регрессии проявлений пародонтита.

**Ключевые слова:** пародонтит, цирроз печени

## Объемное моделирование краев полных съемных пластиночных протезов с учетом анатомии нейтральной зоны

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

**Ключевые слова:** нейтральная зона, объемное моделирование

### Введение

Несмотря на стремительное развитие имплантологии, актуальность проблемы фиксации полных съемных протезов не снижается. Так как применение имплантатов при полном отсутствии зубов, не всегда представляется возможным из-за возрастного аспекта, особенностей клинической ситуации, финансовых возможностей и. т.п. Поэтому биофизические методы фиксации, в частности, функциональная присасываемость, продолжают занимать центральное место при решении данной проблемы [1, 3]. Для достижения оптимальной функциональной присасываемости необходимо точное моделирование краев протеза с учетом анатомии протезного ложа, особенно в области нейтральной зоны, обладающей большей податливостью. Следовательно, чем точнее мы определяем данную зону, тем выше эффективность ортопедического лечения.

**Цель исследования:** повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов съемными пластиночными протезами, путем индивидуального моделирования краев протеза, с учетом нейтральной зоны.

### Материал и методы

Было обследовано 34 пациента (20 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 62 до 72 лет с полным отсутствием зубов на обеих челюстях. Из них 23 пациента (67,6%) ранее протезировались полными съемными протезами. Проводили опрос, осмотр, рентгенологическое исследование. В ходе клинического осмотра устанавливали тип атрофии челюстей в соответствии с классификацией Оксмана для верхней и нижней челюсти, представленный в табл. № 1 и тип слизистой оболочки протезного ложа по Suplee – табл. №2. У пациентов, имеющих протезы, проводили качественную оценку фиксации, выявляли взаимосвязь фиксации от степени атрофии (табл. №3), оценивали положение границ протеза относительно нейтральной зоны. С помощью пальпации определяли активно - подвижную и неподвижную слизистую оболочку с целью выявления нейтральной зоны. Измеряли расстояние от неподвижной слизистой до активно - подвижной. Измеряли высоту альвеолярного гребня в полости рта и на модели. Из 34 обследованных в исследуемую группу вошли 10 пациентов, со средней степенью атрофии альвеолярного отростка и с первым типом слизистой по Суппли. В зависимости от метода проводимого лечения пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 5 пациентов, которым изготавливали протезы с объемно смоделированными краями, во вторую, также вошли 5 пациентов, им ортопедическое лечение проводили традиционным способом. У пациентов первой группы определяли нейтральную зону по предложенной нами методике. Перед получением функционального оттиска, на краях индивидуальной ложки алмазным диском формировали насечки, для достижения механической ретенции с силиконовой массой, которая накладывалась по краям ложки полоской шириной 2 мм. Для оформления краев индивидуальных ложек применили Спидекс. Материал замешивали в соотношении 1:5 (крем + базовая масса), с добавлением катализатора. Для определения ширины нейтральной зоны использовали химический карандаш и микрометр.

### Результаты

В ходе клинического обследования было выявлено, что причинами повторного изготовления съемных протезов явились: истечение срока пользования протезами, неудовлетворительная фиксация из-за укороченных, удлиненных или истонченных границ протеза. Из 23 пациентов, обратившихся для повторного протезирования, у 6 (26%) границы протезов не доходили до нейтральной зоны, у 13 (56,5%) перекрывали нейтральную зону с переходом на активно - подвижную слизистую, лишь у 4 (17,5%) соответствуют нейтральной зоне, но при этом края истонченные.

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от типа атрофии

	Степень атрофии альвеолярного отростка (по Оксману)			
	1 тип	2 тип	3 тип	4 тип
Верхняя челюсть	10 (29,4%)	14 (41,2%)	6 (17,6%)	4 (11,8%)
Нижняя челюсть	5 (14,7%)	13 (38,3%)	8 (23,5%)	8 (23,5%)

Таблица 2. Распределение пациентов в зависимости от типа слизистой по Суппли

	Тип слизистой по Суппли			
	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс
Верхняя челюсть	19 (55,9%)	8 (23,5%)	4 (11,8%)	3 (8,8%)
Нижняя челюсть	18 (52,9%)	10 (29,4%)	2 (5,9%)	4 (11,8%)

Таблица 3. Оценка фиксации протезов у пациентов с различной степенью атрофии на верхней и нижней челюсти

Степень атрофии (по Оксману)		Фиксация протеза		
		хорошая	удовлетворительная	неудовлетворительная
1 тип	верхняя челюсть	2 (4,3%)	4 (8,7%)	–
	нижняя челюсть	1 (2,2%)	2 (4,3%)	–
2 тип	верхняя челюсть	3 (6,5%)	7 (15,2%)	1 (2,2%)
	нижняя челюсть	1 (2,2%)	6 (13%)	2 (4,3%)
3 тип	верхняя челюсть	–	2 (4,3%)	2 (4,3%)
	нижняя челюсть	–	4 (8,7%)	2 (4,3%)
4 тип	верхняя челюсть	–	2 (4,3%)	–
	нижняя челюсть	–	2 (4,3%)	3 (6,5%)

В табл. №3 представлена степень фиксации протезов в зависимости от типа альвеолярного отростка. По данным таблицы, хорошая фиксация сохранялась у пациентов с 1 и 2 степенью атрофии альвеолярного отростка по Оксману, составляя при этом 15,2 % от общего числа. Удовлетворительная фиксация наблюдалась у 62,8% обследованных, среди них у 41,2 % легкая и средняя атрофия альвеолярных отростков, у 21,6 % – 3 и 4 степень атрофии. Неудовлетворительная фиксация больше всего отмечалась при тяжелой степени атрофии (8,6%). Оценивая фиксацию протезов на верхней челюсти относительно нижней мы наблюдали неудовлетворительную фиксацию на нижней челюсти до 70%. Устойчивость нижнего полного съемного протеза слабее в сравнении с верхним протезом из-за анатомо-физиологических особенностей, таких как небольшая протяженность протезного ложа, большая подвижность челюсти в результате прикрепления к ней жевательной мускулатуры и наличия часто гипертрофированного языка [1, 2, 4]. Ширина нейтральной зоны на верхней челюсти в переднем отделе составила  $2,21 \pm 0,27$  мм, в области уздечек и боковых тяжей –  $0,89 \pm 0,41$  мм, в боковом отделе –  $2,54 \pm 0,16$  мм. На нижней челюсти измерения проводили с оральной и вестибулярной поверхности. С вестибулярной поверхности в переднем отделе  $1,4 \pm 0,17$  мм, в боковом –  $1,9 \pm 0,15$  мм, в области уздечек и боковых тяжей –  $0,31 \pm 0,17$  мм. С оральной поверхности в переднем отделе ширина нейтральной зоны составила  $1,36 \pm 0,12$  мм, в боковом –  $1,83 \pm 0,18$  мм, в области уздечки языка –  $0,3 \pm 0,17$  мм.

### Обсуждение

Анализ данных, полученных при измерении высоты альвеолярного гребня в полости рта и на модели показал, что у пациентов второй группы во всех случаях отмечалось удлинение высоты на модели в пределах  $2,68 \pm 0,33$  мм. Следовательно в последующем способствовало изготовлению протезов с удлиненными краями, что приводило к снижению фиксации протеза и увеличивало количество коррекций. Особенно это касалось протезов нижней челюсти. У пациентов первой группы удлинение краев отмечалось в пределах  $0,48 \pm 0,18$  мм, что не сказывалось на ухудшении фиксации, а наоборот создавало усиление фиксации с эффектом присасываемости. Наблюдаемые обеих групп остались довольны проведенным лечением. У всех пациентов из первой группы и у двух из второй, фиксация протезов на верхней челюсти была оценены как хорошая. У остальных обследуемых – удовлетворительная. На нижней челюсти, у 4 пациентов из первой группы фиксация протезов оценена как хорошая. Во второй группе в 3 случаях отмечалась удовлетворительная фиксация, в 2 – неудовлетворительная. Данная ситуация объяснялось значительным удлинением краев протеза, приводящим его сбрасыванию, а отсутствие объемных краев не обеспечивало полноценного краевого замыкающего клапана. В первой группе хорошей фиксации способствовало соответствие границ протеза с топографическим расположением нейтральной зоны. При этом незначительное удлинение краев соответствовало высоте купола объемного края протеза, приводящий точному прилеганию активно-подвижной слизистой по периметру протезного ложа, и образованию замыкающего клапана.

### Заключение

Таким образом, моделировании границ полных съемных пластиночных протезов с учетом анатомии нейтральной зоны способствует повышению эффективности лечения пациентов с полным отсутствием зубов. Позволяет достичь лучшей фиксации, ускоряет процесс адаптации к протезу, существенно снижает травматического действия протеза на ткани протезного ложа.

### Литература

1. Жолудев С. Е. и соавт. Способы улучшения фиксации полных съемных протезов путем оптимизации получения функциональных оттисков // Панорама ортопедической стоматологии / Часть первая. – 2004. – № 2. – С. 34-39.
2. Ковалева И. А. Сравнительная характеристика способов конструирования полных съемных зубных протезов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2007. – 20 с.
3. Лебеденко И.Ю., Каливраджиян Э.С., Ибрагимов Т.И. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. – М., 2005. – 397 с.
4. Marxkors R. Полные съёмные протезы // Новое в стоматологии. – 2004. – №7. – С. 36-49.

ID: 2014-04-5-T-3529

Тезис

Лёвина К.С.

### **Особенности травм челюстно-лицевой области, сочетающихся с закрытыми черепно-мозговыми травмами**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  
МУЗ ГКБ № 9 г. Саратов, отделение челюстно-лицевой хирургии*

*Научный руководитель: д.м.н., доцент Ерокина Н.Л.*

**Актуальность.** Стоматолог-хирург, практикующий в отделении челюстно-лицевой хирургии, ежедневно сталкивается с травмами челюстно-лицевой области. Зачастую, травмы челюстно-лицевой области сочетаются с закрытыми черепно-мозговыми травмами (ЗЧМТ), которые усугубляют их течение.

**Цель:** определить особенности травм челюстно-лицевой области, сочетающиеся с ЗЧМТ.

**Материал и методы.** Проведен анализ историй болезни отделения челюстно-лицевой хирургии (стоматологическое) МУЗ ГКБ №9 за 2013 г

**Результаты.** За исследуемый промежуток времени по причине травм челюстно-лицевой области в отделение челюстно-лицевой хирургии (стоматологическое) обратилось 660 человек. Среди общего числа пациентов с травмами челюстно-лицевой области изолированные переломы нижней челюсти составили 77% случаев, из них сочетающиеся с ЗЧМТ- 9%. Переломы верхней челюсти - 1%, причем, 100% в сочетании с ЗЧМТ. Травмы скуловой кости и скуловой дуги- 13,4% и 57% соответственно. Множественные травмы костей челюстно-лицевого скелета 6,7%, в сочетании с ЗЧМТ – 64%. При этом, пациенты с ЗЧМТ поступали в отделение челюстно-лицевой хирургии (стоматологическое) на 5-7 день с момента травмы, по причине проводимого им пособия в условиях нейрохирургического отделения. В связи с этим, стоматологи-хирурги сталкивались с определенными трудностями в их лечении – например, начавшейся консолидацией костных отломков.

Таким образом, среди изолированных переломов чаще встречаются травмы костей: нижняя челюсть 77%, скуловая кость и скуловая дуга 14,4%, множественные травмы челюстно-лицевой области 6,7%, верхняя челюсть 1%.

ЗЧМТ чаще сочетается с переломами следующих костей: верхняя челюсть 100%, множественные травмы челюстно-лицевой области 64%, скуловая кость и скуловая дуга 57%, нижняя челюсть 9%.

**Вывод.** Наиболее часто с ЗЧМТ сочетается переломы следующих костей: верхняя челюсть, скуловая кость и скуловая дуга, реже – нижняя челюсть.

Пациенты с переломами костей челюстно-лицевой области в сочетании с ЗЧМТ поступают в отделение челюстно-лицевой хирургии (стоматологическое) в поздние сроки. Данный факт затрудняет лечение таких больных.

**Ключевые слова:** травмы челюстно-лицевой области

ID: 2014-04-5-T-3599

Тезис

Ирицян К.Х.

**Оценка клинической эффективности применения методов реконструктивной хирургии в лечении дефектов челюстно-лицевой области***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**Научный руководитель: д.м.н., доцент Ерокина Н.Л.*

Реконструктивная хирургия лица и челюстей включает оперативные методы лечения больных с дефектами тканей, деформациями и нарушениями функции.

**Цель:** оценка клинической эффективности применения методов реконструктивной хирургии в лечении пациентов с дефектами челюстно-лицевой области, по данным отделения челюстно-лицевой хирургии МУЗ "ГКБ №9" г. Саратова за 2013 год.

Анализ данных показал, что реконструктивные операции являются редкими. Из 1260 операций за 2013 год было только 18 реконструктивных, что составляет 1,4%. Из них 8 пластических операций на мягких и 10 реконструктивных операций на костных тканях.

Среди операций дефектов мягких тканей по 12,5% составили операции по поводу: дефектов мягких тканей верхней губы; сочетанного дефекта мягких тканей нижней губы, альвеолярной части нижней челюсти, рубцовой деформации шеи; рубцовой деформации нижнего века; торчащих ушей; сочетанного дефекта верхней губы, рубцовой деформации носа. 25% - по поводу дефектов крыла носа.

Среди реконструктивных операций костных тканей: 50% - по поводу хронического остеомиелита; 40% - по поводу дефекта челюсти, возникшего вследствие удаления опухолей; 10% - по поводу несостоятельности титанового имплантата.

Лечение больных осуществлялось такими методиками восстановительной хирургии, как пластика местными тканями в 22%; свободная пересадка тканей -11%; пластика лоскутами на ножке - 5,5%; 55,5% - костная пластика с замещением дефекта титановым имплантатом. При реконструкции костных тканей осуществляется восстановление эстетики и целостности тканей, при этом для полного восстановления функции требуется планирование дальнейшего лечения. А при пластике дефектов мягких тканей происходит восстановление целостности и полное либо частичное восстановление функций тканей. Восстановление эстетики также требует планирования дальнейших лечебных мероприятий.

Таким образом, методы восстановительной хирургии, используемые в практике челюстно-лицевой хирургии, позволяют достаточно успешно выполнить замещение дефектов челюстно-лицевой области, восстановление целостности и функциональных способностей утраченных тканей, с восстановлением эстетики.

**Ключевые слова:** челюстно-лицевая хирургия



Азов Д.О., Прошин А.Г., Василядис Р.А.

## Объективный способ измерения стабильности имплантатов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России

**Ключевые слова:** остеointеграция, имплантат, протезирование

### Введение

Вопрос дентальной внутрикостной имплантации является одним из приоритетных в современной стоматологии. Применение имплантатов в качестве искусственных дентальных опор, позволяет решать многочисленные проблемы протезирования больных с частичным и полным отсутствием зубов, тем самым повышая качество жизни пациентов (Корол М.Д., 1992; Могилевский В.В. 1997; Копейкин В.К, 1998; Абрамович А.М., 2005; Mish С.Е., 1990 и др.). Одной из основных проблем стоматологии по-прежнему остается профилактика осложнений, возникающих при потере зубов и последующем протезировании. Наиболее физиологичным методом лечения при концевых протяженных включенных и небольших дефектах зубных рядов, особенно при интактных зубах, ограничивающих дефект, и достаточном объеме альвеолярной кости является метод дентальной имплантации. Несмотря на пристальное внимание стоматологов к проблемам дентальной внутрикостной имплантации многие вопросы на сегодняшний день остаются открытыми. Об успехах современной стоматологии в области установки зубных имплантатов говорит статистика, согласно которой в 95% случаев современные имплантаты успешно приживаются и воспринимаются костной тканью. В настоящее время, вопрос о остеointеграции дентальных внутрикостных имплантатов представляет наибольший научный и практический интерес, несмотря на высокую статистику «приживание» имплантатов встречаются пациенты с наименее благоприятными условиями для имплантации (костные подсадки, мембраны, бруксизм и т.д.) в связи с чем и возрастает необходимость в субъективной диагностике.

**Цель исследования:** определить степень остеointеграции внутрикостных имплантатов для оптимизации сроков протезирования а так же ровести сравнительную оценку эффективности приборов «Periotest» и «Osstell ISQ».

### Материал и методы

В основу работы положен сравнительный анализ приборов двух аппаратов «Periotest», разработанного фирмой Siemens и Университетом Tuebingen (Германия) и аппарат «Osstell ISQ» производства фирмы Integration Diagnostics (Швеция).

В клинической практике известны несколько возможностей косвенной оценки степени остеointеграции и стабильности имплантатов (Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. 2006; Аржанцев А.П., 1998; Иванов С.Ю. с соавт. 1998):

- клинический (перкутирование, мануальный контроль устойчивости имплантата);
- периотестометрия;
- торк-тест с помощью динамометрического ключа);
- рентгенологические методы исследований (включая способ денситометрической оценки плотности костной ткани);
- частотно-(или магнитно-) резонансный анализ-аппарат Osstell ISQ

Среди современных клинических методов оценки степени остеointеграции дентальных внутрикостных винтовых имплантатов, следует обратить внимание на периотестометрию. Данная методика подразумевает использование прибора «Periotest», разработанного фирмой Siemens и Университетом Tuebingen (Германия), осуществляющего электронно-контролируемую и воспроизводимую перкуссию зуба, или имплантата. Прибор состоит из ударного устройства в виде наконечника и компьютерного анализатора с четырьмя микропроцессорами. Рабочим элементом является боек, содержащий пьезоэлемент. Бойку передается генерируемый механический ударный импульс, что в свою очередь, анализируется микропроцессором. Регулирующая катушка обеспечивает скорость стучащего бойка, которая является постоянной 0,2 м/с, с компенсацией трения и силы тяжести. В основе метода лежит регистрация механических колебаний, преобразованных в электрический импульс. Но в настоящее время, внимание стоматологов привлек новый метод оценки стабильности имплантатов с помощью метода частотно-резонансного анализа – (RFA-техника) Resonance Frequency Analysis в клинической практике используется прибор «Osstell ISQ» производства фирмы Integration Diagnostics (Швеция).

Аппарат Osstell ISQ позволяет надежно оценить степень остеointеграции имплантатов, имеет решающее значение для определения сроков начала этапа протезирования.

RFA and ISQ / Частотно-резонансный анализ и коэффициент стабильности имплантата Метод RFA (Resonance Frequency Analysis) основан на регистрации резонансных электромагнитных колебаний имплантата и окружающей кости при воздействии на них электромагнитного поля. (Используется принцип камертона. Чем прочнее соединение имплантата и кости, тем выше частота)

ISQ (Implant stability Quotient) / КСИ (Коэффициент стабильности имплантата) выражается по шкале от одного до ста. Чем выше стабильность, тем выше показание КСИ.

Работа аппарата Osstell ISQ происходит следующим образом:

Магнитные импульсы активируют штифты SmartPeg, которые вкручены в имплантат.

Измеряется частота колебаний намагниченного штифта SmartPeg.

Чем стабильнее имплантат, тем выше частота колебаний (ISQ).

Процедура измерения: Вручную вкрутить штифт SmartPeg (4-6 Н/см) Направить измерительный зонд к намагниченной верхушке штифта для получения значения КСИ. Повторить процедуру измерения под другим углом (90°), обычно, показатели ISQ/КСИ одинаковы во всех направлениях, если прочность соединения имплантат-кость одинакова вокруг всего имплантата, однако, часто количество и качество кости отличается вокруг имплантата, что приводит к разным показателям ISQ в разных направлениях. Osstell разработан для дачи высоких и низких значений ISQ в подобных ситуациях. В результате процесса остеointеграции первоначальная механическая стабильность дополняется и/или заменяется биологической стабильностью.

Сумма двух показаний определяет окончательный уровень стабильности имплантата. Высокая первичная стабильность (КСИ/ISQ равен 70 и более) стремится остаться на том же уровне, так как ее снижение компенсируется развитием биологической стабильности. Низкая первичная стабильность, к примеру 55 единиц и ниже, обыкновенно имеет тенденцию к увеличению в связи с тем, что низкая механическая стабильность усиливается за счет процесса ремоделировки кости (остеоинтеграции)\*

Общее среднее значение имплантатов составляет около 70 единиц ISQ.

Если первоначальное значение ISQ высокое, то со временем оно может немного снизиться. Значительное снижение в стабильности или продолжающаяся тенденция снижения стабильности служит предупреждающим сигналом.

Первоначально низкое значение ожидается, что возрастет в период остеоинтеграции. В обратном случае, это может служить сигналом того, что имплантат установлен неудачно и требуются соответствующие действия

### Результаты

Прибор «Periotest» определяет способность прочности крепления и характеристик демпфирования естественного зуба, окруженного периодонтальной связкой, и лишь потом стал использоваться для оценки прочности крепления дентальных имплантатов. Целесообразность его применения при имплантации не очевидна, тем не менее, он довольно широко используется для этих целей в стоматологической практике и научных исследованиях.

Принцип действия прибора «Osstell ISQ» основан на косвенном определении жесткости крепления имплантата в кости челюсти с использованием резонансно-частотного анализа вынужденных колебаний, которые возбуждаются в имплантате с помощью переменного магнитного поля излучателя прибора.

Большое число измерений периотестметрии объясняется большим разбросом результатов и их недостаточной повторяемостью для каждого имплантата. Кроме того, значения, полученные приборами различных производителей, сильно отличаются, а возможность проверить исправность прибора инструкциями фирм-изготовителей не предусмотрена. Разработанный для оценки подвижности зубов, этот прибор, по-видимому, следует использовать по своему прямому назначению. Кроме того, фирмы-изготовители обязаны предложить методику юстировки приборов для исключения грубых ошибок. При оценке точности и стабильности показаний приборов «Osstell» (Швеция) была установлена высокая повторяемость. При достаточно жестком креплении имплантатов повторяемость измерений очень высокая. Все измерения показали одно и то же значение 83. При уменьшении жесткости разброс значений растет. (на правах рукописи УДК: 616.314-76-089.843 Унанян Владимир Еремович)

### Обсуждение

Полученные данные позволяют предполагать влияние объективных методов исследования остеоинтеграции дентальных внутрикостных винтовых имплантатов с последующим уменьшением сроков ортопедического лечения

### Заключение

Мы считаем что целесообразно будет использовать в определение остеоинтеграции дентальных имплантатов более современный аппарат "Osstell ISQ" по сравнению с другими методами исследования данный аппарат может точно определить на сколько "прижился" имплантат по средствам резонантно-частотного анализа. На наш взгляд очень удобно в данном методе использование значений с помощью которых мы точно можем определить когда можно приступать к протезированию.

### Литература

1. Корол М.Д., 1992; Могилевский В.В. 1997; Копейкин В.К, 1998; Абрамович А.М., 2005; Mish С.Е., 1990 и др.
2. Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. 2006; Аржанцев А.П., 1998; Иванов С.Ю. с соавт. 1998
3. Рукопись УДК: 616.314-76-089.843 Унанян Владимир Еремович

ID: 2014-04-5-A-3877

Клинический случай

Бекирова Ф.М.

### Внутрикостная миграция или "Мигрирующий зуб"

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Научные руководители: к.м.н. Егорова А.В., асс. Давыдова Н.В.

#### Резюме

Внутрикостная миграция является одной из редких стоматологических аномалий, которая демонстрирует горизонтальное движение непрорезавшихся постоянных зубов только нижней челюсти. Чаще всего этой аномалии подвержен боковой резец, клык, и второй премоляр. Механизм, который вызывает миграцию зуба, является еще неясным. Некоторые авторы предполагают, что миграция клыка является врожденной и передается по наследству. Внутрикостные миграции зубов не могут быть обнаружены на внутриротовой контактной рентгенограмме, требуются современные методы диагностики такие как компьютерная томография. Таким образом, проведение органосохраняющей комплексной реабилитации пациентов с аномалиями положения и сроков прорезывания постоянных зубов, требует сочетания современных методов диагностики (компьютерной томографии), прогнозирования результатов и комплексного лечения (хирургического, ортодонтического, терапевтического и ортопедического).

**Ключевые слова:** внутрикостная миграция, адентия, ретенция, томография

Аномалии положения и нарушения сроков прорезывания постоянных зубов приводят к морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям челюстно-лицевой области и отражаются на деятельности других органов и систем организма [1,7,8].

Нарушения, связанные с отклонением в прорезывании зубов, называют эктопия [13-16]. Миграция является одним из видов эктопии. В этом случае зубы и их зачатки удалены от области их обычного расположения [9].

Внутрикостная миграция является одной из редких стоматологических аномалий, которая демонстрирует горизонтальное движение непрорезавшихся постоянных зубов [16]. Чаще всего этой аномалии подвержен боковой резец, клык, и второй премоляр [9,14,15]. Односторонняя миграция зуба является более распространенной, чем двусторонняя. Эта аномалия наиболее характерна для женщин, чем для мужчин (соотношение 1,6:1). Механизм, который вызывает миграцию зуба, является еще неясным, однако имеют значение следующие факторы: неправильная закладка, задержка смены или преждевременное удаление молочных зубов, врожденная патология челюстно-лицевой области, наличие сверхкомплектных зубов, воспалительные процессы и травматические повреждения челюстей [2-6,16].

Направление движения мигрирующего зуба определяется по пути наименьшего сопротивления. Причиной смещения нижнечелюстного клыка, как правило, является сверхкомплектный зуб, одонтома, несвоевременное удаление молочного зуба или скученность. Однако это может произойти без каких-либо видимых причин. Некоторые авторы предполагают, что миграция клыка является врожденной и передается по наследству [16].

Внутрикостные миграции зубов не могут быть обнаружены на внутриротовой контактной рентгенограмме, потому что зуб чаще всего лежит горизонтально под верхушками корневой постоянной зубов и недалеко от края нижней челюсти [16,10]. Поэтому важно, чтобы радиографическое исследование включало панорамную рентгенограмму или компьютерную томограмму (КТ). Хотя это дорогостоящая процедура и не всегда доступна, она имеет превосходное диагностическое значение.

Методы лечения данной аномалии зависят от расположения мигрировавших зубов, состояния окружающих их тканей, а также степени дискомфорта у пациента [13,17].

**Цель исследования:** рассмотреть на клиническом примере случай внутрикостной миграции постоянного зуба и выявить необходимость комплексного подхода к лечению пациентов с данной аномалией.

#### Описание клинического случая

24.11.2009 в клинику больницы им. С.П.Миротворцева СГМУ обратилась за помощью пациентка Т., 2001 года рождения с жалобами на косметический недостаток и множественное отсутствие постоянных зубов. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, рос и развивался соответственно возрасту, аллергологический анамнез неотягощен. У тети по линии отца выявлена множественная адентия.

Объективно: конфигурация лица не изменена, губы смыкаются по линии Клейна. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Нижняя треть лица уменьшена, подбородочная складка выраженная. Первые постоянные моляры смыкаются по I классу Энгля. Диастема верхней челюсти до 1,5 мм, глубокая резцовая окклюзия. Стираемость нижних молочных зубов на 1/2. Гигиена полости рта – не удовлетворительная. На ортопантограмме (ОПТГ) от 24 ноября 2009г (рисунок 1) выявлена адентия 18,17,12,22,27,28,38,37,35,33,32,31,41,42,47,48 зубов. 43 зуб ретенированный, находится на стадии роста корня в длину. Замыкательная пластинка не нарушена. Тень рвущего бугра 43 зуба находится между корнями 82 и 83 зубов.

Был поставлен диагноз: К.00.0 частичная адентия. К.07.2 Глубокая резцовая окклюзия.

Пациентке был зафиксирован съемный пластиночный аппарат-протез на верхний зубной ряд с рукообразными пружинами к 11 и 21 зубам, накусочной площадкой и искусственными зубами в месте отсутствующих зубов.

В 2010 г на повторной ОПТГ (рисунок 2) мы видим смещение 43 зуба, рвущий бугор клыка проецируется под корнем 82 зуба, резорбировав его на 1/2 длины, замыкательная пластинка не нарушена.

В 2012 г. методом лечения был выбран съемный функциональный двучелюстной аппарат - ЛМ-активатор, применяемый по настоящее время.

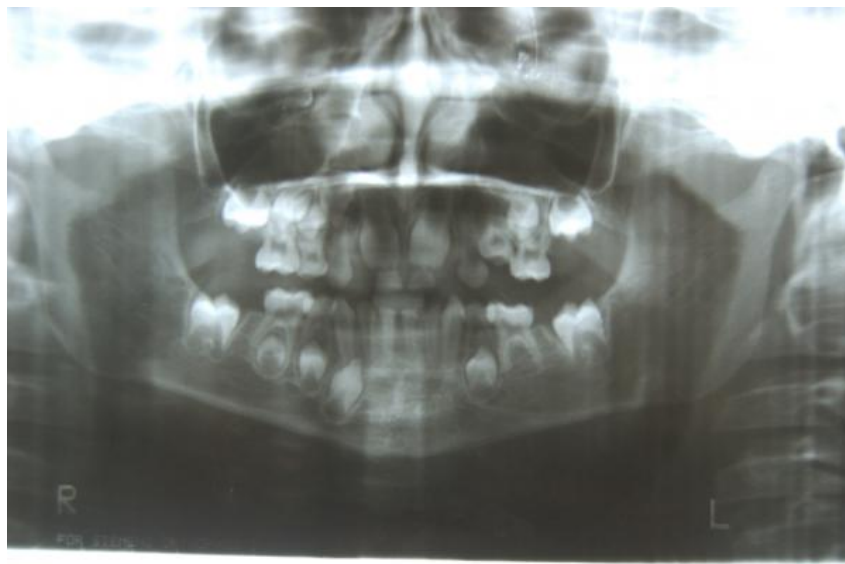


Рисунок 1. Ортопантомограмма от 24 ноября 2009 г



Рисунок 2. Ортопантомограмма от 2010 г

8.09.13г при повторном обращении пациентки, была выявлена тортоаномалия и супраположение 24 зуба. Стираемость нижних молочных зубов более, чем на 1/2 высоты коронки. Гигиена полости рта – удовлетворительная. Диастема верхней челюсти до 1 мм. На контрольной ОПТГ рвущий бугор 43 зуба проецируется около корня 72 зуба, корни 72,71,81 82 резорбировались на 1/3 – 1/2 длины, отмечается увеличение межфолликулярного пространства 43 зуба, а так же ещё большее отклонение этого зуба в горизонтальном направлении.

Для уточнения характера аномалии пациентка была направлена на КТ( рисунок 3), при анализе которой была подтверждена миграция 43 зуба, наличие фолликулярной кисты от этого зуба, выявлено отсутствие кортикальной пластинки с вестибулярной стороны в области коронки ретеннированного клыка, тем самым был спрогнозирован операционный доступ по раскрытию коронки 43 зуба.

Пациентка была проконсультирована хирургом стоматологом. Совместно был составлен план лечения, включающий хирургические манипуляции в сочетании с ортодонтической коррекцией. Для ускорения сроков ортодонтического лечения и снижения травматизации слизистой оболочки полости рта, было принято решение раскрыть коронку ретеннированного 43 зуба, вывести его в зубной ряд в область 33 зуба, с последующим перемещением на свое место.

18.12.2013 под местной анестезией была проведена операция цистотомия. Удалена наружная оболочка кисты, раскрыта коронка 43 зуба, зафиксированы брекет - кнопки на 43 и 24 зубы. Рана затампонирована йодоформной турундой. Межчелюстную резиновую тягу установили по вестибулярной поверхности LM – активатора от 43 до 24 зуба.

При повторном посещении 6.02.2014г. в области альвеолярного отростка нижней челюсти слева под слизистой оболочкой пальпируется коронка 43 зуба. Брекет-кнопка виднеется в полости рта. Рекомендовано продолжение ношения резиновой тяги для выведения ретеннированного зуба.

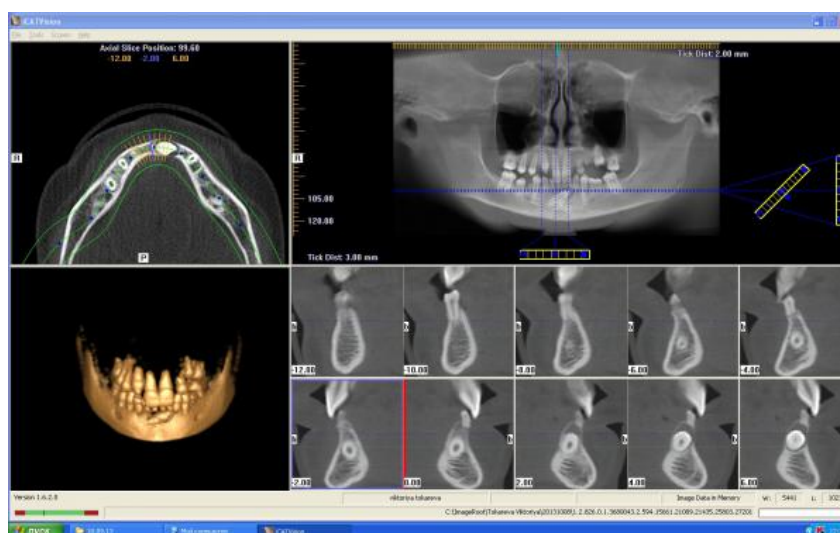


Рисунок 3. Результаты компьютерной томографии

Таким образом, проведение органосохраняющей комплексной реабилитации пациентов с аномалией положения и сроков прорезывания постоянных зубов, требует сочетания современных методов диагностики (компьютерной томографии), прогнозирования результатов и комплексного лечения (хирургического, ортодонтического, терапевтического и ортопедического).

#### Литература

1. Будкова Т.С. Ретенция зубов, план и прогноз лечения / Будкова Т.С., Жигурт И.Ю., Хорошилкина Ф.Я. // Новое в стоматологии, 1997. №1 (спец. вып.). С. 46-53.
2. Жигурт Ю.И. План и прогноз лечения при лечении ретенции зубов : Автореф. дис.канд.мед.наук / Жигурт Ю.И. 1994. -23 с.
3. Збарж Я.М. Ортопедическая стоматология / Збарж Я.М., Александрова Ю.М. Киев, 1997.
4. Комарова Т.В. Методы перемещения ретенированных зубов ортодонтическими аппаратами с дозированной нагрузкой : дис., канд.мед.наук / Т.В. Комарова. Волгоград, 2000. — 119 с.
5. Неспрядько, В.П. Патогенез, клиника и лечение непрорезавшихся зубов : автореф. дис., д-ра мед.наук / В.П. Неспрядько Киев, 1985 — 28 с.
6. Персии, Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование / Л.С. Персии. — М., 2006. 32с.
7. Пономарева, К.Г. Комплексные методы лечения ретенции зубов : дис., канд.мед.наук / К.Г. Пономарева СПб., 2000. - 140 с.
8. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно лицевой области. Кн. IV. / Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персии, В.П. Окушко-Калашникова. - М., 2004. - 460 с.
9. Alvares LC, Tavano O. Anomalias dentárias edo complexo maxilomandibular. In: Alvares LC, Tavano O, editors. Curso de radiologia em odontologia. São Paulo: Santos; 1998. p. 190-205
10. Ely NJ, Sherriff M, Couborne MT. Dental transposition as a disorder of genetic origin. Eur J Or- thod 2006 Apr;28(2):145-51.
11. Infante-Cossio P, Hernandez-Guisado JM, Gutierrez-Perez JL. Removal of a premolar with extreme distal migration by sagittal osteotomy of the mandibular ramus: report of case. J Oral Maxillofac Surg 2000 May; 58(5):575-7.
12. Jasmin JR, Jonesco-Benaich N, Terestri P, Gi- udicelli J. Migration of an impacted mandibular second molar. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989 Apr; 67 (4):478-9.
13. Okada H, Miyake S, Toyama K, Yamamoto H. Intraosseous tooth migration of impacted mandibular premolar: computed tomography observation of 2 cases of migration into the mandibular neck and the coronoid process. J Oral Maxillofac Surg 2002 Jun;60(6):686-9.
14. Peck S. On the phenomenon of intraosseous migration of nonerupting teeth. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998 May;113(5):515-7
15. Shahoon H., Esmaeili M. Bilateral Intraosseous Migration of Mandibular Premolars 2010; Vol. 7, No. 1 J Dent (Tehran). 2010 Winter; 7(1): 50–53.
16. Shapira Y, Kuftinec M. Intrabony migration of impacted teeth. Angle Orthod 2003 Dec; Vol 73, No 6; 738–743
17. Towfighi P, Brunsvold M, Storey A, Arnold R, Willman D, McMahan. Pathologic Migration of Anterior Teeth in Patients With Moderate to Severe Periodontitis. J Periodontol 1997; 68: 967-972.

## Сравнительный анализ методик исследования боковых телерентгенограмм головы в клинике ортодонтии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России

### Резюме

Телерентгенография (ТРГ) важный метод диагностики зубочелюстных аномалий и существует большой выбор методик для расчета и анализа данного исследования. При планировании ортодонтического лечения не следует опираться на какой-либо один метод, так как это не дает полного представления клинической картины. Поэтому были разработаны специальные компьютерные программы, которые позволяют произвести расчет ТРГ по нескольким методикам сразу.

**Ключевые слова:** ортодонтия, телерентгенография

Для диагностики зубочелюстных аномалий существует множество методов исследования. Одним из самых информативных до сих пор является изучение боковой телерентгенограммы пациента. Существует большое количество методов расчета для изучения этого вида диагностики, и в каждом из них имеются свои акценты на определенные параметры [5].

**Цель исследования:** анализ некоторых методов исследования ТРГ на примере нескольких клинических случаев с разными зубочелюстными аномалиями с перспективой оптимизировать планирование ортодонтического лечения.

Был произведен расчет и анализ трех телерентгенограмм пациентов с диагнозами: зубочелюстная аномалия по I, II, и III классам Энгля. Использовались наиболее распространенные и часто упоминаемые в литературе методы: Шварца (Schwarz), Доунса (Downs) и Твида (Tweed).

В качестве ориентира Шварц предложил плоскость основания черепа (передней его части) как наиболее стабильную часть. Для изучения ТРГ по методу Шварца основными являются следующие точки: Se (Sella); N (nasion); Or (orbitale); Sna (spina nasalis anterior); Snp (spina nasalis posterior); Po (porion); Ss (точка A); Sn (subnasale); Spm (точка B); Pg (pogonion); Go (gonion); Gn (gnathion) [1].

Ниже приведены ориентиры, которые использовал Доунс для крианиометрического анализа телерентгенограмм. Антропометрические точки: N; S; Or; Po; Pg; A (subspinale); B (supramentale); Gn; Go. Основной плоскостью Доунс считал франкфуртскую горизонталь [2].

Методика Твида основывается на применении диагностического треугольника лица, который образуют франкфуртская горизонталь (H), плоскость основания нижней челюсти (MP) и продольные оси нижних резцов (i) [2;3].

В ходе исследования был определен тип лица для пациента с зубочелюстной аномалией по I классу Энгля: по методу Шварца – это косое лицо со скошенным кзади подбородком. При определении типа лица в своих исследованиях Шварц за основу брал угол инклинации (I), который образуется при пересечении линий Pn (носовой вертикали) и SpP (плоскость основания верхней челюсти). Если угол I больше средней величины (85°), то челюсти наклонены вперед больше, чем у «среднего лица», что автор назвал «антеинклинацией», если он меньше средней величины, то челюсти больше наклонены назад, такое положение названо «ретроинклинацией» [4].

У данного пациента этот угол составляет 73°, то есть зубочелюстной комплекс ретроинклинирует. Доунс в своих исследованиях при определении профиля опирался на лицевой угол, в норме составляющий 82°-95°. В приведенном клиническом случае этот угол равен 91°, что соответствует прогнатическому типу лица. Твид считал, что эстетика лица зависит от угла, образованного именно плоскостью нижней челюсти и продольной осью нижних резцов, и в норме этот угол составляет 60°-70°. У данного пациента этот угол составляет 51°, то есть лицо дисгармонично.

В случае зубочелюстной аномалии по II классу Энгля по методике Шварца это тип лица со скошенным кзади подбородком, так как угол инклинации равен 70° и, следовательно, зубочелюстной комплекс ретроинклинирует. По методу Доунса лицевой угол равен 87°, что указывает на мезогнатический тип лица. Угол между осью нижних резцов и франкфуртской горизонталью равен 62°, что по методу Твида соответствует лицу с идеальной гармонией.

В клиническом случае с зубочелюстной аномалией по III классу Энгля по методу Шварца угол инклинации равен 81°, что означает, что зубочелюстной комплекс незначительно ретроинклинирует и лицо соответствует типу ретрофас со скошенным кпереди подбородком. По методу Доунса – истинное прогнатическое лицо, так как лицевой угол составляет 97°. По методу Твида угол между осью нижних резцов и франкфуртской горизонталью – 72°, поэтому лицо не соответствует идеальной гармонии.

Каждый автор имел разные представления о том, каким должно быть «идеальное» лицо и как этого добиться. Независимо от аномалии разница в методах расчета проявляется одинаково, поэтому при выборе метода исследования не стоит опираться на общепринятые классификации зубочелюстных аномалий. Для более полного изучения исходных данных недостаточно одного метода, поскольку он формирует односторонний взгляд на проблему. В связи с этим требуется методика, которая будет сочетать в себе достоинства рассмотренных видов расчета телерентгенограмм и учитывать их недостатки. Кроме того, работа с ТРГ вручную требует от врача длительного напряжения зрения и внимания, и поэтому может привести к ошибкам. В связи с этим в настоящее время появились и широко используются комплексные компьютерные программы для исследования ТРГ, которые содержат большинство методик расчетов (OnyxCeph, Dolphin, SimplyCeph) и позволяют составить более полную картину клинической ситуации, адекватно спланировать лечение, а также экономят время врача-ортодонта.

### Литература

1. Аболмасов Н.Г. Ортодонтия : Учебн. пособие / Аболмасов Н.П., Аболмасов Н.Н. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. С. 83-88

2. Дорошенко С.И., Кульгинский В.А. Основы телерентгенографии: Киев., 2007. С. 14-39
3. Калвелис Д.А. // Ортодонтия: зубочелюстные аномалии в клинике и эксперименте. Элиста - Джангар 1994. С. 45
4. Ужумецкене И.И., Методы исследования в ортодонтии: М. : Медицина, 1970. С. 139-146
5. Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов / Куцевляк В. И., д.мед.н., проф., Самсонов А.В., к.мед.н., доц., Скляр С.А., к.мед.н., доц., Алтунина С.В., к.мед.н., доцент, Ткаченко Ю.В., к.мед.н., Старикова С.Л., к.мед.н. / под ред. Куцевляка В. И.— Харьков: ХГМУ, 2005.— С. 32

ID: 2014-04-5-T-3895

Тезис

Гянджали Н.Т.

**Брекет-техника или элайнеры?***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии**Научный руководитель: к.м.н., асс. Егорова А.В.*

Ортодонтическое лечение в основном проводят с помощью брекет-техники, но пациенты не всегда готовы к такому методу коррекции. Поэтому с каждым днем возрастает количество людей, которые хотят, чтобы лечение было незаметно окружающим. На сегодняшний день появился метод исправления зубочелюстных аномалий с помощью прозрачных капп, или элайнеров, которые частично смогли заменить традиционные брекет-техники, а в некоторых случаях стали их реальной альтернативой.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ брекет-техники и элайнеров на примере систем Star Smile и Invisalign.

Брекет-техника на сегодняшний день является наиболее прогрессивной методикой ортодонтического лечения. Ее преимуществами являются: тщательный контроль перемещения зубов и возможность исправлять сложные зубочелюстные аномалии. К недостаткам относятся повышенные требования к гигиене полости рта, дискомфорт, необходимость частых корректировок. Размер стандартных брекетов варьирует от 1,5 до 2мм и во время лечения используется большое количество дополнительных аксессуаров (пружины, лигатуры, эластики, лингвальные кнопки), что также доставляет пациенту неудобство.

Системы Star Smile и Invisalign представляют собой серию назубных капп из прозрачного биополимера. Чаще используются каппы толщиной 0,75 мм. В каждой из них заложено микродвижение зуба, которое при постоянном воздействии приводит к запланированному результату. Давление передается с помощью специальных аттачменов, зафиксированных на зубах. Виртуальный план в формате 3D позволяет до начала лечения увидеть конечный результат. Каппу носят 24 часа в сутки, снимают на время еды и чистки зубов, меняют на новую каждые 2 недели. К недостаткам данной системы можно отнести узкий круг показаний к применению, высокая цена, длительный процесс изготовления (4-5 недель). Действие аппарата основано на самодисциплине пациента, т.к. они являются съемными конструкциями.

Несмотря на свои преимущества и недостатки каждый из вышеперечисленных методов ортодонтического лечения имеет право на свое существование. Какой бы метод коррекции мы не выбрали, важно помнить, что лечит не аппаратура, а врач. Поэтому, основным является правильный выбор плана лечения. Именно это будет залогом красивой улыбки.

**Ключевые слова:** брекететы, элайнеры, позиционеры, коррекция, эстетика



Куруптурсунов А.А.

## Особенности ведения стоматологического амбулаторного приема у детей с детским церебральным параличом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Научный руководитель: к.м.н., асс. Фирсова И.В.

### Резюме

При организации стоматологического приема у детей, врачи сталкиваются с рядом трудностей, связанных с поведением детей. Для достижения успеха врач-стоматолог должен иметь основы знаний возрастной и семейной психологии, владеть различными технологиями управления поведением детей в ходе проведения каждой стоматологической манипуляции.

**Ключевые слова:** ДЦП, стоматология, дети

### Актуальность

При организации стоматологического приема у детей, врачи сталкиваются с рядом трудностей, связанных с поведением детей. Для достижения успеха врач-стоматолог должен иметь основы знаний возрастной и семейной психологии, владеть различными технологиями управления поведением детей в ходе проведения каждой стоматологической манипуляции.

Основной проблемой стоматологического приема у детей является то, что большинство врачебных манипуляций кажутся или являются агрессивными. Ребенка в стоматологической клинике окружает огромное число раздражителей, вызывающих физический дискомфорт и тревожные эмоции, поэтому поведение пациента-ребенка часто принимает протестный характер. Стоматолог, принимающий ребенка, должен организовывать работу таким образом, чтобы лечение прошло эффективно, а ребенок приобрел, закрепил позитивное отношение к стоматологии. С еще большими трудностями стоматолог сталкивается во время приема детей с такой патологией, как детский церебральный паралич.

К сожалению, молодые специалисты, закончившие интернатуру или клиническую ординатуру, не владеют достаточными знаниями и опытом по организации стоматологического приема у детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

**Цель исследования:** изучение особенностей стоматологического приема у детей с ДЦП и разработка, по полученным данным, практических рекомендаций для клинических интернов и ординаторов по ведению детей с данной патологией.

### Задачи исследования:

1. Проанализировать данные амбулаторного приема детей с ДЦП;
2. Дать рекомендации по ведению стоматологического приема подобных пациентов.

Нами был проведен осмотр 16 детей с ДЦП (форма – спастическая диплегия – G80.1 по МКБ-10) на стоматологическом приеме на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии «СГМУ им. В.И. Разумовского». Также была изучена дополнительная литература по клиническому течению ДЦП, особенностям психологического подхода к детям с данной патологией. Сформулированные рекомендации оформлены в виде брошюр для клинических ординаторов и интернов.

Особенности ведения приема детей с детским церебральным параличом (ДЦП), имеющих психику способную для сотрудничества, связаны в основном со свойствами их нейромышечной системы. Большая часть детей с ДЦП имеет дисфункцию спастического типа: гипервозбудимость мышц, постоянное напряжение отдельных групп, ограниченный контроль мышц шеи («вертиголова»), дискоординация мышц, удерживающих тело в прямой позиции, дискоординация мышц челюстно-лицевой области — нарушение глотания, речи, жевания. Дети с ДЦП могут иметь выраженные рефлексы новорожденных:

- асимметричный тонический шейный рефлекс: при повороте головы рука и нога одноименной стороны вытягиваются, противоположной — сгибаются;
- тонический лабиринтный рефлекс: при откидывании головы назад туловище изгибается дугой, ноги и руки напрягаются;
- рефлекс испуга: в ответ на внезапные стимулы (шум, прикосновение) возникают произвольные сильные телодвижения, которые не следует принимать за протест;
- дизартрия детей с ДЦП чаще связана с мышечными трудностями и не всегда свидетельствует о задержке психического развития.

При работе с детьми, страдающими ДЦП, следует:

- решить, где будет находиться ребенок во время лечения — в своем инвалидном кресле или в стоматологическом кресле; в случае, если ребенок будет находиться в инвалидном кресле, изголовье кресла следует уложить на колени врача, обеспечив ему положение «на 12 часов»;
- стабилизировать голову и туловище ребенка; если есть проблемы с глотанием — не размещать ребенка горизонтально;
- закрепить руки и ноги в естественном для него положении (чаще конечности фиксируют к телу), при этом можно использовать подушки, полотенца и т. д.;
- предупредить проблемы произвольного закрывания рта (использовать роторасширители, языкодержатели);
- стараться не провоцировать рефлекс испуга: уменьшить свет, не шуметь, не делать неожиданных движений, инструменты вносить в рот очень спокойно;
- работать быстро, чтобы сократить время пребывания ребенка в кресле и меньше утомлять его мышцы;
- по рекомендациям педиатра использовать премедикацию.

Ведение стоматологического приема у детей с ДЦП требует дополнительных знаний и профессиональных мануальных навыков. Действия врача-стоматолога должны быть спокойными и уверенными, он должен быть готов к неожиданным ситуациям во время приема. В результате проведенной работы разработаны краткие рекомендации по особенностям ведения стоматологического приема у детей с ДЦП, которые, как мы надеемся, заинтересуют и помогут молодым специалистам.

#### **Литература**

1. Болезни нервной системы. Руководство для врачей в двух томах. Том 2. Под редакцией Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана, П.В.Мельничука. Издательство «Медицина», М.: 1995.
2. Справочник по детской стоматологии /Под ред. А.С.Cameron, R.P.Widmer. – М.: Медпресс-информ, 2010. 391с
3. Райт, Дж. Управление поведением детей на стоматологическом приеме: руководство для врачей / Дж.Райт, П.Э.Старки, Д.Э.Гарри / под общ. ред. Т.В.Попруженко, Т.Н.Тереховой. М.: МедПресс, 2008. 302 с.

## Терапия

ID: 2014-04-8-T-3356

Тезис

Беймишева С.М.

### **Клинический случай, протекающий под маской острого коронарного синдрома**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии  
ГУЗ "Областная клиническая больница", г. Саратов*

*Научный руководитель: д.м.н., доцент Кошелева Н.А.*

Больной К. 39 лет был доставлен в ОКБ 13.11.13г. в 5:20 с жалобами на ломящие боли за грудиной, чувство онемения пальцев левой руки. Ухудшение самочувствия 13.11.13 г. в 01:00, когда возникли ломящие боли за грудиной, постепенно нарастающие по своей интенсивности, от которых больной проснулся, отмечалось чувство онемения пальцев левой руки. Вечером накануне употребил 150-160 мл водки, а за 2 дня до поступления беспокоили: тошнота, однократная рвота темного цвета, жидкий стул до 3-х раз в сутки. При осмотре: состояние тяжелое, Т 36,4 °С, АД 190 и 120 мм. рт. ст., ЧСС =Ps 60 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧДД 18 в минуту. В легких дыхание жесткое, вдох: выдох 1:1. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика выслушивается. На ЭКГ: Подъем сегмента ST до 2 мм в V3 - V4. Врачом кардиологом выставлен диагноз: ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. АГ 3 ст., риск 4. Осл: Н1 (2 ФК). Гипертонический криз от 13.11.13 г., осложненный, купирован. Больной госпитализирован в ОРИТ, где проводилось лечение ОКС. При лабораторном исследовании - положительные тропонины, миоглобин, повышение КФК до 324 ед/л, КФК МВ до 106 ед/л., лейкоцитоз, ускорение СОЭ. При ЭХО-КГ: глобальная сократимость миокарда ЛЖ в норме, зон гипокинезии нет. В 17:40 13.11.13 возникли интенсивные ломящие боли в области сердца и за грудиной с иррадиацией в спину, потребовавших введения морфина. Состояние больного тяжелое, гипотония, тахикардия, живот при пальпации плотный, болезненный в верхних отделах. Прогрессирование гипотонии, фебрильная лихорадка, боли в правой половине и нижних отделах живота, положительные перитонеальные знаки. Проводился дифференциальный диагноз между расслаивающей аневризмой аорты и острой хирургической патологией органов брюшной полости. После проведения КТ данных за расслаивающую аневризму аорты получено не было. С целью верификации диагноза выполнена лапароскопия, в ходе которой обнаружен распространенный гнойный перитонит и изменения червеобразного отростка. Была проведена операция: лапаротомия, аппендэктомия. Диагноз: Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Распространенный гнойный перитонит. Со слов оперирующего хирурга, червеобразный отросток располагался за сальником, выше пупка. В последующем убедительных данных за дестабилизацию ИБС не было. Положительные тропонины, миоглобин, повышение КФК, КФК МВ были связаны с наличием гангренозного аппендицита.

Данный клинический случай демонстрирует острое хирургическое заболевание, протекающее под маской ОКС и сложности дифференциальной диагностики.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром

ID: 2014-04-8-T-3413

Тезис

Юмартова О.Т.

**Динамика функции внешнего дыхания у больных с идиопатической интерстициальной пневмонией и фиброзирующим альвеолитом, получающих активную иммуносупрессивную терапию***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета**Научный руководитель: к.м.н., асс. Архангельская Е.Е.*

Идиопатическая интерстициальная пневмония (ИИП) и идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА) относятся к группе тяжелых по прогнозу интерстициальных заболеваний легких, что связано как с трудностями диагностики и лечения, так и высокой смертностью.

**Цель исследования:** оценка функции внешнего дыхания (ФВД) в динамике у 46 пациентов (18 с ИФА, 28 пациентов с ИИП) с различными стадиями заболевания, получавших активную иммуносупрессивную терапию (пульс-терапию) глюкокортикостероидными препаратами (ГКС) и циклофосфамидом (ЦФ). У всех пациентов диагноз был выставлен морфологически после получения результатов биопсии (ATS/ERS/JRS 2013) легочной ткани. Пациентам с ИИП в первый год заболевания пульстерапия ГКС проводилась ежемесячно в дозе 1000 мг внутривенно, с последующим ежедневным приемом преднизолона в дозе 0,5 мг/кг, пациентам с ИФА пульстерапия проводилась совместно с ЦФ ежемесячно в течение первого года в дозе 500 мг/м<sup>2</sup>. В случае обнаружения у больных цитопении и сопутствующих инфекционных заболеваний введение циклофосфана прекращалось.

Динамика ФВД оценивалась до и после пяти лет лечения с помощью теста Вилкоксона у 46 пациентов: 18 с ИФА (средний возраст 54,3 ± 2,8; 4 мужчин, 14 женщин) и 28 с ИИП (средний возраст 52,5 ± 1,2; 8 мужчин, 20 женщин). У больных с ИФА выявлено снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) с 70,5 ± 17% до 52,5 ± 28,5 (p < 0,04), в то время как у пациентов с ИИП отмечалась стабильность ЖЕЛ (79 ± 28,5% and 76 ± 23%). Другие параметры ФВД (ФЖЕЛ, SpO<sub>2</sub>, тест с 6-минутной ходьбой) оставались практически неизменными, что может указывать на положительный эффект от используемой схемы лечения.

**Вывод.** Активная иммуносупрессивная терапия ГКС и ЦФ является эффективным методом лечения у больных с ИИП и ИФА.

**Ключевые слова:** идиопатическая интерстициальная пневмония, идиопатический фиброзирующий альвеолит

ID: 2014-04-1212-T-3424

Тезис

Исмаилова А.С.

**Рисполепт в комплексной терапии раннего детского аутизма органического и процессуального генеза**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Филиппова Н.В.*

**Цель исследования:** оценка клинической эффективности и безопасности Рисполепта в комплексной терапии раннего детского аутизма органического и процессуального генеза.

**Материал и методы.** Проводилась терапия Рисполептом 124 детей в возрасте 3–10 лет, находившихся в 2010–2013 гг. под наблюдением в учреждениях психиатрического профиля г. Саратова. Из них 54 ребенка с диагнозом «процессуальный РДА» и 70 детей с диагнозом «органический РДА» по МКБ-10. Контрольную группу составили 45 детей без признаков психического заболевания в возрасте 3-10 лет. Доза препарата рассчитывалась в соответствии с рекомендациями ведущих отечественных и зарубежных детских психиатров с учетом возраста ребенка.

Для оценки спектра терапевтической активности препаратов в исследовании использовалась шкала Clinical Global Impression (CGI). Регистрация побочных эффектов проводилась по шкале Treatment Emergent Symptom Scale (TESS). Оценка по шкалам осуществлялась до начала терапии, а также каждые 7 дней на протяжении всего терапевтического курса.

**Обсуждение результатов и выводы.** Можно сделать вывод о том, что лечение малыми дозами препарата эффективно и безопасно в детском возрасте. Назначение Рисполепта у детей с РДА как процессуального, так и органического генеза приводило к заметному улучшению когнитивных функций, внимания, работоспособности, мышления, речи, социального поведения. Наблюдение показывает, что щадящий режим терапии и индивидуальный подход к выбору лечебных дозировок, отказ от форсирования максимальных суточных дозировок позволяет применять Рисполепт длительно без риска осложнений для физического здоровья детей.

За время проведенной терапии не было зафиксировано серьезных побочных эффектов, четко связанных с приемом препарата. По шкале TESS отмечены только незначительные, преимущественно в начале терапии вегетативные отклонения (нарушения сна, головные боли, неприятные ощущения в области эпигастрия); в единичных случаях наблюдались аллергические проявления в виде кожной сыпи, небольшая прибавка в весе, которые ликвидировались самостоятельно и не повлекли отмены препарата.

**Ключевые слова:** ранний детский аутизм, лечение, Рисполепт

ID: 2014-04-8-T-3438

Тезис

Романова Т.А.

**Особенности развития и лечения артериальной гипертензии у больных ревматоидным артритом***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научные руководители: д.м.н. Никитина Н.М., к.м.н. Александрова Н.Л.*

Артериальная гипертензия (АГ) в Российской Федерации (РФ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. По материалам Федеральной программы «Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации» распространенность АГ составляет 39,5%.

Ревматоидный артрит остается одним из наиболее распространенных заболеваний суставов, а анализ данных литературы свидетельствует о высокой частоте развития у них кардиоваскулярной патологии. Выявлена высокая частота встречаемости АГ (59,6%) у больных РА. У большинства пациентов (59,7%) диагностика АГ происходит на фоне уже имеющего РА. Отмечается нарастание числа случаев АГ с увеличением продолжительности РА и активности заболевания.

Мы проанализировали особенности лечения у 2-х групп больных: 39 женщин с РА в сочетании с АГ, развившейся до РА (средний возраст  $58,3 \pm 12,3$  лет, средняя продолжительность АГ – 16,97 лет, средний возраст дебюта АГ -  $40,8 \pm 6$  лет); 31 женщина с АГ (средний возраст  $58,6 \pm 5,4$  лет, средняя продолжительность артериальной гипертензии – 16,8 лет, средний возраст дебюта АГ -  $41,8 \pm 4$  год). По стадии АГ и риску развития фатальных сердечно - сосудистых осложнений (SCORE) пациенты обеих групп были сопоставимы.

При АГ и РА средний риск имели 15,4%, высокий и очень высокий риск - 30,8% пациентов, а при использовании модифицированного SCORE больные с высоким риском составили 46,2% . При изолированной АГ средний риск имели 9,3%, высокий и очень высокий - 48% больных.

69,3% пациентов с РА и АГ получали регулярную антигипертензивную терапию, 33,3% из них - комбинации гипотензивных препаратов. В группе больных изолированной АГ 74,2% и 30,4% соответственно. У 30,7% больных РА коррекция антигипертензивной терапии проводилась только в стационаре, что может быть связано с недооценкой риска развития кардиоваскулярной патологии. Наиболее часто применяемыми группами препаратов для лечения АГ у пациентов с РА являются иАПФ (71,1% больных) и  $\beta$ -блокаторы (40% пациентов). Антагонисты кальция на амбулаторном этапе получали только 18,2% больных РА, в то время как клинические исследования свидетельствуют, что антагонисты кальция – класс препаратов, которые не теряют эффективности при сочетании с НПВП в отличие от  $\beta$ -блокаторов и иАПФ.

У больных АГ на амбулаторном этапе одинаково часто использовались как иАПФ, так и  $\beta$ -блокаторы (61,2%), блокаторы ангиотензиновых рецепторов (35,4%), антагонисты кальция (25,8%).

**Выводы.** Высокая частота встречаемости АГ у больных РА требует контроля уровня АГ у всех больных РА для наиболее ранней диагностики и своевременной коррекции АГ. У больных РА частота использования регулярной гипотензивной терапии ниже, чем у больных АГ, что может быть связано с недооценкой риска развития сердечно – сосудистых осложнений.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ревматоидный артрит

ID: 2014-04-1656-T-3439

Тезис

Софьина А.В.

### **Бета-лактамазы расширенного спектра – проблема современной антибиотикотерапии**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

«Бета-лактамазы расширенного спектра (БЛРС)» действия объединяют большое число бактериальных ферментов, способных расщеплять цефалоспорины III-IV поколений и азтреонам, наряду с пенициллинами и ранними цефалоспоридами, проявляющие чувствительность к ингибиторам  $\beta$ -лактамаз. Изучение распространения возбудителей, способных вырабатывать подобные ферменты, особенно актуально в связи с преобладанием в схемах лечения многих внебольничных и внутрибольничных инфекций препаратов  $\beta$ -лактаминового ряда. Согласно данным Европейского сообщества, ежегодно регистрируется около 400 тысяч инфекционных заболеваний, вызванных возбудителями с множественной устойчивостью к антибиотикам, от которых погибают десятки тысяч человек.

**Цель:** проанализировать распространённость в России микроорганизмов, вырабатывающих  $\beta$ -лактамазы расширенного спектра действия.

Сравнительный анализ зарубежных публикаций и результатов проведенных в России в 90-х годах многоцентровых проспективных эпидемиологических исследований УТИАР-I, УТИАР-II, АРМИД, АРИМБ, а также в первое десятилетие XXI века - ПеГАС-I, ПеГАС-II и ПеГАС-III показал, что за период с 1998 по 2013 количество возбудителей, вызывающих инфекции дыхательных и мочевыводящих путей на амбулаторном этапе, увеличилось в среднем с 1,2% до 4,1% для *E.coli* и с 1,4% до 6,8% *K.pneumoniae*. За такой же период число резистентных штаммов *E.coli*, *K.pneumoniae* и *P.mirabilis* в стационарах, включая условия ОРИТ, увеличилось в разы - с 60 до 84%, с 16 до 55% и с 19 до 61% соответственно. Таких темпов роста БЛРС не было выявлено ни в одной стране мира, где производится мониторинг резистентности среди микроорганизмов.

Таким образом, изучение эпидемиологии  $\beta$ -лактамаз является важной задачей современных лабораторий, исследующих механизмы устойчивости к  $\beta$ -лактамам. Своевременная и правильная детекция  $\beta$ -лактамаз расширенного спектра действия позволит существенно повысить эффективность антибактериальной терапии.

**Ключевые слова:** БЛРС, резистентность, антибиотикотерапия

ID: 2014-04-1212-T-3453

Тезис

Собакина О.Ю.

**Личностные ценности у больных алкоголизмом***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Ледванова Т.Ю.*

У больных алкоголизмом глубоко изменены иерархия личностных ценностей, нормативные установки и мотивы социального поведения. Эффективное лечение этих больных возможно лишь при комплексной коррекции смыслов индивидуального существования, стереотипов поведения и системы убеждений.

**Цель:** изучение работ отечественных авторов, посвященных проблеме ценностно-смысловых ориентаций больных алкоголизмом.

Карпец В.В. установил, что патология личности представлена прежде всего нарушениями в ценностно-мотивационной сфере. Алкоголизм меняет строение и иерархию смыслов и установок личности, ее мотивы и ценности, нарушает опосредованность и смысловое значение мотивов, изменяя прежнюю деятельность и образ жизни, превращая их в патологический процесс.

Грузд Л.В. показала, что в ценностном мире зависимых имеются противоречия между реальными ценностями, связанными с удовлетворением алкогольной потребности и декларируемыми ценностями.

Грязновым И.М. была выявлена невыстроенность иерархичности, хаотичность и трудности в выборе предпочтений, ориентации в ценностях у больных с алкогольной зависимостью.

Константинова В.В. проанализировала взаимосвязь ценностных ориентаций лиц, страдающих от алкогольной зависимости и их отношения к здоровью, мотивации на выздоровление. Ценность здоровья в большинстве случаев декларировалась больными в рамках социальной желательности, что можно расценить как проявление психологических защит.

Таким образом, в индивидуально-психологических особенностях зависимой личности, определяющих ее поведение, описана определенная специфика, выражающаяся в депрессивном стиле мышления, чертах нонкомформизма, лживости, резонерстве, манипулятивном стиле общения с окружающими, эгоцентричности установок, разобщенности с окружающим миром.

Результаты исследований представляют практическое значение для осуществления эффективной социально-психологической реабилитации и коррекции зависимой личности в плане формирования новой структуры смысложизненных ценностей.

**Ключевые слова:** алкоголизм, смысловые и ценностные ориентации



ID: 2014-04-1212-T-3457

Тезис

Бордунова Д.В.

### Психоэмоциональное состояние женщин с климактерическим синдромом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Научный руководитель: асс. Антонова А.А.

В настоящее время актуальной проблемой остается разработка прогностических критериев терапии климактерического синдрома (КС) с учетом психоэмоциональных нарушений.

**Цель исследования:** сравнить психоэмоциональное состояние у женщин при легкой, средней и тяжелой степени тяжести климактерического синдрома.

**Материал и методы.** Обследовано 24 пациентки в возрасте от 45 до 59 лет. Для исследования психоэмоционального состояния пациенток использовались: общеклинический, клинко-психопатологический и психометрический метод.

**Результаты.** У 62,5% обследованных женщин были выявлены факторы, влияющие на развитие психических расстройств: болезнь или смерть близких (33,33%), проблемы на работе (16,67%), проблемы с детьми (8,33%), плохие отношения в семье (4,17%).

Проведенное клинко-психопатологическое обследование позволило выявить основные синдромы, встречающиеся у исследуемой группы женщин: астенический (87,5%), сенесто-ипохондрический (45,83%), тревожно-депрессивный (33,33%), депрессивный (20,83%).

При проведении психометрического обследования были получены следующие результаты по шкалам: депрессии HDRS-21  $23,08 \pm 5,82$ , тревоги HARS  $20,79 \pm 6,86$  и CGI-S  $4,54 \pm 0,58$ . При обследовании гинекологом получены следующие средние значения модифицированного менопаузального индекса  $32,67 \pm 14,04$ .

При проведении регрессионного анализа была получена математическая модель, описывающая зависимость между значениями, характеризующими степень тяжести климактерического синдрома по менопаузальному индексу, и значениями, оценивающими уровень тревоги по шкале Гамильтона:

**Выводы:**

1. Психоэмоциональные расстройства у женщин с климактерическим синдромом отличаются значительным полиморфизмом.
2. Выявлена достоверная зависимость между значениями, оценивающими степень тяжести климактерического синдрома (МИ) и тревоги по шкале Гамильтона.

**Ключевые слова:** климактерический синдром, женщины, психоэмоциональное состояние

ID: 2014-04-1212-T-3509

Тезис

Китавина В.И.

**Варианты развития шизофрении с учетом полиморфизма гена BDNF***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Колесниченко Е.В.*

Исследования шизофрении с ранним началом представляют особый интерес в силу своей немногочисленности.

**Цель:** исследовать клинико-терапевтические особенности шизофрении с ранним началом с учётом полиморфизма гена мозгового нейротрофического фактора (BDNF).

**Материал и методы.** В исследование были включены 142 пациента (средний возраст – 29,7 + 0,8 лет), страдающих шизофренией (F 20.0 по критериям МКБ-10) с ранней манифестацией заболевания (средний возраст манифестации – 14,9 + 0,25; длительность болезни – 14,5 + 0,9 лет), проходивших лечение в психиатрических стационарах г. Саратова и Саратовской области. Был исследован полиморфизм Val66Met (аллели Val и Met) для гена BDNF;

Анализ анамнестических данных позволил выделить три группы пациентов с различными вариантами развития болезни: респондеры, патреспондеры и нонреспондеры.

Основным критерием включения в группу респондеров (n=14) было отсутствие на фоне поддерживающей терапии выраженных проявлений прогрессивности процесса с сохранением удовлетворительного уровня социальной адаптации.

Обобщённой характеристикой группы патреспондеров (n=71) являлось постепенное утяжеление течения процесса наряду со снижением социального функционирования.

С самого начала болезни в психическом состоянии пациентов, включенных в группу нонреспондеров (n=57), отмечались выраженные негативные и продуктивные расстройства, вызывающие значительное социальное снижение.

Среди носителей аллельного варианта Met+ гена BDNF нонреспондеры встречались чаще, а респондеры реже, чем среди носителей аллельного варианта Met-, однако различия не достигали уровня статистической достоверности.

**Ключевые слова:** шизофрения, раннее развитие, полиморфизм генов

ID: 2014-04-1212-T-3543

Тезис

Янушко П.С., Гущина О.В.

### Исследование аффективных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Барыльник Ю.Б.

Известно, что аффективные расстройства сопровождают алкогольную зависимость на всех этапах ее развития, являясь в ряде случаев, этиологическим фактором развития психической зависимости от алкоголя.

**Цель исследования:** оценка аффективных расстройств и их влияния на частоту госпитализаций у пациентов с алкогольной зависимостью.

**Материал и методы.** Нами было проведено клинико-психопатологическое обследование 70 пациентов (45 мужчин, 25 женщин) с синдромом зависимости от алкоголя (F10.22.2). Возраст пациентов  $44.6 \pm 7.6$  лет. Использовались методики: шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton M., 1967), шкала Цунга для оценки уровня тревоги (Zung U., 1971). Проведён ретроспективный анализ анамнестических сведений архивных карт пациентов. Работа проводилась в психиатрических отделениях ГУЗ СОПБ в 2013-2014г.

**Результаты.** У 72% пациентов выявлена тревога легкой и умеренной степени в течение 1-ой недели госпитализации, в этот же период у 65% пациентов обнаружено депрессивное расстройство легкой и средней степени тяжести; среди этих пациентов 80% имели неоднократные госпитализации для наркологической помощи. Большинство пациентов без тревоги и депрессивного расстройства госпитализировались первично. Анализ ретроспективных данных показал, что пациенты, получающие анксиолитическую и антидепрессивную терапию, имеют меньшее число госпитализаций, чем без нее.

**Выводы.** Уровень тревоги и степень депрессивного расстройства соответствуют выраженности психической зависимости от употребления алкоголя. Терапия алкогольной зависимости без сопутствующей противотревожной и антидепрессивной терапии является менее эффективной.

**Ключевые слова:** тревога, депрессия, алкогольная зависимость

ID: 2014-04-8-T-3552

Тезис

Хайрова Д.Н.

**НПВП–ассоциированные гастропатии: факторы риска, тактика лечения***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета**Научный руководитель: д.м.н., профессор Кашкина Е.И.*

**Актуальность.** НПВП являются одними из наиболее часто назначаемых в ревматологической практике препаратов, в связи с чем вопросы их безопасности и выбора метода лечения при развитии НПВП-гастропатии представляются чрезвычайно актуальными.

**Цель исследования:** проанализировать факторы риска и тактику лечения НПВП-гастропатий у больных ревматологического профиля.

**Материал и методы.** С помощью специально разработанной анкеты опрошено 40 пациентов в возрасте от 30 до 70 лет (27 женщин и 13 мужчин), находившихся на лечении в отделении ревматологии Областной клинической больницы г. Саратова преимущественно по поводу остеоартроза (85%). Длительность приема НПВП составила  $3,8 \pm 0,5$  года.

**Результаты.** В период приема НПВП ЭГДС проведена 70% больных (в первый год терапии в 22,5% случаев), при этом признаки гастропатии в виде эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны были обнаружены у 62,5% пациентов. У 7,5 % - изменений не выявлено. На *Helicobacter pylori* обследованы лишь 5% больных, им проведена эрадикационная терапия, однако контроль ее эффективности не проводился. Среди факторов риска НПВП-гастропатий наиболее часто встречались: наличие сопутствующей патологии (67%), применение двух НПВП (25%), возраст старше 65 лет и язвенный анамнез имели по 22,5% пациентов, курение и/или употребление алкоголя в 10%, инфицирование *H. pylori* в 5% случаев. Гастропротекция назначалась в 85% случаях (с первых месяцев терапии - в 18% случаев). Антисекреторные средства для гастропротекции назначались 80% пациентов. С этой целью у 96,4% больных применялись ингибиторы протонной помпы (ИПП), при этом использовались лишь препараты омепразола. В сочетанном приеме ИПП и антацидов нуждались 12,5% пациентов.

**Выводы.** Высокий риск развития НПВП-гастропатии диктует необходимость раннего проведения ЭГДС для оценки состояния слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, обязательного исследования на *H. pylori* для выбора оптимальной тактики лечения больных ревматологического профиля.

**Ключевые слова:** НПВП-ассоциированные гастропатии

ID: 2014-04-8-T-3553

Тезис

Цыбулина А.В.

**"Амиодароновое легкое": клиническое наблюдение**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России  
ГУЗ "Областная клиническая больница", г. Саратов*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Кароли Н.А.*

Больной П., 58 лет, в апреле 2013г поступил в отделение пульмонологии ОКБ г.Саратова с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, малопродуктивный кашель с отделением небольшого количества светло-коричневой мокроты, перебои в работе сердца. Пациент на протяжении 5 лет страдает мерцательной аритмией, постоянной терапии не получает. За 10 дней до госпитализации у больного появилось сердцебиение (пульс 120-130 уд. в мин со слов больного), за медицинской помощью не обращался, самостоятельно начал принимать кордарон (суточная доза 1200 мг), на фоне чего тахикардия прекратилась. Через 5-6 дней после начала приема препарата появилась выраженная одышка в покое, периодически непродуктивный кашель. Одышка постепенно прогрессировала, появилась мокрота, температура тела не повышалась. При поступлении: состояние средней тяжести, ЧДД 21-22 в мин, одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке, аускультативно-дыхание жесткое, базальная крепитация с двух сторон. Мерцательная аритмия с ЧСС 68 уд в мин. При КТ-легких были выявлены изменения по типу «матового стекла», при спирографии- нарушения ФВД по смешанному типу: ЖЕЛ-61%, ФЖЕЛ-55%, ОФВ1-59%, ОФВ1/ФЖЕЛ-85%,СРБ-24 мг/л, оксигенация крови 96% в покое, при нагрузке 84-85%.

С учетом анамнеза заболевания (длительный прием кордарона в максимальной суточной дозе) и выявленных изменений в легких было установлено наличие интерстициальной пневмонии лекарственного генеза («амиодароновое легкое»). Учитывая наличие «матового стекла», повышения СРБ, была проведена пульс-терапия преднизолоном 510 мг № 3, назначен преднизолон рег os 20 мг/сут. На фоне терапии наблюдалось уменьшение выраженности одышки, отсутствие кашля, при аускультации крепитация в меньшем объеме. Больной выписан в удовлетворительном состоянии, в качестве альтернативной антиаритмической терапии назначен бисопролол.

Данное наблюдение представляет интерес вследствие трудности диагностики заболевания, индуцированного амиодароном, из-за отсутствия специфических клинических и морфологических проявлений.

**Ключевые слова:** амиодароновое легкое

ID: 2014-04-8-T-3570

Тезис

Фирсунина О.А.

**Случаи выявления туберкулеза у пациентов пульмонологического отделения городской больницы  
(ретроспективный анализ)***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н., доцент Шашина М.М.*

**Цель исследования:** выявление клинических особенностей легочного процесса у данного контингента, установление предикторов вероятной специфичности заболевания у пациентов пульмонологического профиля.

**Материал и методы:** ретроспективный анализ историй болезни 20 пациентов пульмонологического отделения с предположительным диагнозом туберкулезной инфекции.

**Результаты.** Все пациенты - трудоспособного возраста (средний возраст составил  $42 \pm 0,14$ ), среди них 70% – мужчины. У 40% - ВИЧ-инфекция, у 25% - в анамнезе тbc легких. У 60% больных диагноз при поступлении - «внебольничная пневмония»; 20% - «экссудативный плеврит». У 75% пациентов симптомы были «маломанифестными» - слабость, нарастающая постепенно одышка, кашель, субфебрилитет. Состояние расценено как средне-тяжелое у 45%, удовлетворительное -35%. У 50% - отмечалось ускорение СОЭ ( $24 \pm 0,24$ ), в 30% лейкопения (у ВИЧ-инфицированных), у 65% СРБ (+). При Rg ОГК — у 50% выявлен плевральный выпот, проведено 7 плевральных пункций: получен экссудат лимфоцитарного характера, объемом в среднем  $910 \pm 9$  мл. Все пациенты получали АБ широкого спектра действия - у 30% отмечалась положительная клиническая динамика при сохраняющихся Rg-изменениях. У 4 пациентов (20%) выполнена КТ легких, выявлено наличие полостей распада, чего не обнаруживалось при обычном обследовании. Анализ мокроты выполнен у 55%, в 2 случаях — МБТ(+). 15 пациентам (75%) фтизиатром рекомендован перевод в ДДО ОКТБ для верификации туберкулезной этиологии, у 5 (25%) диагностирован туберкулез легких.

**Выводы.** В группу риска по развитию тbc относятся социально-неблагополучные лица, ВИЧ-инфицированные. Предикторами возможной туберкулезной этиологии легочного процесса могут служить маломанифестные, рецидивирующие и затяжные формы заболевания, отсутствие положительной рентгенологической динамики на фоне неспецифической АБ-терапии. Пациентам группы риска необходимо выполнение КТ легких (как более информативного метода выявления туберкулеза по сравнению с рутинным рентгенологическим обследованием), обязательно - исследование мокроты на МБТ.

**Ключевые слова:** туберкулез

ID: 2014-04-8-T-3581

Тезис

Бакутов С.В., Волкова Н.Ю., Кузьменко А.Н.

### Негативные метаболические последствия терапии диуретиками

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра поликлинической терапии*

*Научные руководители: к.м.н. Губанова Г.В., к.м.н. Рябошапка А.И.*

**Актуальность.** Использование большого числа фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов, включающих гидрохлоротиазид, требует мониторинга метаболических показателей с целью предупреждения возможных негативных последствий терапии диуретиками.

**Цель:** описание клинического случая осложнения фармакотерапии артериальной гипертензии.

**Материал и методы.** Больная Н., 78 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль и отечность первого левого плюсне-фалангового сустава, появившуюся два дня назад. 6 месяцев назад было выявлено повышение АД до 170 и 100 мм рт. ст. На фоне назначения эналап Н 10мг+25мг/сут уровень АД снизился до 135 и 85 мм рт. ст. При объективном обследовании обращено внимание на отечность и гиперемию первого левого плюсне-фалангового сустава. Привлекали внимание лейкоцитоз ( $12.4 \times 10^9/\text{л}$ ), повышение СОЭ до 48мм/ч, гипергликемия (10.8ммоль/л), гиперурикемия (830мкмоль/л). При этом уровень HbA1c оставался в пределах нормы (5%). На рентгенограмме стоп незначительное сужение суставной щели. Полученные данные расценены как Артериальная гипертензия. Подагра, нарушение толерантности к глюкозе. Проводимая терапия дополнена диетическими рекомендациями, найзом 400мг в сутки. Эналап Н был заменен на престанс 5мг+5мг/сут. В результате лечения у пациентки через месяц жалобы купировались, лабораторные показатели нормализовались. Дальнейшее наблюдение в течение года не выявило нарушений в углеводном и пуриновом обмене, что позволяет предположить лекарственный генез имевшихся проявлений заболевания.

**Выводы.** Представленная клиническая иллюстрация подтверждает необходимость уточнения лекарственного анамнеза при остро возникшем суставном синдроме неясного генеза.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, диуретики

ID: 2014-04-8-T-3582

Тезис

Куценко Е.В., Дорошина М.Г.

**Диагностические и терапевтические аспекты болезни Крона***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов  
МУЗ "Городская клиническая больница №5", г.Саратов**Научный руководитель: к.м.н., доцент Веселов В.В.*

Клинические симптомы болезни Крона неспецифичны и вариабельны, начальный период болезни характеризуется скудными эндоскопическими данными и неспецифическими морфологическими признаками.

Больной А., 17 лет, находился с 09.12.13. по 20.12.13. на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГКБ №5 с диагнозом: Болезнь Крона тонкой и подвздошной кишки, высокая эндоскопическая активность, непрерывно-рецидивирующее течение. Предъявлял жалобы на боли во всех отделах живота. Болен с 13-летнего возраста, когда стали беспокоить боли во всех отделах живота, повышение температуры тела до 39<sup>0</sup>С; похудел за 2 недели на 17 кг. Находился на лечении в Энгельской ЦРБ, затем в НЦЗД РАМН г. Москвы. При колоноскопии выявлялись эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки подвздошной кишки, при гистологическом исследовании – обширная лимфоцитарная инфильтрация в слизистом и подслизистом слое подвздошной кишки. Диагностирована болезнь Крона. Проведен курс лечения ремикейдом с положительным эффектом. В последующем получал азатиоприн и метипред. При прекращении лечения наблюдались рецидивы заболевания. Неоднократно госпитализировался в ГБ №2 г. Энгельса. С декабря 2013г. последнее ухудшение с появлением абдоминального болевого синдрома. Проведена видеокапсульная эндоскопия, которая выявила множественные эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки подвздошной кишки. Направлен на госпитализацию в 5 ГКБ, где проведена иммуносупрессивная терапия азатиоприном с положительным эффектом - абдоминальный болевой синдром купировался.

Таким образом, заболевание характеризовалось отсутствием типичных признаков трансмурального поражения кишечника и специфических морфологических изменений. Однако, локализация эрозивно-язвенных поражений в подвздошной кишке, похудание, повышение температуры тела, абдоминальный болевой синдром, а также молодой возраст заставляют думать о болезни Крона.

**Ключевые слова:** болезнь Крона



ID: 2014-04-8-T-3583

Тезис

Урис Д.Д.

### **Болезнь Вильсона-Коновалова**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов*

*Научный руководитель к.м.н., асс. Пахомова А.Л.*

Болезнь Вильсона–Коновалова – редкое наследственное заболевание, обусловленное нарушением метаболизма меди. Наше клиническое наблюдение демонстрирует трудности диагностики и эффективность патогенетической терапии.

Больная К., 24 лет, наблюдается в гастроэнтерологическом отделении 5ГКБ в течение 4 лет. Первыми проявлениями болезни стали желтуха, слабость. При обследовании выявлен цирроз печени неясной этиологии. Лечилась преднизолоном, азатиоприном с незначительным эффектом. В апреле 2011г самостоятельно прекратила лечение, около 1,5 лет сохранялось удовлетворительное самочувствие. В сентябре 2012г. появился асцит, отеки ног, желтуха, отмечалось изменение функциональных показателей печени. Получала гептор, верошпирон, метадоксил с временным эффектом. В апреле 2013г. снова появилась желтуха, асцит. Обнаружены портальная гипертензия, спленомегалия, варикоз вен пищевода II степени. Проводилось лечение преднизолоном, азатиоприном, гептором, верошпироном, фуросемидом. В течение месяца состояние ухудшилось, появился выраженный тремор. Заподозрена болезнь Вильсона-Коновалова. При обследовании: снижен церулоплазмин крови, экскреция меди с мочой в норме, кольцо Кайзера-Флейшера не обнаружено. Назначены диетотерапия, купренил, препараты цинка, гепатопротекторы, диуретики с хорошим эффектом - уменьшился асцит, желтуха, исчез тремор. В ноябре 2013г. консультирована неврологом НЦ Неврологии. Диагноз болезнь Вильсона-Коновалова подтвержден. Последняя госпитализация с 4.12.13 по 12.12.13, диагноз: Болезнь Вильсона-Коновалова. Цирроз печени, класс В по Чайльд-Пью. Портальная гипертензия. Спленомегалия. Тромбоцитопения. Хронический панкреатит в фазе ремиссии. На момент госпитализации жалоб не предъявляла.

Объективные данные: Состояние удовлетворительное, контактна. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Асцита, периферических отеков нет. ИМТ 19. Проведены обследование и патогенетическая терапия. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

**Ключевые слова:** болезнь Вильсона-Коновалова, диагностика, лечение

ID: 2014-04-8-T-3597

Тезис

Данилова Е.В., Деркач В.Ю.

**Сложный случай диагностики заболевания суставов***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н., асс. Александрова О.Л.*

Сочетание двух заболеваний суставов встречается редко. Постановка диагноза даже одного заболевания в ревматологии может представлять сложности, в случае присоединения второго – постановка диагноза становится еще более трудной. Представляем случай сочетания 2 ревматических заболеваний, постановка диагноза которых представляла сложности.

Сочетание двух заболеваний суставов встречается редко. Постановка диагноза даже одного заболевания в ревматологии может представлять сложности, в случае присоединения второго – постановка диагноза становится еще более трудной. Представляем случай сочетания 2 ревматических заболеваний, постановка диагноза которых представляла сложности.

Больному К., в 20-летнем возрасте в связи с артритом мелких суставов кистей был поставлен диагноз ревматоидного артрита, назначен преднизолон (ПР) внутрь 40 мг в день на 2 недели с хорошим эффектом. Через 6 лет в связи с рецидивом болей в суставах кисти, появлением болей в позвоночнике и рентгенологических изменениях в крестцово-подвздошных сочленениях был выставлен диагноз анкилозирующего спондилита с умеренной активностью. Был назначен ПР 30 мг/день с дальнейшим снижением до 10 мг/день. Через 11 лет с момента дебюта суставного синдрома впервые появились типичные псориатические бляшки на волосистой части головы, на локтях, в связи с чем был установлен диагноз псориатический артрит, к лечению добавлен метотрексат 7,5 мг, а затем 12,5 мг в неделю. На фоне непереносимости метотрексата, вынужденных перерывов в его приеме, упорных рецидивирующих синовитов коленных суставов 1-2 раза в год приходилось прибегать к внутрисуставному введению дипроспана, а на период обострения повышать дозу ПР внутрь до 15-30 мг, принимать нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). С 35 лет появился бурсит левого локтевого сустава и подкожное образование 10\*14 мм плотно-эластической консистенции, расцененное как тофус. С учетом рецидивирующих синовитов суставов нижних, а затем верхних конечностей, серонегативного характера артрита, хорошего ответа на ПР и НПВС, появления тофусов и повышения уровня мочевой кислоты крови более 460 мкмоль/л, употребления большого количества мясной пищи, вторым основным заболеванием был выставлен подагрический артрит. Больному рекомендовано соблюдение малопуриновой диеты, назначен аллопуринол.

Таким образом, правильный диагноз псориатического артрита был поставлен спустя 11 лет с момента дебюта заболевания, еще через 4 года был диагностирован подагрический артрит. Следует внимательнее относиться к ранним симптомам заболевания, чтобы вовремя поставить диагноз и назначить адекватное лечение.

**Ключевые слова:** псориаз, подагра, артрит

ID: 2014-04-8-T-3613

Тезис

Пластинина Е.С., Акманова А.Р.

## Распространенность хронической обструктивной болезни легких у пациентов кардиологического профиля

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шаповалова Т.Г.

**Цель:** выявление распространенности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у пациентов кардиологического профиля

**Задачи:** изучить частоту встречаемости, факторов риска ХОБЛ и обструктивных нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) среди пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, а также наличие и адекватность поддерживающей терапии ХОБЛ.

**Материал и методы.** На первом этапе проводилось анкетирование 48 пациентов, госпитализированных в кардиологические отделения МУЗ ГКБ № 8 г.Саратова в декабре 2013 г с использованием оригинального опросника, составленного авторами и состоящего из 14 вопросов. Критерии исключения: пациенты, госпитализированные по тяжести состояния в отделение реанимации и интенсивной терапии с острым инфарктом миокарда, прогрессирующей сердечной недостаточностью и пароксизмальными нарушениями ритма. На втором этапе пациентам с факторами риска и симптомами ХОБЛ выполнялось измерение односекундного выдоха (ОФВ1) портативным спирометром (spid 6).

**Результаты.** Средний возраст обследуемых составил - 64,5 года  $\pm 0,06$ , в том числе м - 26 чел (54%) и ж - 22 чел (46%). По нозологическим формам пациенты распределились следующим образом: нестабильная стенокардия -9 чел (19%), артериальная гипертония (АГ) - 10 чел (21%), ХСН-15 чел (31%), перенесенный инфаркт миокарда - 10 чел (21%), стенокардия напряжения - 1 чел (2%), дисгормональная кардиопатия -1 (2%), перенесенная ТЭЛА - 1 чел (2%), нейро-циркуляторная астенция -1 чел (2%).

У 19 чел (25%) выявлен важный фактор риска ХОБЛ - курение, причем интенсивное курение (20 и более сигарет в сутки) с длительным стажем (20 и более лет) было отмечено у 14 чел (29%). Контакт с профессиональными вредностями (пыль, кислоты, щелочи) отметили 17 чел (35%). Снижение ОФВ1 было выявлено у 8 чел (16%). Вместе с тем, диагноз ХОБЛ ранее был установлен только у половины пациентов с выявленными обструктивными нарушениями ФВД (8%), и только двое из них получали нерегулярную базисную терапию формотеролом (комбинированным препаратом форадел-комби), на фоне которой сохранялись симптомы легочного заболевания ввиду низкой комплаентности лечения.

**Заключение.** Почти у половины обследованных пациентов были выявлены факторы риска ХОБЛ, у 16% имелись обструктивные нарушения ФВД. У больных с ранее установленным диагнозом ХОБЛ отсутствовала адекватная поддерживающая терапия.

**Ключевые слова:** ХОБЛ

ID: 2014-04-8-T-3632

Тезис

Федоритова М.О.

**Особенности терапии ВИЧ-ассоциированной нефропатии***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета**Научный руководитель: к.м.н., асс. Григорьева Е.В.*

**Актуальность.** На сегодняшний день более 33 млн. человек в мире инфицированы ВИЧ. Это обусловлено увеличением продолжительности жизни этих пациентов на фоне применения антиретровирусной терапии (АРВТ), а также высокой частотой возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции. Характерной особенностью ВИЧ является многолетнее течение, клинически связанное с прогрессирующим снижением иммунитета, поражением различных органов и систем, в том числе и почек.

Хроническая болезнь почек у ВИЧ-инфицированных пациентов представлена двумя клиническими вариантами – тубулоинтерстициальным (ТИ) и гломерулярным поражением (ГП). Преобладают ТИ поражения почек, что может быть обусловлено влиянием оппортунистических заболеваний и более частым применением лекарственных препаратов с нефротоксичным потенциалом.

Морфологическая структура ГП у пациентов с ВИЧ-инфекцией представлена иммунокомплексным гломерулонефритом и фокально-сегментарным гломерулосклерозом.

*Клиническое наблюдение.* Пациентка К., 35 лет, в течение 9 лет наблюдается с диагнозом ВИЧ. В отделение нефрологии госпитализирована в связи с развитием нефротического синдрома (суточная протеинурия 7,5 г/л, общий белок 39 г/л, альбумины 20,9 г/л, холестерин 7,2 ммоль/л), был назначен преднизолон в дозе 40 мг/сут. На этом фоне активность нефрита сохранялась, также отмечалось увеличение количества РНК-копий, снижение количества клеток CD4+, что свидетельствовало об увеличении вирусной нагрузки. К лечению были добавлены антиретровирусные препараты (комбивир 2 таб. в сут. и интеленс 4 таб. в сут.). На этом фоне отмечалось уменьшение количества РНК копий - менее 20, увеличение количества CD4+ до 2246 клеток, достижение ремиссии нефрита.

**Вывод.** ВИЧ-ассоциированная нефропатия требует назначения комбинированной терапии: ГКС и АРВТ.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, нефрит

ID: 2014-04-8-T-3644

Тезис

Хондкарян Э.В.

### Частота встречаемости электрокардиографических признаков при тромбоэмболии легочной артерии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

Научный руководитель: к.м.н., асс. Яковлева Е.В.

Диагностика тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) нередко представляет сложную задачу для практикующих врачей различного профиля. Одним из первоочередных доступных методов обследования является электрокардиография, которая в комплексе с другими методами дает возможность оценить вероятность развития ТЭЛА.

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости ЭКГ-признаков при ТЭЛА.

**Материал и методы.** Проведен анализ ЭКГ 75 пациентов многопрофильного стационара с установленным диагнозом ТЭЛА.

**Результаты.** Нарушения ритма регистрировались у 63% пациентов. Синусовая тахикардия встречалась в 31% случаев, синусовая брадикардия - в 3%. Фибрилляция предсердий отмечалась у 24%, среди её форм: постоянная тахисистолическая форма (16%), пароксизмальная форма (4%). Как признак перегрузки правого желудочка глубокий зубец S в V<sub>5</sub>-V<sub>6</sub> регистрировался в 49% случаев, блокада правой ножки пучка Гиса - в 40%. Признаки гипертрофии миокарда правого желудочка и поворот электрической оси сердца вправо встречались у 35% и 29% соответственно. Признак Q<sub>III/Sl</sub> был зафиксирован у каждого четвертого пациента. Отрицательный зубец T в грудных отведениях регистрировался у 20%, депрессия сегмента ST в грудных отведениях - у 11%. Появление P-pulmonale было отмечено у 7% пациентов. Экстрасистолии и пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия встречались по 1% случаев. У 15% пациентов с ТЭЛА изменения на ЭКГ отсутствовали.

**Выводы.** В 85% случаев ТЭЛА на ЭКГ регистрируются изменения. Наиболее часто это синусовая тахикардия, глубокий S в V<sub>5</sub>-V<sub>6</sub>, блокада правой ножки пучка Гиса. Несмотря на то, что эти признаки не являются специфичными, их появление при наличии риска развития ТЭЛА является основанием для проведения более углубленного обследования.

**Ключевые слова:** ТЭЛА, ЭКГ

ID: 2014-04-8-T-3645

Тезис

Бичурина Д.М., Чернова Ю.В.

**Инфекционные осложнения в отдаленные сроки после трансплантации почки (клиническое наблюдение)***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета**Научный руководитель: к.м.н., асс. Волошинова Е.В.*

Инфекции, в частности туберкулез, являются значимой причиной заболеваемости и смертности у реципиентов ренального трансплантата.

Пациент Б., 53 лет. В 1990г. выявлен гипертензивный гломерулонефрит. Через 5 лет - терминальная ХПН. В 1996 году - трансплантация почки от кадаверного донора, иммунодепрессия стандартная трехкомпонентная. В октябре 2013г. появилась фебрильная лихорадка, рентгенологически - инфильтративные изменения в правом легком, лейкоцитоз до  $13 \cdot 10^9$ /л. Несмотря на адекватную антибиотикотерапию сохранялся субфебрилитет. В это же время развивается гемиплегия справа. При МРТ - картина инфаркта в бассейне левой средней мозговой артерии. Функция трансплантата за все время наблюдения сохранна (креатинин крови 140 мкмоль/л). Через неделю ухудшение состояния: сопор, усиление гемипареза в конечностях. При рентгенографии в динамике: сохраняется инфильтрация легочной ткани, левосторонний выпот. В течение нескольких дней состояние с отрицательной динамикой: при прогрессировании сердечно-сосудистой недостаточности наступила смерть. При патологоанатомическом исследовании: острый милиарный туберкулез с поражением почечного трансплантата, легких, печени, пищевода. Экссудативно-некротические бугорки в почечном трансплантате. Множественные продуктивные бугорки в легких, печени, пищеводе. Множественные пиемические очаги в головном мозге.

Особенности случая: формирование первичного очага в почечном трансплантате с гематогенной диссеминацией; отсутствие рентгенологических признаков легочной диссеминации; смешанная этиология инфекционных осложнений; септические пиемические очаги в головном мозге с развитием перифокального воспаления с МРТ-картиной инфаркта головного мозга.

**Ключевые слова:** АТП, туберкулез, сепсис

ID: 2014-04-8-T-3648

Тезис

Чернова Ю.В., Бичурина Д.М.

### Опыт терапии первичного AL-амилоидоза

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Волошинова Е.В.*

Амилоидоз – группа заболеваний, характеризующихся внеклеточным отложением специфического фибриллярного белка амилоида в органах и тканях. Поражение сердца и почек отмечается у большинства больных AL-амилоидозом. Продолжительность жизни при поражении сердца - не более 6 месяцев.

Пациент К., 56 лет. В апреле 2012г. выявлен развернутый нефротический синдром (НС): протеинурия – 16 г/сутки, альбумины крови 18 г/л. Выполнена биопсия слизистой желудка и слизистой прямой кишки с окраской конго красным – результат отрицательный. При нефробиопсии выявлена мембранозная нефропатия с тубуло-интерстициальным повреждением; окраска конго красным расценена как ложно-положительная.

Терапия сверхвысокими дозами преднизолона и циклофосфана (суммарно 6 г) без эффекта. При повторной нефробиопсии выявлен амилоидоз с отложением конго-позитивных масс в клубочках и интерстиции. Пациенту проведена химиотерапии по схеме мелфалан - сверхвысокие дозы дексаметазона. НС купирован, однако функция почек была утрачена. На ЭХО КГ выявлялись признаки амилоидного поражения миокарда, которые на фоне химиотерапии нормализовались.

**Выводы.** Нефробиопсия остается единственным методом верификации амилоидоза. Возможны ложно-положительные результаты окраски конго красным, что преодолевается соблюдением алгоритма морфологического исследования (в поляризованном свете, иммуногистохимия).

Данное наблюдение демонстрирует первый в Саратове удачный опыт лечения системного AL-амилоидоза сверхвысокими дозами дексаметазона (через 2,5 года от начала заболевания нет признаков амилоидного поражения миокарда). Пациент получает заместительную почечную терапию программным гемодиализом.

**Ключевые слова:** амилоидоз, дексаметазон

ID: 2014-04-8-T-3681

Тезис

Данилова Е.В., Деркач В.Ю.

**Возможность самостоятельного обследования пациентов со спондилоартритами в рамках еженедельного дистанционного мониторинга активности и функционального статуса***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н., асс. Гайдукова И.З.*

Спондилоартриты (СпА) представляют собой заболевания, при которых пациенты нуждаются в длительном мониторинге функционального статуса и активности заболевания. Очный контакт пациента с врачом по ряду объективных причин не всегда возможен, тогда альтернативой становится дистанционное наблюдение за пациентом. Эффективное дистанционное наблюдение невозможно без разработки методов самообследования пациентов.

**Цель исследования:** показать возможность применения навыков самообследования в рамках еженедельного дистанционного мониторинга активности заболевания у пациентов со СпА.

**Материал и методы.** Обследовали 50 пациентов, госпитализированных в 2013 г. в ОКБ г. Саратова, отвечающих критериям ASAS для аксиального и периферического СпА. Каждому пациенту показывали методику подсчета числа болезненных и припухших суставов (ЧБС/ЧПС) из 68 и 66 суставов, соответственно. Через сутки после обучения счет ЧБС и ЧПС выполнял пациент и 2 исследователя. После того как результаты исследователей и пациента совпадали на 90% и более, пациент продолжал самообследование амбулаторно с частотой 1 раз в неделю. Пациенту выдавали дневники с бланками индексов активности BASDAI (the Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index) и функционального статуса BASFI (the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Результаты самообследования исследователи получали по телефону.

**Результаты.** 15 человек отказались от участия в исследовании после выписки, ссылаясь на нежелание вспоминать о своём состоянии дома. 12 человек через 3-5 недель перестали отвечать на звонки, ссылаясь на потерю анкет. 23 человека продолжили участие в исследовании на протяжении 12 недель, из них 18 человек регулярно заполняют дневник, куда заносят результаты самообследования. У 8-ми человек произошло снижение индекса BASDAI на 25%, решено уменьшить частоту мониторинга до 1 раза в 2 недели. У 3-х человек произошло увеличение ЧПС и ЧБС (в среднем – на 3-4 сустава) без существенного изменения BASDAI, у 5-ти – увеличение показателей BASDAI более чем на 25%. Выполнена консультация ревматолога с коррекцией лечения. Значимого изменения индекса BASFI не отметили.

18 человек относятся положительно к еженедельному контролю за состоянием здоровья, мотивируя это тем, что самообследование избавляет их от необходимости самостоятельной коррекции лечения при невозможности посещения врача.

**Выводы.** Показали возможность выполнения самостоятельного подсчета числа болезненных / припухших суставов, индексов BASDAI и BASFI у пациентов со СпА с последующим применением навыков самообследования в рамках еженедельного мониторинга активности СпА. Необходимо выполнение дальнейших исследований для выявления факторов, определяющих эффективность самообследования и дистанционного мониторинга при СпА.

**Ключевые слова:** спондилоартрит, анкилозирующий спондилит, дистанционный мониторинг



## Различные режимы наблюдения за пациентами со спондилоартритами ассоциируются с изменением приверженности лечению и эффективности терапии: результаты 18-месячного наблюдения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

**Ключевые слова:** серонегативные спондилоартриты, дистанционный мониторинг, комплаентность

### Введение

Спондилоартриты (SpA) – это группа системных воспалительных заболеваний, для которых характерно частое вовлечение в воспалительный процесс крестцово-подвздошных сочленений, позвоночника, наличие периферического моно - или олигоартрита, серонегативность по ревматоидному фактору, отсутствие ревматоидных узелков, семейные случаи заболевания, ассоциация с носительством HLA-B27 антигена, частое развитие энтезитов, типичные внесуставные проявления (увеит, поражение кожи и слизистых оболочек, воспалительные заболевания кишечника и т.д.) [1]. Основными заболеваниями, относящимися к спондилоартритам, являются: анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), псориатический артрит, реактивный артрит, артрит, ассоциированный с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, неспецифическим язвенным колитом), и недифференцированный спондилоартрит. Согласно рекомендациям ASAS/EULAR (the Assessment for Spondyloarthritis International Society / European League Against Rheumatism) 2010 [2] лечение SpA требует регулярного мониторинга активности заболевания, частота которого определяется особенностями клинических проявлений болезни, тяжестью заболевания, проводимым лечением, т.е. определяется индивидуально. В реальных условиях контроль активности заболевания представляет определенные сложности, обусловленные низкой доступностью ревматологической помощи, особенностями проживания, работы, личности пациента и другими факторами.

Имеются единичные данные об осуществимости дистанционного мониторинга активности при акс-SpA, эффективность же данного режима наблюдения за пациентом практически не изучалась и представляется актуальной проблемой.

Другой проблемой, изучаемой нами в настоящем исследовании, явился недостаточно высокий успех лечения пациентов со SpA, который возможно в ряде случаев ассоциируется не столько с неверным выбором лечения, сколько с нарушением рекомендаций, данных врачом. Степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача, согласно консенсусу ВОЗ от 2003 г. определяется термином «комплаентность» или «приверженность лечению» и может определять успех/неудачи лечения [3]. По нашим данным большое число пациентов с аксиальным SpA нарушает режим дозирования лекарственных средств. [4]. Это может стать причиной повышения активности заболевания, увеличения числа госпитализаций, снижения или даже потери пациентом трудоспособности. Возможно, что указанные последствия могут быть предотвращены при условии повышения приверженности пациентов лечению. Таким образом, изучение способов повышения приверженности лечению и эффективности терапии представляется малоизученной актуальной проблемой, решение которой может способствовать улучшению качества лечения пациентов с SpA.

**Цель исследования:** изучение приверженности лечению и результатов терапии при дистанционном мониторинге активности у пациентов со SpA.

### Материал и методы

На первом этапе исследования была разработана карта опроса пациента и ее электронный аналог – «Электронная карта обследования пациента со спондилоартритом – ЭКОП» (рационализаторское предложение № 2909 от 20.12.12 г.). Карты включали основные показатели оценки активности и функции пациента со SpA, рекомендованные национальными и международными организациями [2] и вопросы, уточняющие особенности приема пациентом лекарственных средств, причины изменения режима дозирования или отмены препаратов. По данным карт оценивали следующие показатели: общая оценка активности заболевания пациентом (ООАП) с применением визуальной аналоговой шкалы (ВАШ); общая оценка активности заболевания врачом (ООАВ) с применением ВАШ; число припухших суставов (ЧПС); счет энтезитов и дактилитов; расчет индексов BASDAI (the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)[5]. Для оценки удовлетворенности пациентов терапией определяли индекс PASS (Patient Acceptable Symptom State (PASS) [6]. Так же на первом этапе была доказана возможность использования ЭКОП для дистанционного мониторинга (результаты очного и дистанционного опросов, которые проводились с интервалом в 3 дня у больных, отрицавших изменения в состоянии здоровья, были сопоставимы для всех параметров оценки активности заболевания).

С помощью ЭКОП течение 2-х лет обследовали и наблюдали 168 больных со SpA, отвечающих критериям аксиального спондилоартрита (2009). Пациенты были рандомизированы на 3 группы: 96 пациентов, наблюдавшихся традиционно с госпитализацией 1 раз в год (группа 1), 26 пациентов посещали ревматолога каждые 12 недель (группа 2); 46 пациентам проводили дистанционный мониторинг заболевания по средствам телефонного анкетирования один раз в 4 недели (группа 3, рационализаторское предложение 2926 от 9.10.13).

Вопрос о необходимости госпитализации пациентов группы дистанционного ведения решали на 8 неделе на основании изучения мнений пациента и анкетизирующего врача. 1 раз в год для пациентов всех групп и каждые 12 недель для пациентов активного и дистанционного ведения заполняли ЭКОП. В группе дистанционного ведения лабораторные показатели контролировались по месту жительства.

После года наблюдения в группе 3 был сделан перерыв в телефонных звонках на 3 месяца. Затем мониторинг был возобновлен.

Статистический анализ проводился с применением пакета пользовательских программ SPSS17. Для сравнения двух групп с нормальным распределением количественного признака определялся t- критерий Стьюдента для независимых групп и парный t-

критерий Стьюдента для сравнения результатов до и после перерыва в мониторинге в группе 3. При  $p < 0,05$  различия данных считались достоверными.

Исследование одобрено этическим комитетом ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России.

### Результаты

За первый год исследования в группе 1 активность заболевания оставалась высокой (BASDAI с  $5,32 \pm 3,2$  и  $5,17 \pm 2,16$ ). Во 2-ой и 3-ей группах отмечалось уменьшение активности, более выраженное при дистанционном ведении (в группе 2 BASDAI уменьшился с  $5,21 \pm 3,0$  до  $4,77 \pm 2,2$  см; в группе 3 – с  $5,32 \pm 3,2$  до  $3,17 \pm 2,12$ ,  $p < 0,05$  для разницы исходных и итоговых значений и итоговых значений групп разного ведения). В группе дистанционного ведения положительный PASS установили у 15 (57,69%) пациентов (первый вопрос индекса) и у 10 (38,6%) пациентов (второй вопрос). В группе 2 - у 4 (20%) и 3 (15%) пациентов соответственно. При традиционном ведении положительный PASS достигнут не был.

Пациенты группы 1 в 97,91% случаев самостоятельно изменяли режим дозирования препаратов. В группах 2 и 3 недостаточную приверженность показали 15 (75%) и 5 (19,23%) пациентов соответственно ( $p < 0,05$ ).

После 3-х месячного перерыва у больных 3-ей группы в целом активность заболевания по данным BASDAI уменьшилась (с  $3,53 \pm 2,27$  до  $2,90 \pm 2,45$ ,  $p < 0,05$ ). Однако обращала на себя внимание сохранение высокой активности заболевания у 13 пациентов с изначально высокой активностью (BASDAI  $5,71 \pm 2,02$  исходно и  $5,70 \pm 1,41$  после перерыва в мониторинге). В данной группе только 3 (23%) больных положительно ответили на первый вопрос PASS, и всего 2 (15,4%) пациентов – на второй вопрос индекса. Причем активность заболевания и неудовлетворенность пациентов своим состоянием привели к госпитализации в 9 (69,2%) случаях. 6 (46,1%) пациентов изменили режим приема нестероидных противовоспалительных препаратов самостоятельно.

У остальных 33 пациентов с BASDAI  $< 4$ , несмотря на перерыв в мониторинге, активность заболевания продолжала снижаться: до перерыва в мониторинге активность заболевания составляла  $2,22 \pm 1,33$ , а после трехмесячного перерыва  $1,53 \pm 1,51$ . При этом отмечалось сохранение удовлетворенности своим состоянием на высоком уровне (26 (78,7%) положительных ответов на первый, и 24 (72,7%) на второй вопрос индекса PASS). 17 (51,5%) пациентов из данной группы самостоятельно изменили режим приема препаратов или вообще отменили лечение из-за хорошего самочувствия.

Необходимо отметить, что с 25-ю (14,8%) больных за 1,5 года наблюдения потерян контакт: 23 пациента не отвечает на звонки исследователя, а два пациента активно отказались от участия в дистанционном мониторинге. Отказавшимися пациентами были двое молодых мужчин (возраст 31 и 28 лет) с низкой активностью заболевания и продолжительностью болезни менее 5 лет.

### Обсуждение

Полученные нами данные согласуются с результатами исследования, опубликованными Ariza-Ariza R с соавт. (2013), показавшего возможность выполнения телефонного мониторинга активности анкилозирующего спондилита и псориатического артрита [7]. Возможность дистанционного мониторинга активности с использованием сети интернет (электронная почта, защищенные веб-сайты, доступные пациенту и врачу) была уставлена для ряда заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем [8,9,10]. Однако данный вид мониторинга доступен далеко не для всех наших пациентов на данный момент.

Несколько работ демонстрируют эффективность мониторинга по средствам телефонного анкетирования у больных ХСН: улучшение прогноза заболевания, большая переносимость физических нагрузок, меньшая частота развития неблагоприятных событий, чем у пациентов со стандартным наблюдением [8]. По мнению авторов работы, в основе полученных результатов лежит формирование партнерства между пациентом и врачом, которое привело к повышению приверженности терапии. В другой работе для больных с ХСН показано положительное влияние обучения, самоконтроля и телефонного мониторинга не только на функциональный статус больных, приверженность терапии, но и на такие объективные показатели (частота электролитных нарушений, нарушения функции почек), показан косвенный положительный экономический эффект – снижение числа госпитализаций [10]. Для больных бронхиальной астмой установлено, что дистанционный контроль (в виде ежедневного контроля с использованием электронной почты) позволяет повысить степень контроля над заболеванием [9], что объясняется лучшим пониманием механизмов развития болезни, необходимости лечения и большей приверженностью терапии пациентов.

В нашей работе показана возможность улучшения результатов лечения пациентов со СпА при применении телефонного мониторинга активности заболевания с частотой 1 раз в 4 недели. Нами показана и большая приверженность лечению пациентов группы дистанционного мониторинга, о которой свидетельствует наименьшее число случаев самостоятельной коррекции лечения среди пациентов группы телефонного анкетирования. Интересно, что после перерыва в мониторинге у лиц с BASDAI  $< 4$ , активность заболевания продолжала снижаться, но приверженность терапии значительно снизилась. Возможно, телефонный звонок выполняет у пациентов с хроническим заболеванием функцию «напоминания», уменьшающую вероятность самостоятельной коррекции лечения.

Особенно важен регулярный мониторинг для пациентов с высокой активностью заболевания, т.к. он позволяет поддерживать лучший уровень приверженности лечению и удовлетворенности своим состоянием, что помогает постепенно снижать активность заболевания.

Пациенты, наблюдаемые дистанционно, достигли большего успеха в лечении, меньше нуждались в очной явке к врачу, поэтому можно косвенно судить об экономической целесообразности дистанционного мониторинга, однако данный вопрос не изучался в данном исследовании.

Трудности представляет контроль некоторых показателей, требующих измерений расстояний, оценке наличия и количества энтезитов, припухших суставов. Необходим анализ особенностей личности пациентов, пренебрегающих телефонным анкетированием, для выделения группы лиц, у которых данный вид наблюдения будет наиболее эффективным.

### Заключение

Дистанционный мониторинг позволяет добиться наилучших результатов лечения у больных со СпА, улучшает приверженность терапии, повышает удовлетворенность пациентов своим состоянием и позволяет сократить число госпитализаций в стационар.

Необходимо проведение специальных исследований, направленных на определение оптимальной частоты мониторинга активности на основании характеристик заболевания и личности пациента.

#### Литература

1. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet*. 2007 Apr 21; 369(9570):1379-1390.
2. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, Boehm H, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2011 Jun;70(6):896-904.
3. Burkhart P.V, Eduardo Sabaté. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. *J Nurs Scholarsh*. 2003; 35(3):207
4. Гайдуква И.З., Ребров А.П., Полянская О.Г., Спицина М.Ю. Длительное применение нимесулида в реальной клинической практике: вопросы безопасности. *PMЖ*, 2013; 9: 433-438.
5. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*. 1994 Dec; 21(12):2286-2291.
6. Maksymowych WP, Richardson R, Mallon C, van der Heijde D, Boonen A. Evaluation and validation of the patient acceptable symptom state (PASS) in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 2007 Feb 15; 57(1):133-139.
7. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Compán V, Leyva Pardo C, Juanola X, Navarro-Sarabia F. A comparison of telephone and paper self-completed questionnaires of main patient-related outcome measures in patients with ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Rheumatol Int*. 2013 Nov;33(11):2731-6. doi: 10.1007/s00296-013-2800-6. Epub 2013 Jun 21.
8. Кошелева Н. А., Ребров А. П. Роль обучения и амбулаторного наблюдения в оптимизации лечения больных хронической сердечной недостаточностью, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда. *Лечащий врач*. 2010, 05. Available at <http://www.lvrach.ru/2010/05/13775881/> Accepted 04.2010.
9. Van Sickle D, Magzamen S, Truelove S, Morrison T. Remote monitoring of inhaled bronchodilator use and weekly feedback about asthma management: an open-group, short-term pilot study of the impact on asthma control. *PLoS One*. 2013;8(2):e55335. doi: 10.1371/journal.pone.0055335.
10. Бердников С.В., Вишнеvский В.И., Бердникова О.А. Влияние амбулаторного самоконтроля на функциональное состояние почек и электролитные нарушения у больных с выраженной сердечной недостаточностью. *Российский кардиологический журнал*. 2013; 1 (99): 79-85

ID: 2014-04-8-T-3696

Тезис

Мясоедов Е.В.

**Особенности течения лекарственного поражения почек***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета**Научный руководитель: к.м.н. Волошинова Е.В.*

**Актуальность.** Лекарственное поражение почек (ЛПП) представляет актуальную проблему ввиду распространённости и тяжести исходов.

**Цель:** проанализировать особенности течения ЛПП на фоне приема лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста.

**Материал и методы:** клиническое наблюдение пациенток И. и Б., находившихся на в отделении нефрологии Областной клинической больницы в 2013 году.

**Результаты.** После антибактериальной терапии обострения пиелонефрита и длительного приёма аспирина у пациентки И., 67 лет появились слабость, отёки ног, анурия (креатинин крови 1250 мкмоль/л). Выставлен диагноз острого интерстициального нефрита (ОИН) лекарственного генеза. Начата терапия гемодиализом (ГД). Для верификации диагноза выполнена нефробиопсия, которая выявила острое интерстициальное повреждение почечной ткани. С учетом результатов нефробиопсии начата терапия глюкокортикостероидами (ГКС) в дозе 30 мг в сутки, на этом фоне восстановился диурез, через 3 месяца уровень креатинина снизился до 200 мкмоль/л, ГД был прекращён.

У пациентки Б., 74 лет, длительно страдавшей артериальной гипертензией (АГ), злоупотреблявшей лекарственными препаратами, после приёма НПВП коротким курсом появились тошнота, рвота, общая слабость, зарегистрировано повышение уровня креатинина до 960 мкмоль/л на фоне сохраненного диуреза. Был начат ГД. Морфологически подтвержден диагноз ОИН, в связи с чем были назначены ГКС в дозе 40 мг в сутки, однако через 4 месяца терапии пациентка по-прежнему нуждается в проведении ГД.

**Выводы.** Исходы ЛПП трудно предсказуемы. Возможна полная утрата функции почек даже при неолигурической форме острого ЛПП, поэтому необходимо тщательно оценивать показания к назначению потенциально нефротоксических препаратов, избегать самолечения и полипрагмазии.

**Ключевые слова:** лекарственное поражение почек

ID: 2014-04-23-A-3702

Клинический случай

Муравлева Э.А., Стародубова А.В., Пышкина Н.П., Дуйсенова О.С.

## Детекция мутации de novo в гене дистрофина и её значение для медико-генетического консультирования при мышечной дистрофии Дюшенна

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова

Научный руководитель: д.м.н., доцент Колоколов О.В.

### Резюме

Рассматривается случай наследственного нервно-мышечного заболевания - прогрессирующей миодистрофии Дюшенна. Приводятся данные клиники, лабораторных методов обследования и результатов генетического консультирования

**Ключевые слова:** прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна

### Введение

Мышечная дистрофия Дюшенна (МДД) относится к наиболее часто встречающимся наследственным нервно-мышечным болезням. Распространенность её составляет 2-5 : 100000 населения, популяционная частота – 1 : 3500 новорожденных мальчиков. Эта форма мышечной дистрофии впервые описана Edward Meryon (1852г.) и Guillaume Duchenne (1861г.).

Заболевание характеризуется X-сцепленным рецессивным типом наследования и тяжелым, прогрессирующим течением. МДД обусловлена мутацией в гене дистрофина, локус которого локализован на Хр21.2. Около 30% случаев обусловлены мутациями de novo, 70% – носительством мутации матерью пробанда. Дистрофин отвечает за соединение цитоскелета каждого мышечного волокна с основной базальной пластинкой (внеклеточного матрикса) через белковый комплекс, который состоит из многих субъединиц. Отсутствие дистрофина приводит к проникновению избыточного кальция в саркомеру (клеточную мембрану). Мышечные волокна подвергаются некрозу, происходит замещение мышечной ткани жировой, а также соединительной.

Современная диагностика МДД основана на оценке соответствия проявлений болезни клинико-анамнестическим и лабораторно-инструментальным (креатин-киназа сыворотки крови (ККС), электронейромиография (ЭНМГ), гистохимическое исследование мышечного биоптата) критериям, генеалогическом анализе и данных молекулярно-генетического исследования.

Проведение медико-генетического консультирования в настоящее время во многих семьях позволяет предупредить рождение больного ребенка. Пренатальная ДНК диагностика на ранних сроках беременности в семьях, имеющих ребенка, страдающего МДД, позволит выбрать дальнейшую тактику для родителей и, возможно, досрочно прекратить беременность в случае наличия заболевания у плода.

В ряде случаев клиническая картина наблюдается у женщин – гетерозиготных носительниц мутантного гена в виде увеличения икроножных мышц, умеренно выраженной мышечной слабости, снижения сухожильных и периостальных рефлексов, по данным параклинических исследований повышается уровень ККС. Кроме того, классические клинические проявления МДД могут возникать у женщин с синдромом Шерешевского-Тернера (генотип 45, XO).

### Описание клинического случая

В нашей клинике наблюдается мальчик К., 7 лет, который предъявляет жалобы на слабость в мышцах рук и ног, утомляемость при длительной ходьбе. Мама ребенка отмечает у него периодические падения, затруднения при подъеме по лестнице, нарушение походки (по типу «утиной»), трудности при вставании из положения сидя, увеличение икроножных мышц в объеме.

Раннее развитие ребенка протекало без особенностей. В возрасте 3-х лет окружающие заметили нарушения двигательных функций в виде появления трудностей при ходьбе по лестнице, при вставании, ребенок не принимал участия в подвижных играх, стал быстро уставать. Затем изменилась походка по типу «утиной». Наросли трудности при вставании из положения сидя или из положения лежа: поэтапное вставание «лесенкой» с активным использованием рук. Постепенно стало заметным увеличение икроножных и некоторых других мышц в объеме.

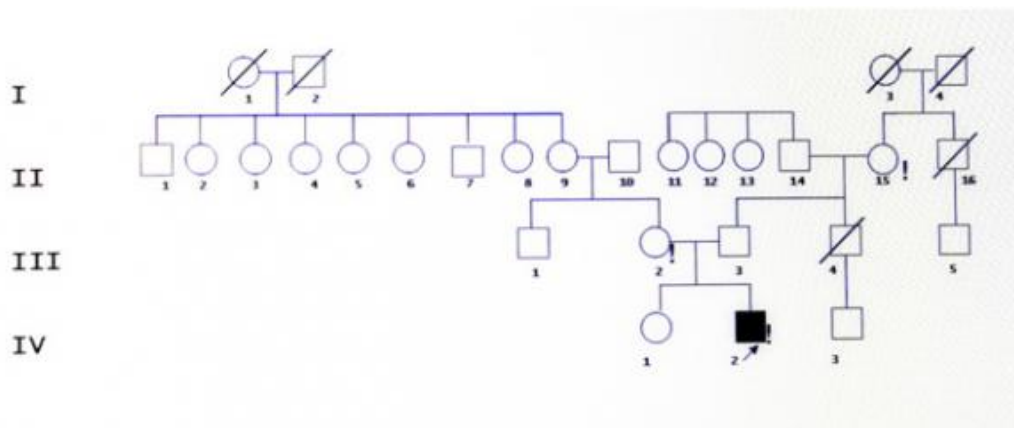


Рисунок 1. Родословная

В неврологическом осмотре ведущим клиническим признаком является симметричный проксимальный периферический тетрапарез, более выраженный в ногах (мышечная сила в проксимальных отделах верхних конечностей – 3-4 балла, в дистальных – 4 балла, в проксимальных отделах нижних конечностей – 2-3 балла, в дистальных – 4 балла). Походка изменена по типу «утиной». Использует вспомогательные («миопатические») приемы, например вставание «лесенкой». Мышечный тонус снижен, контрактур нет. Гипотрофия мышц тазового и плечевого пояса. «Миопатические» черты, например в виде широкого межлопаточного пространства. Имеется псевдогипертрофия икроножных мышц. Сухожильные и периостальные рефлексы – без достоверной разницы сторон; бицепитальные – низкие, трицепитальные и карпорадиальные – средней живости, коленные и ахилловы – низкие. На основании клинических данных заподозрена МДД.

При исследовании ККС её уровень составил 5379 ед/л, что в 31 раз выше нормы (норма – до 171 ед/л). По данным ЭНМГ зарегистрированы признаки, более характерные для умеренно текущего первично-мышечного процесса. Таким образом, полученные данные подтвердили наличие у пациента МДД.

Помимо пробанда осмотрены его родители и старшая родная сестра. Ни у кого из родственников пробанда клинических проявлений МДД не наблюдалось. Однако у матери замечено некоторое увеличение икроножных мышц в объеме. По данным генеалогического анализа пробанд является единственным заболевшим в семье. При этом нельзя исключить, что мать ребенка и родная сестра пробанда являются гетерозиготными носительницами мутантного гена (рис. 1).

В рамках медико-генетического консультирования семья К. была обследована на предмет наличия/отсутствия делеций и дупликаций в гене дистрофина. Молекулярно-генетический анализ в лаборатории ДНК-диагностики МГНЦ РАМН выявил у пробанда К. делецию 45 экзона, что окончательно подтверждает установленный клинический диагноз МДД. У матери делеция 45 экзона, выявленная у сына, не обнаружена. У сестры в результате анализа делеция 45 экзона, выявленная у брата, не найдена. Следовательно, у исследуемого мутация, скорее всего, имеет происхождение *de novo*, однако также она может явиться результатом герминального мозаицизма у матери. Соответственно, при мутации *de novo* риск рождения больного ребенка у матери будет определяться популяционной частотой данной мутации (1:3500, «1%»), что значительно меньше, нежели при X-сцепленном рецессивном типе наследования (50% мальчиков). Поскольку невозможно полностью исключить, что мутация может явиться результатом герминального мозаицизма, при котором наследование по законам Менделя нарушается, рекомендуется проведение пренатальной диагностики при последующей беременности у матери и сестры пробанда.

#### Заключение

В настоящее время у врача есть широкий арсенал симптоматических средств, используемых в лечении МДД, однако, несмотря на достижения науки, этиологическое лечение МДД до сих пор не разработано, эффективных препаратов для заместительного лечения при МДД не существует. Согласно недавним исследованиям стволовых клеток, существуют перспективные векторы, которые могут заменить поврежденные мышечные ткани. Однако, в настоящее время, возможно лишь симптоматическое лечение, направленное на улучшение качества жизни больного. В этой связи ранняя диагностика МДД играет важнейшую роль для своевременного проведения медико-генетического консультирования и выбора дальнейшей тактики планирования семьи. Для пренатальной ДНК диагностики исследование с помощью биопсии хориона (CVS) можно проводить на 11-14 неделях беременности, амниоцентез можно использовать после 15 недели, забор крови плода возможен примерно на 18 неделе. Если тестирование будет осуществлено на ранних сроках беременности, возможно досрочное прекращение беременности в случае наличия заболевания у плода. В ряде случаев целесообразно проведение преимплантационной ДНК диагностики с последующим экстракорпоральным оплодотворением.

#### Выводы

Для обеспечения раннего выявления и профилактики МДД необходимо шире использовать методы молекулярно-генетической диагностики; повысить настороженность практикующих врачей в отношении данной патологии. При мутации *de novo* риск рождения больного ребенка у матери определяется популяционной частотой мутации гена дистрофина. В случаях носительства мутации матерью пробанда требуется пренатальная или перимплантационная ДНК диагностика с целью планирования семьи.

#### Литература

1. Гринио Л.П. Дюшенновская миодистрофия. – Н. Новгород, 1998.
2. Евграфов О.В., Гроппа С.А. ДНК-диагностика наследственных заболеваний: Метод. рекомендации. – Кишинев, 1992. – 25 с.
3. Зеленин А.В., Кайгородов В.А., Прасолов В.С. Генная терапия сегодня и завтра // Молекулярная биология. 1998. Т. 32. №2. С.219-228.
4. Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А. Молекулярные основы прогрессирующих мышечных дистрофий // Неврология и психиатрия, 1998. №10.
5. Поповьян М.Д., Дубинская Е.Э. Эпидемиология и клиника наследственных болезней нервной системы. – Саратов, 1981. – 168 с.
6. Arahata K., Ishihara T., Kamakura K. et al. Mosaik expression of dystrophin in symptomatic carriers of Duchenne's muscular dystrophy // NEJM, 1989. Vol.320. P.138–142.
7. Bermúdez-López C. et al. Germinal Mosaicism in a Sample of Families with Duchenne/Becker Muscular Dystrophy with Partial Deletions in the DMD Gene // Genet Test Mol Biomarkers, 2014. Vol.18. P.93-97.
8. Lee T. et al. Differences in carrier frequency between mothers of Duchenne and Becker muscular dystrophy patients // J Hum Genet, 2014. Vol.59. P.46-50.
9. Sakthivel Murugan S.M., Arthi C., Thilothammal N., Lakshmi B.R. Carrier detection in Duchenne muscular dystrophy using molecular methods // Indian J Med Res, 2013. Vol.137. P.1102-1110.

## Возможности применения агомелатина в терапии тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с нестабильной стенокардией

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра терапии ФПК и ППС

Научный руководитель: д.м.н., профессор Липатова Т.Е.

### Резюме

В данной статье представлено исследование возможностей применения агомелатина ("вальдоксана") в терапии тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с нестабильной стенокардией.

**Ключевые слова:** агомелатин, тревога, депрессия, нестабильная стенокардия

Смертность от сердечно-сосудистой патологии на протяжении многих лет занимает ведущее место в популяции. Среди факторов риска, влияющих на прогноз заболевания и смертность, ведущее значение отводится депрессии [7,2]. Депрессии ассоциируются с низкой приверженностью к лечению, снижением качества жизни и социальной адаптации пациентов, что влияет на течение и прогноз ишемической болезни сердца (ИБС), а в постинфарктном периоде приводит к более ранней смертности. Нозогенные депрессии выявляются у 83,3% пациентов с хронической ишемической болезнью сердца [3] и у 30-65% пациентов в остром периоде инфаркта миокарда [9].

Данные литературы [4,5,6,7] указывают на высокую эффективность и хорошую переносимость у широкого круга пациентов антидепрессанта агомелатина с инновационным механизмом действия – Вальдоксана (Сервье, Франция).

Вальдоксан – мощный лиганд мелатониновых рецепторов, обладающий свойствами агониста к мелатониновым рецепторам MT1 и MT2, что определяет инновационный механизм действия препарата, который реализуется путем ресинхронизации нарушенных циркадных ритмов. Вальдоксан является также антагонистом серотониновых рецепторов 5-HT2с. При этом у него отсутствуют значимый аффинитет к другим центральным рецепторам или переносчикам моноаминов и другие механизмы, влияющие на уровни серотонина в синаптической щели. Благодаря синергизму действия на MT1, MT2 и 5-HT2с-рецепторы Вальдоксан оказывает общее антидепрессивное действие, восстанавливает нормальный сон, а также дневную активность и работоспособность.

**Цель исследования:** оценка эффективности применения агломелатина (Вальдоксана) в терапии тревоги и депрессии у пациентов с нестабильной стенокардией.

### Материал и методы

Обследованы 58 пациентов с нестабильной стенокардией, находившихся на стационарном лечении в МУЗ ГКБ № 12 Г Саратова. Среди обследованных: 52% -женщин и 48%-мужчины в возрасте от 50 до 75 лет (средний возраст -66,2±2,4лет).

Из исследования исключали больных с острым инфарктом миокарда, клапанными пороками сердца, жизнеопасными аритмиями, внутрисердечными блокадами, печеночной и/или почечной недостаточностью, онкологическими заболеваниями. У всех пациентов в анамнезе существовала длительная артериальная гипертензия и недостаточность кровообращения I-III ФК, у 72% перенесенный инфаркт миокарда.

До назначения антидепрессанта и после окончания терапии проводили стандартную 12-канальную электрокардиограмму (ЭКГ) в покое, регистрацию ЧСС, систолического и диастолического артериального давления (АД) в положении сидя, клинический и биохимический анализы крови, коагулограмму. При наличии показаний назначали суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Вальдоксан назначали в начальной суточной дозе 25 мг на ночь. При недостаточной эффективности препарата с14-го дня терапии предусматривалась возможность увеличения суточной дозы до 50 мг на ночь. Продолжительность курса терапии составляла 2 мес.Эффективность препарата оценивали через 2 недели, а затем через 6 недель по госпитальному опроснику тревоги и депрессии (HADS).

### Результаты и обсуждение

При поступлении среди пациентов с нестабильной стенокардией 34,4% выявлялась субклинически выраженная тревога, у 13,8% выявлялась клинически выраженная тревога (рис.1). Субклинически выраженная депрессия выявлялась у 36,2%, клинически выраженная депрессия выявлялась у 20,7% больных нестабильной стенокардией (рис.2).

Наличие выраженной депрессии коррелировало с количеством перенесенных инфарктов миокарда ( $r=0,570$ ), со стадией недостаточности кровообращения ( $r=0,591$ ), с количеством ангиальных приступов в неделю ( $r= 0,597$ ). Наличие выраженной тревоги коррелировало с количеством приступов стенокардии ( $r=0,626$ ), с наличием недостаточности кровообращения ( $r=0,611$ ) (рис. 3-5). Корреляции между полом и депрессией выявлено не было.

Эффект применения агомелатина, фиксируемый по снижению баллов в опроснике HADS, регистрировали уже через 2 недели лечения. На фоне дальнейшей терапии отметили постепенное улучшение показателей через 2 месяца (табл.1).

Через 2 недели среди пациентов с нестабильной стенокардией у 69% отсутствовала тревога, у 17,2% сохранялась субклиническая, у 13,8% исследуемых - клинически выраженная тревога. Отсутствие депрессии зарегистрировано у 67,2% пациентов, субклинически выраженная депрессия выявлялась в 17,2%, клинически выраженная депрессия - у 15,5% пациентов. Уменьшение уровня тревожных расстройств коррелирует со снижением частоты стенокардитических эпизодов, достижением целевого артериального давления, уменьшением проявлений или компенсацией хронической сердечной недостаточности. Клинически действие агомелатина проявлялось в уменьшении вялости, подавленности, эмоциональной напряженности,

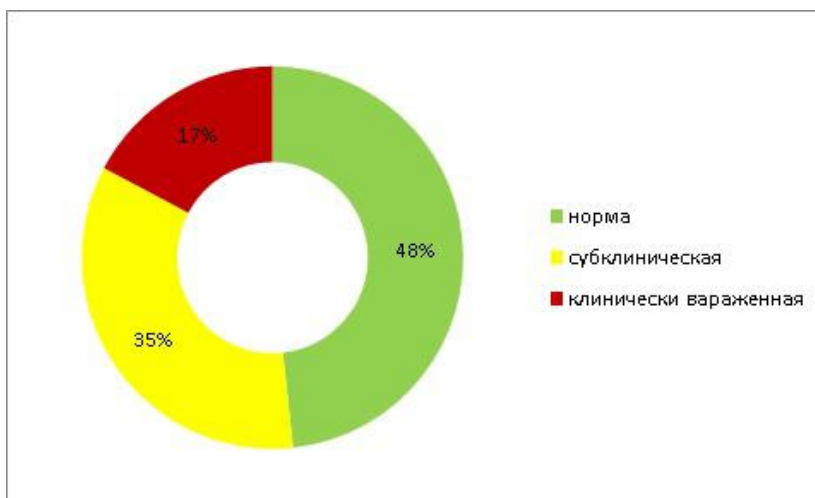
раздражительности, стабилизацией АД на комфортных значениях. Больные отмечали улучшение настроения, возросла приверженность к лечению.

43 пациента обследованы в динамике через 2 месяца комплексной терапии с применением агломератина (табл.1). Уровень тревоги и депрессии соответствовал показателям, достигнутым в стационаре, у всех пациентов констатировано стабильное течение ишемической болезни сердца.

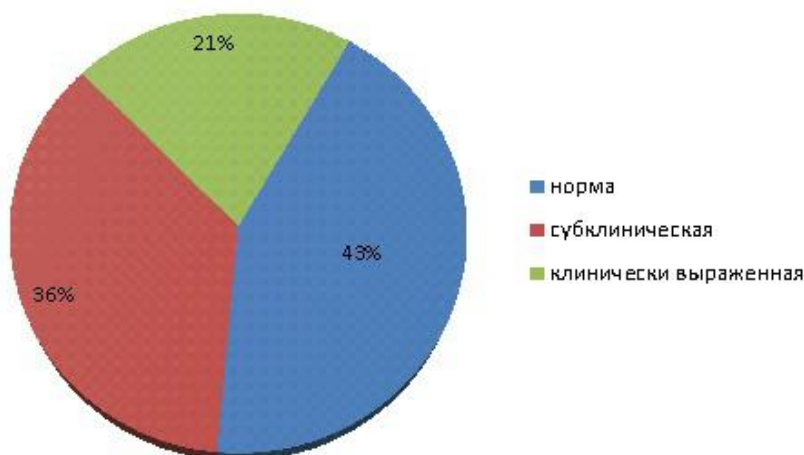
**Таблица 1. Частота тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с нестабильной стенокардией в динамике лечения**

Тревога/депрессия	Пациенты с нестабильной стенокардией		
	при поступлении, n=58	через 2 недели лечения, n=58	через 2 месяца лечения, n=43
	Абс. число (%)	Абс. число (%)	Абс. число (%)
Норма (отсутствие тревоги)	28 (48,4)	40 (69,0)*	31 (72,1)*
Субклинически выраженная тревога	20 (34,4)	10 (17,2)*	8 (18,6)*
Клинически выраженная тревога	10 (17,2)	8 (13,8)	4 (9,3)
Норма (отсутствие депрессии)	25 (43,1)	39 (67,2)*	30 (69,9)*
Субклинически выраженная депрессия	21 (36,2)	10 (17,2)*	10 (23,2)
Клинически выраженная депрессия	12 (20,7)	9 (15,5)	3 (6,9)

Примечание: \* - показатели имеют статистически значимые различия со значениями до лечения ( $p < 0,05$ )



**Рисунок 1. Уровень тревоги исследуемых при поступлении**



**Рисунок 2. Степень депрессивного расстройства исследуемых при поступлении**



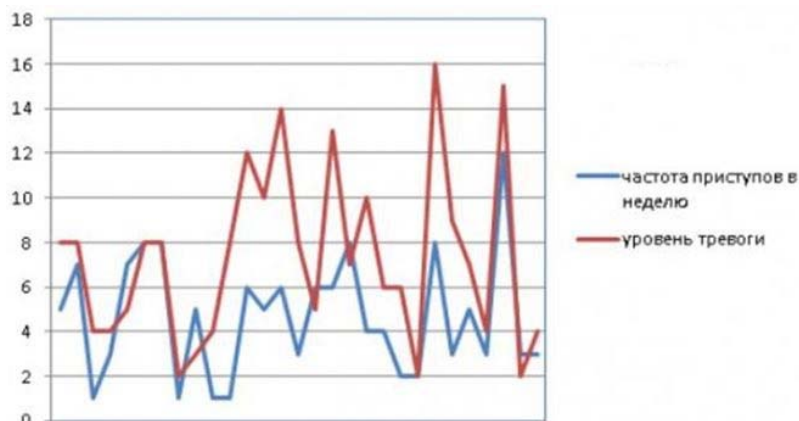


Рисунок 3. Корреляция между частотой приступов и уровнем тревоги при поступлении

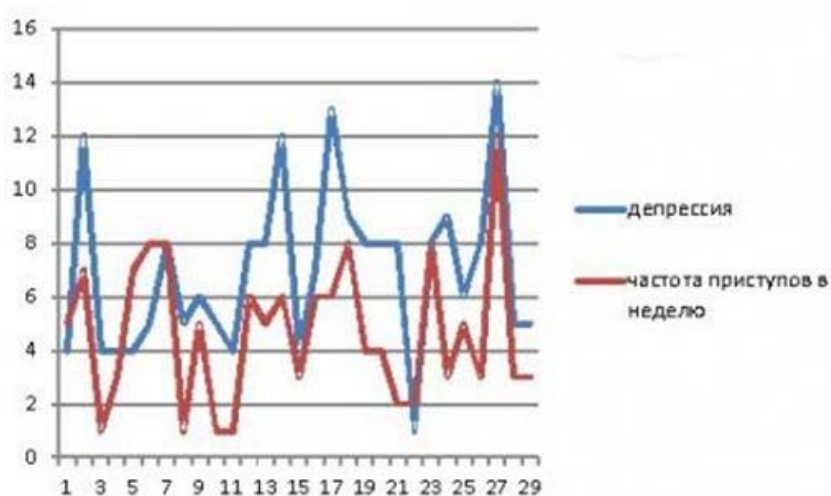


Рисунок 4. Корреляция депрессивного расстройства и частоты приступов у исследуемых

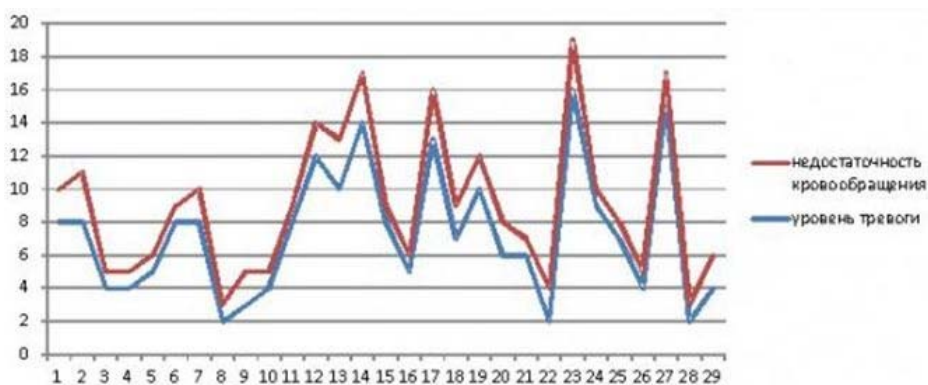


Рисунок 5. Корреляция уровня тревоги и недостаточности кровообращения

#### Выводы

1. Частота тревоги и депрессивных расстройств у исследуемых составляет 51,6% и 56,9% соответственно и коррелирует с частотой приступов стенокардии, декомпенсацией кровообращения, повышением артериального давления.
2. Получены данные об эффективности препарата в терапии тревожно-депрессивных расстройств при нестабильной стенокардии. В течение 2 недель терапии редукция уровня тревоги и депрессии достигается у 62% и 68% пациентов с нестабильной стенокардией.
3. Применение агломератина значительно помогло достичь положительных результатов в лечении ИБС, т. к. больные отмечали улучшение общего самочувствия, возросла приверженность к лечению. Это позволяет рекомендовать включение агломератина в комплексную терапию нестабильной стенокардии у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

**Литература**

1. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л. и др. Депрессия и хроническая сердечная недостаточность при сердечно-сосудистых заболеваниях. - М., 2008.
2. Верткин А.Л., Тополянский А.В., Любшина О.В. Применение антидепрессантов в кардиологии // Лечащий врач. – 2001. - №7. – С.34–39.
3. Довженко Т.В. Расстройства депрессивного спектра с кардиалгическим синдромом у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (клиника, диагностика, терапия): Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2008.
4. Злоказова М.В. Опыт применения Вальдоксана при лечении умеренных и тяжелых депрессивных расстройств непсихотического уровня у амбулаторных пациентов // Психиатр.и психофармакотер. – 2009. - № 4. – С.39–41.
5. Иванов С.В. Вальдоксан (агомелатин) при терапии умеренных и тяжелых депрессий непсихотического уровня в амбулаторной и госпитальной практике (результаты Российского мультицентрового исследования ХРОНОС) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. - №6. – С.14–17.
6. Медведев В.Э. Перспективы использования мелатонинергических препаратов в терапии депрессий у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2010. - №3. – С.19-23.

## Особенности активности заболевания и подвижности аксиального скелета у женщин с аксиальным спондилоартритом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

### Резюме

В ходе выполненного исследования изучены особенности активности заболевания и функционального статуса у женщин с аксиальным спондилоартритом.

**Ключевые слова:** аксиальный спондилоартрит у женщин

### Актуальность

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) - хроническое системное воспалительное заболевание с преимущественным поражением позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений. До недавнего времени считалось, что болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит) и другие формы аксиального спондилоартрита (акс-СпА) в несколько раз чаще встречаются и тяжелее протекают у мужчин. В течение последних десяти лет быстро увеличивается число женщин со акс-СпА.

**Цель:** изучить особенности активности заболевания и функционального статуса у женщин с акс-СпА.

### Материал и методы

В исследование включили пациентов с достоверным аксиальным спондилоартритом (n=91) госпитализировавшихся в отделение ревматологии Областной клинической больницы (г. Саратов) в 2013 г. Оценивали активность акс-СпА у женщин (Ж) и мужчин (М): индексы BASDAI (the Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index), ASDAS (AS Disease activity index), высокочувствительный С-реактивный белок (С-РБ)). Подвижность аксиального скелета (индекс BASMI - the Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index и его составляющие - расстояние козелок-стена; ротация в шейном отделе позвоночника; боковая подвижность в поясничном отделе позвоночника; модифицированный тест Шобера; расстояние между медиальными лодыжками; экскурсия грудной клетки. Учитывали наличие увеита. Статистический анализ проводили с применением SPSS17.

### Результаты

Суммарно в исследовании участвовали 43 Ж и 48 М. Группы сопоставимы по возрасту (Ж 41,63 ± 12,04 год; М 41,94 ± 12,76 год), возрасту начала заболевания (Ж 29,21 ± 11,09 лет; М 27,10 ± 11,6 лет), возрасту постановки диагноза (Ж 36,12 ± 9,49 лет; М 35,48 ± 12,04 лет),  $p > 0,05$  для всех. Не выявили различий в активности заболевания у женщин и мужчин с акс-СпА по индексу ASDAS (Ж 3,38 ± 1,24; М 2,97 ± 0,97,  $p = 0,58$ ), BASDAI (Ж 4,5 ± 2,99; М 4,82 ± 2,14), С-РБ (Ж 11 ± 10,9; М 9,45 ± 7,94 мг/л)  $p > 0,05$  для всех. Подвижность позвоночника сопоставима у мужчин и женщин - BASMI у Ж 4,96 ± 2,26, у М 4,98 ± 2,32,  $p > 0,05$ . Увеит у пациентов акс-СпА зарегистрировали в 23-х случаях (25,27%): у 11 Ж и 12 М.

Не установили различий показателей активности и функции у Ж и М с длительностью акс-СпА менее 10 лет (10 Ж, 15 М): ASDAS (Ж 2,83 ± 1,47; М 2,81 ± 1,78), BASDAI (Ж 3,31 ± 3,2; М 4,05 ± 1,71), С-РБ (Ж 11 ± 10,9; М 9,45 ± 7,94 мг/л), BASMI (Ж 3,16 ± 1,35; М 3,46 ± 1,88),  $p > 0,05$  для всех, табл. 1. Частота встречаемости увеита у лиц разного пола с продолжительностью болезни до 10 лет не различалась (3 Ж и 4 М).

В группах Ж и М с длительностью акс-СпА более 10 лет (n=33 для обеих групп) активность акс-СпА сопоставима по индексу ASDAS (Ж 3,64 ± 1,08; М 3,04 ± 0,97), BASDAI (Ж 5,25 ± 1,69; М 5,18 ± 2,26) и С-РБ (Ж 12,44 ± 11,08; М 8,85 ± 6,69 мг/л,  $p = 0,06$ ), табл. 2. Отметим тенденцию к сохранению большей подвижности аксиального скелета у Ж по индексу BASMI (5,07 ± 2,25 у Ж и 5,72 ± 2,17 у М,  $p = 0,068$ ) и ряду его составляющих - расстояние «козелок-стена» Ж 14,66 ± 4,52 см, М 17,89 ± 6,92 см,  $p = 0,056$ ; боковое сгибание поясничного отдела позвоночника Ж 9,36 ± 6,05 см, М - 5,91 ± 6,04 см,  $p = 0,01$ ; подвижность поясничного отдела во фронтальной плоскости (тест Шобера) Ж 3,05 ± 2,56 см, М 2,37 ± 2,07 см,  $p = 0,021$ . Сопоставимы значения показателей экскурсии грудной клетки (Ж 2,31 ± 1,42 см, М 2,38 ± 1,78 см), ротация в шейном отделе позвоночника (у Ж 35,21 ± 21,74° и М 30,15 ± 20,20°), расстояние между медиальными лодыжками (Ж 77,61 ± 26,87 см; М 82,46 ± 24,34 см),  $p > 0,05$  для всех. Увеит у больных с длительностью заболевания акс-СпА более 10 лет встречался у мужчин и у женщин одинаково часто (8 Ж и 8 М).

Таблица 1. Показатели активности и функционального статуса у мужчин и женщин с длительностью заболевания менее и более 10 лет

Группы	СРБ	BASDAI	ASDAS	BASMI
Женщины, болеющие менее 10 лет	11 ± 10,9;	3,31 ± 3,2;	2,83 ± 1,47;	3,16 ± 1,35;
Мужчины, болеющие менее 10 лет	9,45 ± 7,94;	4,05 ± 1,71;	2,81 ± 1,78;	3,46 ± 1,88.
Женщины, болеющие более 10 лет	12,44 ± 11,08;	5,25 ± 1,69;	3,64 ± 1,08;	5,07 ± 2,25 *
Мужчины, болеющие более 10 лет	8,85 ± 6,69	5,18 ± 2,26	3,04 ± 0,97	5,72 ± 2,17*

Примечание:  $p < 0,05$  для разницы с показателями лиц другого пола с сопоставимой длительностью заболевания

Таблица 2. Подвижность аксиального скелета у мужчин и женщин с длительностью заболевания более 10 лет.

	Экскурсия грудной клетки, см, $p > 0,05$	Расстояние козелок-стена среднее, см, $p = 0,056$	Ротация в шейном отделе позвоночника, $p > 0,05$	Боковая подвижность в поясничном отделе позвоночника, см, $p = 0,01$	Модифицированный тест Шобера, см, $p = 0,021$ .	Расстояние м/у медиальными лодыжками, см, $p > 0,05$
Женщины, болеющие более 10 лет	2,31±1,42	14,66 ± 4,52*	35,21±21,74	9,36 ± 6,05*	3,05 ± 2,56 *	77,61±26,87
Мужчины, болеющие более 10 лет	2,38±1,78	17,89 ± 6,92*	30,15±20,20	5,91±6,04 *	2,37 ± 2,07 *	82,46±24,34

Примечание:  $p < 0,05$ **Заключение**

1. Женщины госпитализируются с диагнозом акс-СпА также часто, как и мужчины;
2. Увеит является самым распространенным внесуставным проявлением акс-СпА встречается у женщин также часто, как и у мужчин;
3. Показатели активности и аксиального скелета мужчин и женщин с акс-СпА в целом и при длительности заболевания менее 10 лет сопоставимы;
4. При длительности заболевания более 10 лет у женщин сохраняется большая подвижность поясничного и шейного отделов позвоночника, чем у мужчин с сопоставимой активностью заболевания.

**Литература**

1. Feldtkeller E, Lind-Albrecht G. Impact of gender on outcomes in ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2014; 73: e2.
2. van der Horst-Bruinsma IE, Zack DJ, Szumski A, et al. Female patients with ankylosing spondylitis: analysis of the impact of gender across treatment studies. Ann Rheum Dis 2013; 72:1221-4.
3. Wonuk Lee, John D Reveille, John C Davis, Jr, et al. Are there gender differences in severity of ankylosing spondylitis? Results from the PSOAS cohort. Ann Rheum Dis 2007; 66: 633-638 .

ID: 2014-04-8-T-3761

Тезис

Горская А.Г., Гамова И.В.

### **Фармако-эпидемиологическая характеристика использования ингаляционных комбинированных препаратов будесонида в специализированной практике**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра клинической иммунологии и аллергологии*

Ингаляционные комбинированные препараты будесонида - ингаляционного глюкокортикостероида (иГКС) и формотерола в качестве длительно действующего  $\beta_2$  - агониста (ДДБА) являются эффективными средствами контроля бронхиальной астмы средне - тяжелого и тяжелого течения.

**Цель исследования:** оценить фармако-эпидемиологические характеристики использования комбинированных препаратов будесонида в специализированной терапевтической практике.

**Материал и методы.** Проведен анализ 102 амбулаторных карт взрослых пациентов с бронхиальной астмой средне - тяжелого течения, получающих терапию комбинированными препаратами будесонида/ДДБА, из которых 58 пациентов состоят на учете в аллергологическом центре, 44 – находятся под диспансерным наблюдением врача - пульмонолога.

**Результаты.** Ингаляционные комбинированные препараты будесонида и ДДБА, доказавшие свою значительную эффективность и высокую безопасность в многочисленных клинических исследованиях, в специализированной медицинской практике (пульмонологи, аллергологи) применяются как в виде свободных доз, так и фиксированных комбинаций. Частота врачебных назначений различных форм выпуска препарата сопоставима: 56% лекарственных рекомендаций приходится на свободную дозировку иГКС/ДДБА, 44% пациентов принимают фиксированные дозы препаратов. Применение иГКС/ДДБА в составе единого ингалятора обеспечивает высокую приверженность терапии (у 95,8% исследованных пациентов) и способствует быстрому достижению и поддержанию контроля бронхиальной астмы (в 96% анализируемых случаев).

**Выводы.** Фиксированные комбинации будесонида/формотерола обеспечивают высокую приверженность к лечению и способствуют быстрому достижению и поддержанию контроля у пациентов с бронхиальной астмой.

**Ключевые слова:** ингаляционные комбинированные препараты будесонида

Майорова С.В.

**Оценка эффективности проводимой антигипертензивной терапии у пациентов с абдоминальным ожирением**

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: д.м.н., профессор Липатова Т.Е.

**Ключевые слова:** жесткость, индекс аугментации, Ангиоскан, ожирение**Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) широко распространена в большинстве развитых стран мира. Россия относится к регионам с наивысшей частотой АГ. По последним данным в РФ АГ страдают приблизительно 42 млн. человек, из них адекватное лечение получают в среднем 24%. Известно, что неконтролируемая АГ является независимым предиктором летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний.

В последние годы появилось большое количество данных, демонстрирующих существование тесной зависимости между частотой возникновения сердечно-сосудистых осложнений (ССО) (инсультов, инфарктов) и состоянием магистральных сосудов у пациентов с АГ. В рекомендациях ESC/ESH и ВНОК (2013) по диагностике и лечению АГ методике оценки состояния сосудов как органов-мишеней АГ на фоне проводимой антигипертензивной терапии (АГТ) в ходе динамического наблюдения за пациентами с АГ отводится важная роль. Одними из первых на эффективную антигипертензивную терапию реагируют такие показатели ригидности сосудистой стенки как индекс аугментации и индекс жесткости, который отражает скорость распространения пульсовой волны. По данным ряда исследований данные параметры можно оценивать адекватность проводимой антигипертензивной терапии уже через неделю от начала лечения.

**Цель исследования:** оценка эффективности антигипертензивной терапии у пациентов с абдоминальным ожирением (АО) на основании динамики показателей жесткости сосудистой стенки.

**Материал и методы**

Обследовано 30 человек с АГ и АО, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении 12 ГКБ г. Саратова. Средний возраст обследованных пациентов - 65,13±2,81 лет. В группе обследованных 60% составили женщины, 40% - мужчины. Длительность АГ в группе составила 11,2±1,57 лет. Критериями исключения явились наличие у пациента ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности III-IV ФК, сахарного диабета, острых нарушений мозгового кровообращения. Группу сравнения составили 25 человек с АГ 2 стадии без АО. Средний возраст пациентов - 55,17±2,04 лет. В группе сравнения 50% составили женщины, 50% - мужчины. Длительность АГ в группе составила 11,2±1,57 лет. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц, средний возраст - 45,12±1,25 лет. В группе сравнения 40% составили женщины, 60% - мужчины. Группы были сопоставимы по половому и возрастному составу.

Определение артериальной ригидности проводилось на основе контурного анализа пульсовой волны объёма (Парфенов А.С., 2007) при помощи прибора «Ангиоскан» (Россия) с программным обеспечением Powergraph 3,3 с определением индекса жесткости (ИЖ), индекса аугментации (ИА). Для оценки эндотелий зависимой вазодилатации проводилась 5-ти минутная окклюзионная проба с использованием прибора «Ангиоскан». Все пробы проводились в утренние часы в теплой, затемненной комнате. После этого пациентам из группы АГ и АО была назначена АГТ, включающую 2 и более препаратов, с учетом противопоказаний и наличием факторов риска, поражения органов-мишеней. 40% пациентов получали ингибитор ангиотензинпревращающего фермента/блокатор рецепторов к ангиотензину (иАПФ/БРА), тиазидный диуретик (ТД) и селективный β-блокатор (ББ); 35% - иАПФ (БРА), ТД, антагонист кальциевых каналов (АК); 25% - иАПФ/БРА и ББ. Данные группы пациентов были сопоставимы по половому и возрастному составу. На следующем этапе оценивалась эффективность проводимой антигипертензивной терапии: сравнивались показатели ИЖ и ИА на момент поступления и через 10 дней от начала терапии.

Статистический анализ данных проводился с помощью пакетов Microsoft Excel 2010, StatPlus 2009 Professional. Результаты представлены в виде  $M \pm SD$ , где  $M$  – среднее значение показателя,  $SD$  – стандартное отклонение.

**Результаты**

В группе пациентов с АГ и АО и в группе пациентов с АГ без АО все обследованные имели дислипидемию. Отягощенный семейный анамнез имели 30% из группы с АГ и АО и 20% из группы с АГ и без АО. При изучении показателей ригидности сосудистой стенки было достоверно выявлено, что пациенты с АГ и АО имеют большие показатели ИА и ИЖ, чем пациенты группы сравнения и группы контроля (Табл.1).

**Таблица 1. Показатели ригидности сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением**

Показатели ригидности сосудистой стенки	Пациенты группы контроля, n=20	Пациенты с АГ без ожирения, n=25	Пациенты с АГ и ожирением, n=30
Индекс аугментации	17,31±0,35	23,47±0,65*	32,40±0,73**
Индекс жесткости, %	6,45±0,32	8,90±0,44*	13,25±0,53**

Примечание: \* - показатели имеют статистически значимые различия со значениями в группе практически здоровых лиц ( $p < 0,05$ );

\*\* - показатели имеют статистически значимые различия со значениями в группе пациентов с АГ без АО ( $p < 0,05$ )

**Таблица 2. Динамика показателей ригидности сосудистой стенки в группе пациентов с артериальной гипертензией и абдоминальным ожирением на фоне проводимой антигипертензивной терапии с момента поступления и на 10-е сутки**

Показатели ригидности сосудистой стенки	Пациенты с АГ и АО при поступлении n=30	Пациенты с артериальной гипертензией и абдоминальным ожирением на 10 сутки лечения		
		Пациенты, получающие иАПФ/БРА+ТД+ББ, n=11	Пациенты, получающие иАПФ/БРА+ТД+ББ, n=10	Пациенты, получающие иАПФ/БРА+ТД+ББ, n=9
ИА	32,40±0,73	18,25±0,62*#	27,53±0,56*	28,45±0,69*
ИЖ	13,25±0,53	8,56±0,38*#	10,25±0,54*	11,34±0,48*

*Примечание:* \* - показатели имеют статистически значимые различия со значениями в группе пациентов с АГ и АО до лечения (p<0,05);

# - показатели имеют статистически значимые различия со значениями в группе пациентов с АГ и АО на фоне лечения (p<0,05)

Выраженные нарушения функции эндотелия в крупных мышечных артериях, свидетельствующие о выраженности стенозирующего атеросклероза, были выявлены у 83% пациентов группы АГ и АО, у 45% в группе АГ без АО (p<0,05); в системе микроциркуляции – у 63% пациентов из группы АГ и АО и у 30% из группы сравнения (p<0,05). В группе контроля эндотелиальной дисфункции выявлено не было (Таблица 1).

Мы разделили пациентов с АГ и АО на 3 группы по проводимой АГТ: пациенты, получающие иАПФ/БРА, ТД, ББ - 37%; пациенты, получающие иАПФ/БРА, ТД, АК - 33%; пациенты, получающие иАПФ/БРА и ББ - 30%. Группы пациентов были репрезентативны по стадии и степени АГ. На фоне проводимой АГТ отметилась положительная динамика по показателям ригидности сосудистой стенки. На 10-й день пребывания больных в стационаре ИА и ИЖ в общей группе АГ и АО составили 22±1,47 и 8,06±1,11 соответственно. В ходе детального анализа в группах пациентов в зависимости от проводимой АГТ были получены следующие данные. Наибольшее снижение показателей ригидности сосудов было показано в группе пациентов, получавших иАПФ/БРА, ТД, ББ: ИА снизился 18,25±0,62, ИЖ – до 8,56±0,38. Наименьшую эффективность в снижении показателей ригидности показала комбинация иАПФ/БРА и ББ. В данной группе ИА снизился до 28,45±0,69, ИЖ – до 11,34±0,48 (Таблица 2).

#### Обсуждение

Таким образом, достижение целевого артериального давления при назначении АГТ с учетом современных рекомендаций, имеющихся у пациента факторов риска, присутствия поражения органов-мишеней приводит к улучшению показателей артериальной ригидности.

#### Заключение

Наибольшую эффективность в снижении ИА и ИЖ у пациентов с АГ и абдоминальным ожирением показала комбинация иАПФ/БРА, ТД, ББ, что может быть связано как с контролем цифр АД, так и вазопротективным действием препаратов. Контроль эффективности проводимой АГТ может быть оценен по показателям состояния сосудистой стенки, таким как ИА и ИЖ, на аппарате «Ангиоскан» уже на момент выписки больного из стационара, т.к. данная методика не требует длительных временных затрат и специальной подготовки специалиста. Все это поможет врачам оценить проводимую АГТ и грамотнее подходить к ее назначению.

#### Литература

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2013.
2. Ageev Ф.Т., Фомин И.В., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Распространенность артериальной гипертензии в европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА. Кардиология 2004.
3. Boutouyrie P., Tropeano A.I., Asmar R. et al. Aortic stiffness is an independent predictor of primary coronary events in hypertensive patients: a longitudinal study. Hypertension 2002.
4. Mahmud A., Felly J. Antihypertensive drugs and arterial stiffness. Expert Rev Cardiovasc Ther 2003.
5. Polónia J., Barbosa L., Silva J.A., Maldonado J. Different influences on central and peripheral pulse pressure, aortic wave reflections and pulse wave velocity of three different types of antihypertensive drugs. Rev Port Cardiol 2003.

ID: 2014-04-23-A-3901

Клинический случай

Аксенова А.А., Кузнецова М.А., Павёлкина Е.И., Ситкали И.В.

**Электронейромиография и ДНК-диагностика как основа современного медико-генетического консультирования при наследственной моторно-сенсорной невропатии***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова**Научный руководитель: д.м.н., доцент Колоколов О.В.***Ключевые слова:** наследственная моторно-сенсорная невропатия, электронейромиография, ДНК-диагностика**Введение**

Болезнь Шарко-Мари-Тута (невральная амиотрофия Шарко-Мари, наследственная моторно-сенсорная невропатия (НМСН)) объединяет группу генетически гетерогенных заболеваний периферической нервной системы (ПНС), характеризующихся симптомами прогрессирующей полинейропатии с преимущественным поражением мышц дистальных отделов конечностей. НМСН является самым частым среди наследственных заболеваний ПНС. Распространенность её в различных популяциях варьирует от 10 до 40 случаев на 100 тысяч населения. В настоящее время известно более 40 локусов и 20 генов, мутации в которых ответственны за развитие фенотипа НМСН.

Диагностика НМСН основывается на клинических данных, результатах электронейромиографии (ЭНМГ), а также ДНК-диагностики, позволяющей не только достоверно определить тип мутации, но и провести медико-генетическое консультирование.

Все НМСН по результатам ЭНМГ и морфологическим признакам делят на три основных типа: 1) демиелинизирующий (НМСН I), характеризующийся снижением скорости проведения импульса (СПИ) (СПИ по срединному нерву < 38 м/с), 2) аксональный вариант (НМСН II), характеризующийся нормальной или несколько сниженной СПИ (СПИ по срединному нерву > 38 м/с), 3) промежуточный вариант со СПИ по срединному нерву от 25 до 45 м/с. ЭНМГ исследование имеет важнейшее значение для последующей ДНК-диагностики, так как позволяет определить оптимальный алгоритм молекулярно-генетического обследования для каждого пациента с наименьшими затратами времени и средств.

Несмотря на достижения нейрогенетики в диагностике НМСН, выявление этого заболевания очень часто происходит уже на поздних стадиях, когда эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий низкая. Трудности ранней клинической диагностики связаны с малосимптомным течением болезни, фенотипическим полиморфизмом и генетической гетерогенностью. В настоящее время лечение НМСН носит симптоматический характер.

Наиболее важной задачей лечения является сохранение моторных функций. Для этого рекомендуют индивидуально подобранную физиотерапию и лечебную гимнастику, но учитывают, что больным следует избегать перенапряжения. Для исправления проблем, вызванных деформацией стоп, могут использоваться специальные крепления, которые помогают контролировать тыльное сгибание стопы и голени, нестабильность голеностопного сустава и, зачастую, обеспечивают лучшее чувство равновесия. Аномалии ходьбы могут быть исправлены путем использования разных типов подтяжек (ankle-foot orthoses). Ортопедическая обувь также является важным направлением коррекции походки. Больных должен наблюдать подиатр. По мнению ряда ортопедов, определенный успех имеет хирургическая коррекция деформации стоп.

**Описание клинического случая**

Под нашим наблюдением находится пациент А., 33 лет, который предъявлял жалобы на слабость в мышцах дистальных отделов конечностей, деформацию стоп, нарушение походки, затруднения при передвижении в темное время суток. Оказалось, что с детства у него имелась особенность строения стоп (высокий свод), однако никаких затруднений в связи с этим он не испытывал. С 1996г. (16 лет) после перенесенной травмы (вывих правого голеностопного сустава) стала беспокоить слабость и утомляемость в мышцах дистальных отделов ног, что в то время связали с последствиями травмы. Спустя 10 лет (с 2006г.) стали заметными выраженные деформации стоп, нарушилась походка. В 2010г. присоединилась слабость в руках, нарушение чувствительности в стопах, в связи с чем стал затрудняться при передвижении в темное время суток. Однако к неврологам пациент не обращался. В сентябре 2012г. с описанными выше жалобами обратился к ортопедам (ФГБУ «СарНИИТО» МЗ РФ), которые заподозрили НМСН. Диагноз был подтвержден неврологом после проведения ЭНМГ. С целью коррекции грубой деформации стоп в ФГБУ «СарНИИТО» МЗ РФ произведен артродез правого голеностопного сустава.

В настоящее время в неврологическом статусе определяется симметричный дистальный периферический тетрапарез, более выраженный в ногах; нарушение чувствительности по полиневритическому типу; деформация стоп по типу Фридрейха; нарушения координации по типу сенситивной атаксии. Вышеописанное обуславливает выраженные нарушения походки.

При стимуляционной ЭНМГ обнаружены признаки грубого демиелинизирующего поражения моторных и сенсорных волокон периферических нервных стволов конечностей (с резким снижением СПИ), подтверждающее диагноз НМСН.

На основании анализа клинических данных и результатов ЭНМГ диагностирована НМСН Шарко-Мари-Тута I типа.

При обращении пациента проведено медико-генетическое консультирование, в рамках которого обсуждался вопрос о риске рождения у больного А. ребенка, который может заболеть НМСН.

При анализе родословной семьи А. (рис.1) оказалось, что признаки НМСН имеются не только у пробанда, но и у дяди по линии матери. Проявления заболевания у других сибсов, равно как и у других родственников, включая родителей пробанда, отсутствовали, что затруднило определение типа наследования. При аутосомно-доминантном типе наследования вероятность рождения ребенка (любого пола), который заболеет НМСН, составляет 50%. При X сцепленном доминантном типе наследования все дочери больного отца будут больны, а сыновья – здоровы.



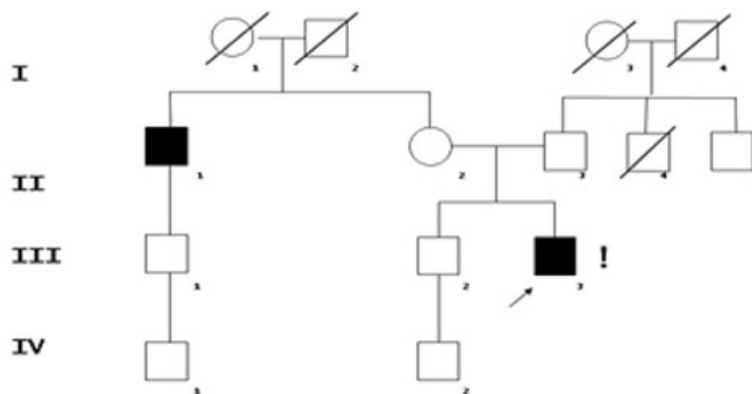


Рисунок 1. Родословная

Молекулярно-генетические исследования проведены в лаборатории ДНК-диагностики МГНЦ РАМН. По результатам ДНК-анализа у пациента обнаружена наиболее частая при НМСН I типа мутация – дупликация на хромосоме 17p11.2-p12 (локус ШМТ1А). Таким образом, диагноз моторно-сенсорной нейропатии I типа окончательно подтвержден молекулярно-генетическими методами.

При проведении медико-генетического консультирования установлено, что ребенок, родившийся у пробанда, может заболеть НМСН с вероятностью 50 %.

Особенностями данного клинического случая являются поздняя диагностика заболевания; быстро прогрессирующее течение с развитием деформации стоп и ранней инвалидизации, что потребовало проведения хирургической ортопедической коррекции. Кроме того, нетипичным является отсутствие признаков заболевания у родителей пробанда при аутосомно-доминантном типе наследования НМСН.

#### Выводы

Для обеспечения раннего выявления и профилактики инвалидизации при НМСН необходимо шире использовать методы молекулярно-генетической диагностики; повысить настороженность практикующих врачей в отношении данной патологии; обеспечить междисциплинарный подход в диагностике и ведении пациентов с НМСН, широко используя, как ортопедическую обувь и ортезы, так и (по строгим показаниям) методы хирургической коррекции деформации стоп.

#### Литература

1. Гаусманова-Петрусевиц И. Мышечные заболевания: Пер. с польского. - Варшава, 1971. - С. 370-384.
2. Глущенко Е.В. Клинико-генетическая характеристика наследственной нейропатии Шарко-Мари-Тута: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2011.
3. Евграфов О.В., Гроппа С.А. ДНК-диагностика наследственных заболеваний: Метод. рекомендации. - Кишинев, 1992. - 25 с.
4. Лаукарт Е.Б. Клинико-диагностические аспекты деформаций стоп у неврологических больных и возможности реабилитационных мероприятий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011.
5. Поповьян М.Д., Дубинская Е.Э. Эпидемиология и клиника наследственных болезней нервной системы. - Саратов, 1981. - 168 с.
6. El-Abassi R., England J.D., Carter G.T. Charcot-Marie-Tooth Disease: An Overview of Genotypes, Phenotypes, and Clinical Management Strategies // PMR, 2014. Epub. 2014 Jan 13.
7. Lee H.S. et al. Preimplantation genetic diagnosis for Charcot-Marie-Tooth disease // Clin Exp Reprod Med, 2013. Epub. 2013 Dec 31.
8. Pelayo-Negro A.L. et al. Evolution of Charcot-Marie-Tooth disease type 1A duplication: a 2-year clinico-electrophysiological and lower-limb muscle MRI longitudinal study // J Neurol, 2014. Epub. 2014 Jan 22.

ID: 2014-04-23-A-3911

Клинический случай

Дудко А.В., Травиничев Д.В., Салина Е.А., Кузнецова Е.Б., Пипинашвили Е.В.

**Клинический случай инфаркта головного мозга с развитием синдрома «гемихорея-гемибаллизм»**

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

МУЗ ГКБ №9, г. Саратов

**Резюме**

Клиническая симптоматика при инфаркте головного мозга разнообразная и зависит от объема и локализации очага поражения, возникающего при нарушении кровообращения в соответствующем церебральном сосудистом бассейне, что проявляется очаговой симптоматикой.

В редких случаях при закупорке возвратной артерии Гейбнера, ветви передней мозговой артерии, наблюдается поражение головки хвостатого ядра, что клинически представлено гиперкинетико-гипотоническим синдромом.

**Ключевые слова:** гемихорея, случай, инфаркт мозга

Клиническая симптоматика при инфаркте головного мозга разнообразная и зависит от объема и локализации очага поражения, возникающего при нарушении кровообращения в соответствующем церебральном сосудистом бассейне, что проявляется очаговой симптоматикой. (1)

Инфаркт в бассейне кровоснабжения передней мозговой артерии встречается в 20 раз реже инфаркта в области средней мозговой артерии. Наиболее частым клиническим проявлением являются двигательные нарушения в виде контралатерального центрального гемипареза. При окклюзии кортикальных ветвей в большинстве случаев развивается моторный дефицит в нижней конечности, преимущественно в стопе и менее выраженный парез верхней конечности, умеренными сенсорными расстройствами, периодическим недержанием мочи, моторной афазией, апатико-абулическим синдромом, лобной атаксией. (1) Для двусторонней локализации инфарктов характерно развитие псевдобульбарного синдрома и появление хватательного феномена Янишевского. В редких случаях при закупорке возвратной артерии Гейбнера, ветви передней мозговой артерии, наблюдается поражение головки хвостатого ядра, что клинически представлено гиперкинетико-гипотоническим синдромом. (2)

**Цель исследования:** изучение и описание клинического случая инфаркта мозга в бассейне передней мозговой артерии с развитием грубого синдрома «гемихорея-гемибаллизм».

**Описание клинического случая**

Больной П., 81 года, пенсионер, рост 172 см. вес 78 кг. 10 февраля 2014г поступил в неврологическое отделение МУЗ ГКБ №9 г.Саратова с жалобами на головную боль, нарушение речи, на произвольные движения в левой половине тела, больше в руке.

У пациента длительное время (20 лет) наблюдается периодическое повышение артериального давления, максимально до 220/120 мм. рт. ст., антигипертензивные препараты регулярно не принимал. В 2008 году перенес инфаркт головного мозга в бассейне левой СМА с правосторонним гемипарезом, частичной сенсо-моторной афазией. Находился на обследовании и лечении в МУЗ ГКБ №9. На фоне терапии отмечался полный регресс неврологической симптоматики. В дальнейшем в плановом порядке ежегодно получал курс профилактического лечения. 09. 02. 2014 года в 23:00 почувствовал головную боль и отметил появление произвольных движений в левых конечностях и лице, было зафиксировано АД 220/120 мм. рт. ст. Вызвал бригаду СМП, были введены антигипертензивные препараты, предложена госпитализация в больницу, от которой пациент отказался. На утро больной окончательно утратил контроль над движениями в левых конечностях, из-за произвольных движений языка и губ нарушилась речь, в связи с чем повторно вызвал СМП.

При поступлении состояние тяжелое по роду заболевания. Над легкими аускультативно везикулярное дыхание по всем полям. Тоны сердца ритмичны, приглушены, ЧСС = Ps - 74 в минуту. АД<sub>dex</sub> = АД<sub>sin</sub> - 150/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нижних конечностей нет. В неврологическом статусе: Сознание ясное. Речь толчкообразна, замедленна, прерывиста. Жестикаляция левой рукой размашистая, утрированная, практически безостановочная: то подергивает плечом, то выбрасывает вперед левую руку, то наклоняет голову. Отмечается неестественная мимика, гримасничанье с беспорядочным зажмуриванием глаз, наморщиванием лба, выпячиванием губ, высовыванием языка. Описанные симптомы усиливаются при движении, волнении и попытке больного ответить на заданный вопрос. Зрачки S=D, реакция на свет живая, движение глазных яблок в полном объеме. Конвергенция, аккомодация сохранены. Сглажена левая носогубная складка. Слух сохранен. Глотание свободное. Достоверных расстройств чувствительности не выявлено. Оценить мышечную силу в левых конечностях крайне затруднительно из-за гиперкинеза, но создается впечатление о легком снижении мышечной силы до 4 баллов, мышечный тонус снижен. В правых конечностях активные движения в полном объеме, мышечная сила 5 баллов, мышечный тонус не изменен. Координаторные пробы правыми конечностями выполняет удовлетворительно, левыми – крайне затруднено попадание в цель из-за грубого гиперкинеза. Положительный симптом Бабинского слева. Расстройств мочеиспускания нет. Менингеальных знаков не выявлено.

На этапе приемного отделения пациенту была проведена КТ головного мозга: «Заключение: КТ-картина инфаркта правого полушария головного мозга в бассейне правой передней мозговой артерии. Признаки проявлений хронической ишемии головного мозга. Элементы умеренно выраженной субатрофии вещества головного мозга». При ультразвуковом исследовании экстракраниальных, интракраниальных и брахиоцефальных сосудов выявлены УЗ-признаки распространенного атеросклероза сосудов брахиоцефального ствола. Гемодинамически незначимые атеросклеротические бляшки ОСА, ВСА с обеих сторон. На ультразвуковом дуплексном сканировании артерий головного мозга обнаруживаются УЗ-признаки атеросклероза сосудов головного мозга и снижение кровотока по средним мозговым артериям с обеих сторон. ЭКГ на момент поступления: ритм синусовый, правильный с ЧСС в 1 мин – 70, электрическая ось сердца отклонена влево, нарушение внутрижелудочковой проводимости. По данным ЭхоКГ с доплеровским анализом: у больного аорта уплотнена, не расширена. Отмечается гипертрофия

левого желудочка умеренной степени, а также незначительное расширение полости левого и правого предсердия. Имеется регургитация на аортальном клапане 2 ст., на митральном и трикуспидальном клапане 1 ст. Коагулограмма: АЧТВ: 30 сек, свёртываемость по Ли-Уайту: 8 мин, гематокрит: 44 %, протромбиновый индекс: 94 %, фибриноген (по Клауссу): 3,0 г/л, фибринолиз: 17 %, суммарный % ретракции и фибринолиза: 55 %, собственной ретракции: 38 %, МНО: 1,3. Биохимические исследования крови: Общий белок. сыв.: 61 г/л, мочевины: 5,8 Ммоль/л креатинин крови: 88 Мк моль/л, билирубин общий: 20 Мкмоль/л, билирубин прямой: 5 Мкмоль/л, билирубин непрямой: 15 Мкмоль/л, холестерин общий: 5,3 Ммоль/л, ЛПВП: 1,8 Ммоль/л, ЛПНП: 2,6 Ммоль/л, ТГ: 2,3 Ммоль/л, Коэффициент атерогенности.: 2,0, Алт: 16 Е/л, Аст: 19 Е/л, Белк. фр. кр.: альбумины: 60 %, альфа-гл.: 14 %, бета-гл.: 10 %, гамма-гл.: 16 %, А/Г коф.: 1,5, К с/кр.: 5,0 Ммоль/л, Na с/кр.: 145 Ммоль/л, Глюкоза в крови: 4,0 Ммоль/л. ОАК : Эр: 4,62 млн/мкл Нб: 134 г/л Л: 9,2 тыс/мкл Нт: 41 % Тр: 274 тыс/мкл, СОЭ: 10 мм/ч, Эо: - %, п: 5 %, с: 70 % л 19 % м: 6 %.

На основании клинических данных и результатах лабораторных и инструментальных методов обследования был установлен диагноз: Инфаркт головного мозга в бассейне правой передней мозговой артерии с поражением базальных ганглиев (хвостатого ядра) от 10.02. 2014 с развитием грубого левостороннего синдрома «гемихорея-гемипарез», легкого левостороннего центрального гемипареза, острейший период. Перенесенный инфаркт головного мозга от 2008 года в бассейне левой среднемозговой артерии. Фон: Артериальная гипертензия 3 ст. риск 4. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий.

В связи с наличием гиперкинезов к стандартной терапии инфаркта мозга при поступлении был добавлен Конвулекс в дозе 500 мг 2 раза в день. На фоне данной терапии состояние больного без существенной положительной динамики. На 3 день к лечению был добавлен Сульпирид в дозе 200 мг 2 раза в день. Таким образом, мы использовали схему, рекомендованную в тяжелых случаях гиперкинетического синдрома. На фоне данного лечения интенсивность гиперкинеза резко уменьшилась уже в течение первых суток, а затем патологический синдром окончательно купировался на 2-3 сутки от начала данной терапии.

Данный клинический случай доказывает полиморфизм клинических проявлений инфаркта мозга в бассейне передней мозговой артерии, при котором наряду с появлением типичной симптоматики в виде гемипареза, возможно развитие различных вариантов гиперкинетико-гипотонического синдрома. Гиперкинетический синдром, или синдром «гемихорея—гемипарез», обусловлен нарушением кровоснабжения области полосатого тела, таламуса или субталамического ядра.(2) Атипичные нейролептики и противосудорожные препараты являются оптимальным вариантом лечения подобной симптоматики.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### Литература

1. Неврология: национальное руководство / Е. И. Гусев, Ассоц. медицинских обществ по качеству, Всероссийское о-во неврологов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1035 с.: ил.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. — Т. 1 / Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — 2-е изд., перераб и доп. — М.: Медицина, 2001. — с. 744.

ID: 2014-04-1749-T-3925

Тезис

Кононова А.А.

**Определение роли уровня тревожности больных туберкулезом в клинической практике***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра фтизиопульмонологии**Научный руководитель: д.м.н., профессор Казиминова Н.Е.*

Определение тревожности в качестве оценки психо – эмоционального состояния человека может учитывать степень влияния личности больного на развитие болезни.

**Цель исследования:** определение роли уровня тревожности больных туберкулезом в клинической практике.

**Материал и методы:** клиническое наблюдение за 50 больными туберкулезом легких на базе ГУЗ ОКТБ, с инфильтративным туберкулезом – 45%, очаговым – 26%, туберкулемами – 29%. Изучение уровня тревожности проводилось при помощи опросника Спилбергера, в модификации Ю.Л.Ханина.

**Результат.** Показатели тревожности (Т) у больных до начала лечения находятся на уровне  $41 \pm 12,4$  б. Гендерных особенностей не выявлено (ситуативная тревожность (СТ) у женщин  $41 \pm 12,9$ , у мужчин  $40,1 \pm 11,4$ ). При анализе возрастных особенностей видно, что тах уровень СТ ( $44 \pm 11,5$ ) у больных 30 - 39 лет при min уровне СТ  $37 \pm 13,2$  у лиц старше 50 лет. Выявление по обращению характерно для лиц с высоким уровнем СТ ( $42,9 \pm 10,3$ ) по сравнению с больными, выявленными при прохождении профилактической флюорографии ( $40,2 \pm 14,3$ ). Высокий уровень СТ характерен для лиц с ограниченными формами туберкулеза ( $44,2 \pm 13,4$ ). При сравнении Т по течению процесса выявлено, что до начала лечения у пациентов с неблагоприятным развитием туберкулеза уровень Т составил  $33 \pm 2,5$  при  $46 \pm 10,3$  у пациентов с благоприятным течением. Присоединение к туберкулезу ВИЧ инфекции способствует росту Т на 9,5%. В процессе лечения у больных показатели Т снижаются на 10%. У женщин темпы снижения СТ выше, чем у мужчин, что также свойственно пациентам с малыми формами туберкулеза У лиц с положительной динамикой на фоне лечения происходит нормализация СТ ( $41,2 \pm 9,8$ ). У пациентов с иволютивным течением низкий уровень тревожности сохраняется и в процессе лечения.

**Выводы.** Определение показателей тревожности у больных туберкулезом способствует применению индивидуальной психологической коррекции пациентов во фтизиатрической практике для повышения эффективности лечения.

**Ключевые слова:** тревожность, эффективность лечения

## Урология и андрология

ID: 2014-04-1276-T-3596

Тезис

Уклеина В.В.

### Неоадьювантная гормональная терапия локализованного рака предстательной железы

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Понукалин А.Н.*

**Актуальность.** В основе неоадьювантной гормонотерапии РПЖ- лежит принцип андрогенной блокады , путем выключения продукции эндогенного тестостерона или блокирования андрогенного эффекта, путем конкурентного действия лекарственных агентов.

**Цель исследования:** установить эффективность неоадьювантной гормональной терапии, в лечении локализованного РПЖ.

**Материал и методы.** В данном исследовании, был использован аналог гонадотропин-рилизинг гормона- элегард, который применялся в различных дозах, в зависимости от уровня тестостерона в сыворотке крови. Гормонотерпию проводили в течение нескольких месяцев, после чего выполнялась ТУР, с HIFU аблацией РПЖ. Ретроспективно были изучены истории болезни: 33 больных с РПЖ, которые находились на лечении в 2013 году, в клинике урологии. Средний возраст составил- 63 года. 61% больных вводили элегард в дозе 7,5 мг, 33% - 22,5 мг и 6% - 45 мг. Стадии рака предстательной железы: у 72% - T2NxM0; у 18% - T2cNxM0; у 6% - T2aNxM0; у 3% - T1NxM0. Объем предстательной железы: у 58% - > 40 см3, у 24% - >50 см3, у 15% - > 60 см3, у 3% - > 70 см3. Уровень ПСА: 67% - до 20 нг/мл; 27% - >20 нг/мл; 6% - > 30 нг/мл. Данные гистологии больных, после ТРБ: у 64%- левая доля- умеренно дифференцированная ацинарная аденокарцинома; правая доля- ацинарная аденокарцинома. У 21%- левая доля- узловая железистая гиперплазия; правая доля- ацинарная аденокарцинома. У 15% - левая доля - ДГПЖ, ПИН высокой степени; правая доля - очаг микроаденокарциномы. Число Глисона составляет: 3+3=6 - у 61% больных; 3+4=7 - у 24% больных; 3+2=5 - у 9% больных; 2+2=4 - у 6%.

**Результаты.** Эффективность применения элегарда составила: у 51% объем предстательной железы уменьшился на 25%, у 21% - объем железы уменьшился на 50%, у 21% - без появления новых очагов и у 6 %- отсутствие уменьшения опухоли. Данные гистологии после HIFU аблации РПЖ: у 21% - опухоли не обнаружено, фиброз стромы, дистрофия эпителия желез; у 73% - в некоторых полях зрения видны участки аденокарциномы: у 6% - слабый лечебный патоморфоз, ацинарная аденокарцинома. Степень патоморфоза: 1ст. - слабый патоморфоз- 6%, 2ст. - умеренно выраженный патоморфоз – 58%, 3ст. - выраженный патоморфоз – 36%. 58% больных принимали элигадр в течение 1 месяца, 33% - 2 месяца и 9% - 3 месяца.

**Вывод.** Таким образом, неоадьювантная гормональная терапия элегардом, больных с локализованным раком предстательной железы, позволяет уменьшить размеры опухоли, в среднем, на 25-30%, снизить риск метастазирования и обеспечивает непосредственную абластичность операции.

**Ключевые слова:** неоадьювантная терапия, рак предстательной железы

ID: 2014-04-1276-T-3646

Тезис

Трощановский К.В., Шатылко Т.В.

**Применение хирургического гольмиевого лазера Lumenis VersaPulse PowerSuite 100W в лечении урологических заболеваний***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Понукалин А.Н.*

**Актуальность.** В последние годы отмечается высокий темп развития эндоскопической хирургии. Эндоурологические вмешательства имеют ряд преимуществ перед открытыми операциями в плане частоты развития осложнений, косметического результата и экономической эффективности лечения. В связи с этим является актуальным вопрос о расширении показаний к эндоурологическим операциям, что невозможно без усовершенствования уже имеющейся аппаратуры или внедрения в урологическую клинику новых технологий, таких как применение хирургических лазеров.

**Цель исследования:** выявить возможные области применения гольмиевого лазера в эндоурологии.

**Задачи исследования:** проанализировать нозологический диапазон, при котором пациентам клиники урологии СГМУ проводились эндоскопические вмешательства с использованием системы Lumenis VersaPulse 100W, и произвести оценку непосредственных результатов лечения.

**Материал и методы.** Проводилась ретроспективная работа с медицинской документацией, проанализирован журнал использования лазерной аппаратуры и 259 историй болезни пациентов клиники урологии СГМУ, которым выполнялись оперативные вмешательства с использованием Lumenis VersaPulse PowerSuite 100W.

**Результаты.** С 20.11.2012 по 24.01.2014 в клинике урологии СГМУ было выполнено 259 оперативных вмешательств с применением Lumenis VersaPulse PowerSuite 100W: контактная уретеролитотрипсия – 191 (73,7%), цистолитотрипсия (ЦЛТ) – 22 (8,5%), трансуретральная инцизия шейки мочевого пузыря (ТУИ) – 19 (7,3%), ЦЛТ + ТУИ – 2 (0,8%), трансуретральная резекция (ТУР) опухолей мочевого пузыря – 8 (3,1%), ТУР простаты – 6 (2,3%), эндоуретротомия – 5 (1,9%), перкутанная нефролитотрипсия – 3 (1,2%), эндопиелотомия при стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента – 2 (0,8%), рассечение устья левого мочеточника – 1 (0,4%).

**Выводы:**

1. Лазерные технологии позволяют проводить дробление конкрементов любого размера, состава, плотности, локализации с высокой эффективностью.
2. Гольмиевый лазер можно использовать для манипуляций с мягкими тканями, что уменьшает сроки дренирования мочевого пузыря и ведёт к уменьшению послеоперационного койко-дня.

**Ключевые слова:** эндоурология, лазер, мочекаменная болезнь, стриктуры уретры

ID: 2014-04-1276-T-3667

Тезис

Шатылко Т.В., Седов Д.С.

## Серая зона PSA: статистико-математический анализ с применением метода искусственных нейронных сетей

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Понукалин А.Н.

**Актуальность.** PSA-скрининг, начиная с широкого его внедрения в клиническую практику в конце 1980-х годов, произвёл революцию в схеме диагностики и лечения рака предстательной железы (РПЖ). Несмотря на нередкую в последнее время критику социальной и экономической эффективности массового PSA-скрининга, бесспорным остаётся тот факт, что благодаря нему значительно выросла выявляемость РПЖ на ранних стадиях и, тем самым, улучшились результаты оперативного лечения этого заболевания. Основным поводом для такой критики является предполагаемая гипердиагностика и избыточное лечение неагрессивных форм РПЖ. Компромисс был достигнут в форме 5 опубликованных решений Международного согласительного комитета по раннему обнаружению РПЖ в Мельбурне (2013). Согласно его 3-му тезису, уровень PSA крови не должен оцениваться изолированно, без прочих клинических и инструментальных данных. Однако, их иерархия и относительная важность для принятия окончательного решения неясны. Это особенно важно для «серой зоны» PSA, под которой принято понимать диапазон его концентраций от 4 до 10 нг/мл.

**Цель:** оптимизация ведения пациентов с промежуточным уровнем PSA крови.

### Задачи:

1. Проектирование и обучение искусственной нейронной сети (ИНС), определяющей предполагаемые гистологические находки в ПЖ по имеющимся клиническим данным.
2. Определение наиболее важных клинико-лабораторных ориентиров для ведения пациентов с промежуточным уровнем PSA крови.

**Материал и методы.** Информация из историй болезни 254 пациентов, которым в период 2012-2013 гг. выполнялась трансректальная биопсия (ТРБ) простаты в онкологическом отделении КБ им. С.Р. Миротворцева, использована для создания нескольких ИНС с различной архитектурой. Для валидации применялись данные 27 пациентов, которым проводилась ТРБ в январе-феврале 2014 г.

**Результаты.** Однослойная ИНС с 11 входящими, 9 промежуточными и 3 выходными нейронами оказалась наиболее эффективной: в 92,6% случаев давала верное предположение о наличии или отсутствии РПЖ, в 85,2% случаев давала верное гистологическое заключение, делая различие между ДГПЖ и разными формами ПИН. Нейронная сеть оказалась неспособной точно предсказать сумму баллов Gleason (14,8%). Были определены факторы, влияющие на прогноз ИНС, в порядке убывания значимости: объём простаты, PSA крови, возраст, пальпаторная плотность простаты, скорость прироста PSA, асимметрия простаты, предшествовавшая негативная биопсия, свободная фракция PSA, приём ингибиторов 5-альфа-редуктазы.

### Выводы:

1. ИНС могут применяться для прогнозирования гистологических находок при ТРБ.
2. Высокая плотность PSA свидетельствует о наличии РПЖ.
3. Пальцевое ректальное исследование имеет все основания оставаться важным инструментом в диагностике РПЖ.

**Ключевые слова:** рак простаты, PSA, биопсия, скрининг, искусственные нейронные сети

ID: 2014-04-1276-T-3748

Тезис

Морshed М.А., Шатылко Т.В.

**Отдалённые результаты трансплантации почки от живого родственного донора***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии**Научный руководитель: д.м.н., профессор Полозов А.Б.*

**Актуальность.** Несмотря на то, что в современной трансплантологии наиболее распространенным вариантом органного донорства является кадаверное, трансплантация почки от живого родственного донора (ЖРД) по ряду причин не теряет своих позиций. К её преимуществам, в частности, относится решение проблемы дефицита донорских органов, отсутствие длительного периода ожидания, менее агрессивные режимы иммуносупрессии и возможность выбора оптимального периода для трансплантации.

**Цель:** улучшить отдалённые результаты трансплантации почки от ЖРД.

**Задачи:** оценить влияние возраста ЖРД и выбранного иммуносупрессивного протокола на выживаемость реципиента и трансплантата.

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезни 57 пациентов, которым выполнялась трансплантация почки от ЖРД в клинике урологии СГМУ. Получены данные о состоянии реципиентов на февраль 2014 года. Пациенты распределены на парные группы в зависимости от возраста донора (младше 45 лет - 19, 45 лет и старше — 38) и препарата для комплексной иммуносупрессии (циклоsporин — 33, такролимус - 24). На основании полученных данных построены кривые выживаемости по Каплану–Мейеру с цензурированием; их сравнение производилось с помощью log rank теста.

**Результаты.** Общая выживаемость реципиентов составила: 89% для 1 года, 86% для 3 лет и 82% для 5 лет. Выживаемость трансплантата составила 87% для 1 года, 74% для 3 лет, и 50% для 5-летнего срока. Эвристический анализ полученных кривых выживаемости позволил предположить преимущество трансплантации от ЖРД младше 45 лет (пятилетняя выживаемость трансплантата - 66% против 36% в группе с донорами старше 45 лет) и применение такролимуса для иммуносупрессии (56% против 46% в группе циклоsporина). Тем не менее, статистический анализ с помощью log rank теста значимость различий между кривыми выживаемости разных групп не подтвердил ( $p > 0.05$ ). Проведённый post hoc анализ показал, что в группе пациентов с возрастом донора старше 45 лет применение такролимуса даёт гораздо лучший эффект на пятилетнюю выживаемость трансплантата (86%), чем циклоsporин (13%); значимость данного наблюдения подтверждена статистически ( $p < 0.05$ ).

**Выводы.** Выявить фактор, который оказывал бы решающее влияние на отдалённые результаты трансплантации почки от ЖРД, не удалось, что может объясняться малым числом и длительностью наблюдений. Ведение пациентов после трансплантации требует персонализированного подхода и детального соблюдения всех принципов трансплантологии. Такролимус в иммуносупрессивной схеме даёт лучшие результаты, чем циклоsporин, особенно при наличии иных факторов риска гибели трансплантата, таких как возраст донора старше 45 лет.

**Ключевые слова:** трансплантация почки, иммуносупрессия, выживаемость



ID: 2014-04-1276-T-3749

Тезис

Шатылко Т.В., Трощановский К.В.

**Микробиологическая флора в урологических отделениях**  
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Понукалин А.Н.

**Актуальность.** Несмотря на большие достижения антибиотикотерапии и антисептики, инфекционно-воспалительные осложнения (ИВО) в урологии не являются редкостью. В ряде случаев развитие ИВО непредсказуемо и может привести к особой форме генерализованного воспалительного ответа – уросепсису, летальность при котором может достигать 50%. Предупреждение развития ИВО должно основываться на выявлении пациентов с бактериурией и своевременном начале антибактериальной профилактики.

**Цель:** снижение частоты ИВО в урологическом стационаре.

**Задачи:**

1. Определение контингента пациентов, нуждающихся в бактериологическом исследовании мочи и антибиотикопрофилактике.
2. Получение обобщённых данных о чувствительности микрофлоры урологического стационара к антибактериальным препаратам.

**Материал и методы.** Из журнала бактериологической лаборатории получены данные о 112 пациентах клиники урологии СГМУ, которым в 2013 г проводился посев мочи на микрофлору. Ретроспективно изучены истории болезни данных пациентов. Установлена частота диагностически значимой бактериурии в парных группах, сформированных на основании факторов, гипотетически способных повлиять на риск развития ИВО. Для подтверждения статистической значимости различий проводился подсчёт критерия согласия Пирсона.

**Результаты.** У 32 пациентов (28,6%) выявлена значимая бактериурия, у 15 (13,4%) из них обнаружена *E. coli*. Бактериурия чаще наблюдалась у пациентов, ранее уже находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении - 39,2%, чем у первичных пациентов – 7,9% ( $p < 0,005$ ). Значительно чаще бактериурия встречалась у пациентов с наружными дренажами для отведения мочи (нефростомы, цистостомы) – 77,8% против 24,3% ( $p < 0,05$ ). Пол, диагноз, наличие сахарного диабета, вид ранее проведённой операции, наличие внутренних дренажей значения не имели. Отмечена наибольшая чувствительность микрофлоры к имипенему (87,5%, устойчивость - 0%). Чувствительность и устойчивость к амикацину соответственно проявили 34,4% и 21,9% образцов, к офлоксацину – 40,6% и 31,2%, к ципрофлоксацину – 9,4% и 15,6%, к фурадонину – 56,25% и 37,5%. Самая высокая устойчивость наблюдалась к цефтриаксону – 56,2% при чувствительности 31,2%.

**Выводы:**

1. Всем пациентам, повторно поступающим в урологический стационар, требуется проводить бактериологическое исследование мочи и своевременно начинать антибактериальную профилактику.
2. Для эмпирической профилактики и терапии ИВО могут применяться фторхинолоны, амикацин, а также фурадонин, чувствительность флоры к которому вновь возрастает. Имипенем остаётся высокоэффективным антибиотиком резерва.
3. Цефтриаксон не рекомендуется для применения в условиях урологического стационара.

**Ключевые слова:** инфекционно-воспалительные осложнения, микрофлора, дренирование мочевыводящих путей

ID: 2014-04-1276-T-3842

Тезис

Комягина Ю.М.

**Тактика лечения больных диффузной гиперплазией предстательной железы с острой задержкой мочеиспускания***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Башков В.А.*

**Цель исследования:** оценить эффективность различных способов дренирования мочевого пузыря у больных диффузной гиперплазией предстательной железы при острой задержке мочеиспускания.

**Материал и методы.** Были проанализированы истории болезней 411 пациентов с острой задержкой мочеиспускания по поводу аденомы предстательной железы, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №8 в 2008 и 2013гг. Пациенты были разделены на группы в зависимости от способов оказания неотложной помощи. Троакарная цистостомия была выполнена 197 больным (48%), катетеризация мочевого пузыря в сочетании с применением альфа-адреноблокаторов 191 (46%), 23 больным была установлена эпицистостома (6%).

В период данной госпитализации радикальное оперативное лечение было выполнено 65 пациентам (16%), 234 - (57%) выполнялось отсроченное оперативное вмешательство, у 33 пациентов (8%) после консервативных мероприятий восстановилось самостоятельное мочеиспускание, а 79 - (19%) в связи с сопутствующей патологией радикальное лечение не было показано.

**Результаты.** Летальных исходов не было. При троакарной цистостомии количество осложнений составило 7 случаев (2%). При катетеризации мочевого пузыря осложнения были отмечены в 20 случаях (5%) от общего числа больных. Количество инфекционных осложнений росло с увеличением длительности катетеризации. При эпицистостомии осложнения наблюдались в 3 случаях (1%).

Средний койко-день в группе пациентов, которым была установлена троакарная цистостомия составил 7 дней, 6 дней у пациентов с установленным катетером, у пациентов с наложением эпицистостомы — 10 дней.

**Вывод.** Троакарная цистостомия при правильном ее осуществлении является наиболее эффективным методом лечения больных диффузной гиперплазией предстательной железы с острой задержкой мочеиспускания.

**Ключевые слова:** острая задержка мочеиспускания

ID: 2014-04-1276-T-3970

Тезис

Халимуллина Р.Р.

### Лечение рецидивов рака мочевого пузыря

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Понукалин А.Н.

Частота рака мочевого пузыря варьирует от 3 до 4, 5% от всех новообразований человека, а среди новообразований мочевыводящих путей достигает, по разным данным, 70%. На протяжении ряда десятилетий традиционным стандартом в лечении рака мочевого пузыря на ранних стадиях выступает трансуретральная резекция. Целями вмешательства являются: верификация диагноза и стадирование, определение возможных рисков рецидивирования и прогрессии на основании полученных морфологических данных и удаление видимых новообразований. Однако существенным негативным последствием ТУР является высокая частота раннего рецидивирования.

**Цель исследования:** изучить частоту рецидивов мышечно-неинвазивного РМП.

В ходе нашей работы был изучен материал за 2012-2013 годы. Количество больных, прооперированных по поводу опухоли мочевого пузыря, - 189. Диагностировано рецидивов опухолевого процесса – 58, что составляет 30, 6%. Частота рецидивирования после ранее выполненной ТУР – 87,9%(51 случай), причем из них частота продолженного роста составила 19,6%, истинных рецидивов – 39,2%. Из них поверхностных рецидивов (T1NM) – 58,6%(34 случая), у 29,3% (17 случаев) – рецидив в пределах органа(T2NM), у 12,1% (7 случаев) – рецидив с выходом за пределы мочевого пузыря (T3a,T3b,T4NM). Из 34 случаев поверхностных рецидивов рак G1 составил 58,8%(20 случаев), рак G2 – 26,5%(9 случаев), рак G3 – 11,8%(4 случая). Из 17 случаев рецидива в пределах органа рак G2 составил 82,4%, G3 – 17,6%. Из 7 случаев рецидива с выходом за пределы органа рак G2 составил 42,8%, G3 - 57,2%. По поводу рецидивов T1NM было произведено: 32 - ТУР, 1 – лазерная абляция опухоли, 1 – лазерная вапоризация опухоли. По поводу рецидивов T2NM: 6 –цистпростатвезикулэктомий, 11 – ТУР. По поводу рецидивов T 3a,T3b,T4NM: 1 – резекция, 6 – цистпростатвезикулэктомий. Анализируя полученные данные, были определены группы риска с наибольшей вероятностью прогрессирования опухолевого процесса.

**Выводы.** Одними из определяющих причин рецидивирования РМП являются степень дифференцировки опухолевых клеток, множественность поражения, неадекватность лечения. Что в свою очередь существенно влияет на прогноз и дальнейшую тактику лечения.

**Ключевые слова:** лечение рецидивов рака мочевого пузыря

## Хирургия

ID: 2014-04-24-T-3238

Тезис

Студеникин Л.В., Бондаревский И.Я.

### Диагностика и хирургическая коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости при лечении холецистолитиаза

*ЮУГМУ Минздрава России*

**Актуальность.** Холецистэктомия - вторая по распространенности операция после аппендэктомии. Не менее 70% холецистэктомий выполняются эндоскопическим методом. Результаты хирургического лечения холецистолитиаза, как наиболее частого проявления желчнокаменной болезни (ЖКБ), нельзя считать абсолютно удовлетворительными, т.к. частота постхолецистэктомических осложнений достигает 40%. Большинство из них связано с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости (ХНДП), которые наблюдаются у 83% больных ЖКБ. Методы диагностики ХНДП связаны с использованием специальной медицинской аппаратуры, чаще всего доставляют дискомфорт пациенту и поэтому их использование ограничено. Консервативное лечение имеет недолгосрочный эффект, а способы оперативной коррекции ХНДП связаны с лапаротомией, используются мало из-за распространения видеоэндоскопического доступа.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ЖКБ.

**Задачи исследования:**

1. Определить на дооперационном этапе группу пациентов, имеющих серологические изменения, характерные для ХНДП
2. Рентгенологически доказать ХНДП у пациентов с ЖКБ
3. Применить видеоэндоскопическую мобилизацию дуоденоюнального перехода при плановых холецистэктомиях

**Материал и методы.** Обследованы 40 человек, госпитализированных для плановой лапароскопической холецистэктомии. Определялся уровень желчных кислот натощак до операции и на 3 сутки после холецистэктомии. При повышенных показателях до операции проводилось рентгеноскопическое исследование желудка и 12-перстной кишки.

**Результаты.** Уровень желчных кислот до операции был повышен у 38 человек (95%), после операции - у 39 (97,5%). Рентгенологические признаки ХНДП отмечены в 55% случаев. В течение 60 суток после холецистэктомии рентгенологические признаки ХНДП сохранялись и сопровождалась клиническими проявлениями.

В качестве лечебного пособия у 3 пациентов во время эндоскопической холецистэктомии выполнялась мобилизация дуоденоюнального перехода. Рентгенологическая и клиническая симптоматика в этих случаях регрессировала в послеоперационном периоде.

**Выводы:**

1. Определение уровня желчных кислот может использоваться как скрининговый метод для выявления ХНДП.
2. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки является неинвазивной процедурой, легко переносится пациентами и позволяет достоверно установить ХНДП.
3. Симультантная мобилизация дуоденоюнального перехода во время эндоскопической холецистэктомии сопровождается хорошими клиническими и рентгенологическими результатами. Малое количество наблюдений не позволяет сделать окончательных выводов, но предварительные результаты заслуживают внимания и дальнейшего изучения.

**Ключевые слова:** хронические нарушения дуоденальной проходимости

ID: 2014-04-24-T-3244

Тезис

Ушакова В.В.

## Роль ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей в диагностике диабетической стопы

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Ефимов Е.В.*

Диабетическая стопа – осложнение сахарного диабета, патологическое состояние стоп в виде гнойно - некротических процессов, язв и костно-суставных поражений, возникающее на фоне изменения периферических нервов, сосудов, кожи и мягких тканей, костей и суставов.

**Цель:** проанализировать результаты доплерографии сосудов нижних конечностей и сопоставить их с данными лабораторных исследований и особенностями диабетической стопы.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты 241 пациента. Возраст пациентов от 17 до 88 лет. У 30 пациентов был 1 тип СД (40,5±2,7 лет), у 211 – 2 тип СД (64,7±0,6 лет). Скрининг – доплерографическое исследование кровотока нижних конечностей выполняли на аппарате «Ангиодин-ПК».

**Результаты.** Обнаружены различия показателей скрининг – доплерографии кровотока нижних конечностей, свидетельствующие о худшем кровоснабжении стоп в группе пациентов с СДС. Так, среднее значение  $V_s$  в группе пациентов с СДС составило  $26,4 \pm 1,92 \text{ см}^3/\text{сек}$  ( $n=124$ ), а в группе с предъязвенными изменениями -  $37,76 \pm 1,98 \text{ см}^3/\text{сек}$  ( $n=91$ ). У 14,3% (13 из 91) пациентов без язвенного поражения, лоцировалась запредельно низкая скорость кровотока по магистральным артериям стопы. В группе пациентов с СДС доля таких пациентов оказалась существенно большей – 33,9% (42 из 124). При анализе всей выборки обнаружена достоверная зависимость между скоростью кровотока и показателями липидограммы. При концентрации ХС сыворотки крови менее 4,0 ммоль/л зарегистрированы доплерографические свидетельства лучшего кровоснабжения стоп. В этой группе пациентов  $V_s$  составил  $48,85 \pm 4,83 \text{ см}^3/\text{сек}$  ( $n=12$ ), а в группе пациентов с содержанием ХС  $\geq 4,0$  ммоль/л, -  $40,21 \pm 1,34 \text{ см}^3/\text{сек}$  ( $n=75$ ).

### Выводы:

1. Развитие СДС идет со снижением средней скорости линейного кровотока, крайне низкие показатели кровотока регистрируются чаще, чем у больных с предъязвенными изменениями. У больных с крайне низкими показателями кровотока отсутствие СДС можно объяснить компенсаторным развитием коллатерального кровотока.
2. Нарушение кровотока у больных с СДС в большей мере связано с липидными, а не углеводными нарушениями.
3. Для определения тактики ведения пациента целесообразно введение в практику кабинета диабетической стопы рутинное проведение доплерографии сосудов нижних конечностей.

**Ключевые слова:** синдром диабетической стопы, доплерография нижних конечностей

ID: 2014-04-24-T-3605

Тезис

Шевцов О.Б.

**Отдаленные последствия перенесённого диффузного аксонального повреждения головного мозга***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей хирургии**Научный руководитель: Беликов А.В.*

К диффузным аксональным повреждениям головного мозга относят полные и /или частичные распространенные разрывы аксонов в частом сочетании с мелкоочаговыми гемorragиями, обусловленные травмой преимущественно инерционного типа.

**Актуальность.** Доступность высокоскоростного транспорта для широких слоев населения ведет к увеличению аварийности напрямую связанной с механизмом травмы.

**Цель работы:** исследование динамики ЯМРТ-патоморфологии головного мозга, неврологического дефицита и степени его восстановления в отдаленном периоде.

**Материал и методы:** анализ томограмм головного мозга в динамике и клиническое наблюдение отдельно взятого больного перенесшего диффузное аксональное повреждение.

**Результаты.** Динамика МРТ у больных с диффузным аксональным повреждением головного мозга характеризуется ранним развитием диффузного атрофического процесса в период 3-4 нед после травмы. В нейростатусе сохраняются остаточные явления пирамидного синдрома.

**Ключевые слова:** диффузное аксональное повреждение

ID: 2014-04-24-T-3630

Тезис

Хилько А.О.

### **Артериальная химиоэмболизация нерезектабельных метастазов колоректального рака в печени**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской хирургии и онкологии*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Вертянкин С.В.*

Колоректальный рак (КР) одна из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей человека. От 20 до 50% больных КР обратившихся впервые имеют метастазы в печень.

При неоперабельности метастазов в настоящее время актуальны методы регионарной химиотерапии.

Чрескатетерная масляная химиоэмболизация (МХЭ) – это один из часто используемых методов регионарной химиотерапии метастатического рака печени.

**Цель исследования:** оценить результаты артериальной МХЭ в лечении больных с нерезектабельными колоректальными метастазами печени. Изучить осложнения МХЭ у больных с метастазами КР в печени.

**Материал и методы.** В исследование включены 9 пациентов с нерезектабельными метастазами КР печени, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии и онкологии СГМУ, которым производилась МХЭ в 2012-2013 г. Возраст больных - от 57 до 74 лет.

У 9 больных в анамнезе были радикальные оперативные вмешательства от 1 до 24 месяцев до применения МХЭ, у одного в анамнезе 3 курса ПХТ, также у одного больного была проведена РЧТА образования.

МХЭ проводилась с использованием доксорубина, гемцитобина, оксалиплатина на контрасте липиодол.

Осуществлялось МХЭ артерий печени трансфеморальным способом по Сельдингеру.

**Результаты.** Всего у 9 пациентов с метастазами КР в печени произведено 9 эндоваскулярных вмешательств. В 7 случаях отмечено депонирование эмболизата в метастазах, в двух случаях депонирование умеренное. Осложнений технического характера не было. Постэмболизационный синдром после МХЭ купировался у всех пациентов на фоне консервативной терапии в течение 2–7 сут., паренхиматозной желтухи не наблюдалось. Больные отмечали улучшение самочувствия, через два месяца у 7 (77,77 %) больных при повторном МРТ было обнаружено уменьшение метастатических очагов, что говорит о эффективности МХЭ.

**Выводы:**

1. Артериальная химиоэмболизация была эффективна у 77,77% больных с неоперабельными метастазами колоректального рака в печени.
2. У всех больных после выполнения артериальной МХЭ отмечался различной степени выраженности постэмболизационный синдром.
3. Тяжелых осложнений, летальности, связанных с проведением МХЭ не было.
4. Невысокая частота осложнений, низкая летальность и умеренная токсичность позволяет рассматривать химиоэмболизацию как один из методов выбора лечения неоперабельного метастатического рака печени.

**Ключевые слова:** колоректальный рак метастазы химиоэмболизация

ID: 2014-04-2467-T-3746

Тезис

Аксенов А.А.

**Профилактика послеоперационных тромбозов у онкологических больных***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской хирургии и онкологии**Научный руководитель: д.м.н., профессор Конопацкова О.М.*

Частота венозных тромбозов и эмболий после операций у онкологических больных колеблется от 5 до 60%. В связи с этим профилактика послеоперационных тромбозов у онкологических больных приобретает особую актуальность. Данное осложнение мало зависит от возраста пациента и стадии опухолевого процесса. Онкологический больной имеет множество факторов риска развития тромботических осложнений. Высокий процент возникновения тромбозов и эмболий диктует необходимость проводить полноценную профилактику.

**Цель исследования:** оценить эффективность профилактики тромбоэмболий у онкологических больных.

**Материал и методы.** Обследовано 80 больных со II-III стадиями рака. Среди них было 46 больных раком ободочной кишки и 34 больных раком прямой кишки. Основная масса пациентов имела возраст старше 60 лет (78%). В процессе клинического обследования у всех больных была констатирована высокая степень операционного анестезиологического и тромбоэмболического риска.

**Результаты.** У данной группы больных предоперационная подготовка осуществлялась совместно с анестезиологом. Обязательным условием являлось эластичное бинтование нижних конечностей и назначение Фраксипарина по 0,3мл 1 раз в сутки подкожно, начиная за день до операции. Объем операций был следующий: при раке ободочной кишки – гемиколонэктомия; при раке прямой кишки – передняя резекция или экстирпация. После операции Фраксипарин вводился от 2 до 5 суток под регулярным контролем состояния свёртывающей системы крови. При наличии изменений в коагулограмме (у 31 больного – 39%) терапия Фраксипарином продолжалась в течение 7-10 суток. Применение препарата создавало условия для ранней активизации больных (с первых суток после операционного периода). Мелкие гематомы в зоне введения препарата отмечены у 11 пациентов (13,7%). Тромбоэмболические осложнения не были зафиксированы ни у одного больного.

**Заключение.** Таким образом, проводимая схема профилактики тромбоэмболических осложнений у онкологических больных является эффективной.

**Ключевые слова:** тромбоз, эмболии



ID: 2014-04-2467-T-3747

Тезис

Жамкова М.Ю.

## Изменение показателей иммунитета в процессе полихимиотерапии у больных инфильтративной формой рака молочной железы

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской хирургии и онкологии*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Конопацкова О.М.*

Представляет интерес изучение показателей иммунитета у больных отечно-инфильтративной формой рака молочной железы.

**Цель исследования:** изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета при инфильтративной форме рака молочной железы в динамике до и после проведения полихимиотерапии.

**Материал и методы.** Проведено комплексное обследование 83 больных с инфильтративной формой рака молочной железы. Изучали количество Т-лимфоцитов (CD3<sup>+</sup>-клеток), В-лимфоцитов (CD19<sup>+</sup>-клеток), Т-хелперов (CD4<sup>+</sup>-клеток), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8<sup>+</sup>-клеток), их соотношением. Количественное содержание В-лимфоцитов (CD19<sup>+</sup>-клеток) сопоставляли с функциональной активностью их субпопуляции на основании определения уровня сывороточных иммуноглобулинов различных классов: IgG, IgA и IgM.

**Результаты.** В основной группе больных отмечено прогрессирующее снижение процентного содержания CD3<sup>+</sup>-лимфоцитов ( $45,2 \pm 1,2, P < 0,001$ ), CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов ( $20,6 \pm 1,54, P < 0,001$ ) по отношению к контрольной группе. В то же время отмечено достоверное увеличение процентного содержания CD8<sup>+</sup>-лимфоцитов по сравнению с контрольной группой наблюдения ( $29,4 \pm 0,54, P < 0,001$ ). Одновременно снижался показатель соотношения CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>-лимфоцитов ( $0,71 \pm 0,033, P < 0,001$ ). Также установлено снижение активности В-зависимого иммунитета: содержание в крови IgG ( $9,85 \pm 0,187, P < 0,001$ ), IgA ( $1,95 \pm 0,026, P < 0,001$ ), IgM ( $0,98 \pm 0,013, P < 0,001$ ), а также уровня CD19<sup>+</sup> лимфоцитов ( $14,7 \pm 1,025, P < 0,001$ ) было заметно ниже контрольных величин.

Таким образом, оценивая иммунный статус у больных инфильтративной формой рака молочной железы, следует заключить, что выявленные сдвиги имеют прогностическую значимость. Использование полихимиотерапии обеспечивает не только элиминацию опухолевых клеток в периоды терапевтических мероприятий, но за счет подавления иммунной системы способствует развитию промоции и метастазированию малигнизированных клеток, не подвергшихся эрадикации.

**Ключевые слова:** инфильтративная форма, иммунитет

Волкова Н.А.

**Анализ результатов лечения больных липогранулемами молочной железы***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

**Актуальность.** Заболеваемость дисгормональными гиперплазиями молочной железы увеличивается постоянно. Среди различных форм гиперплазий наблюдаются липогранулемы - 7-8%. Они представляют собой очаг хронического воспаления. В гистологических препаратах - между полостями наблюдается инфильтрация ткани различными элементами грануляционного ряда, среди которых обнаруживаются гигантские многоядерные клетки — липофаги. В инфильтрате нередко встречаются образования, по строению напоминающие туберкулёзные бугорки. Ведущим фактором риска развития липогранулем является травма молочной железы как однократная (37%) и двукратная (63%). Наиболее частая тактика лечения липогранулем - секторальная резекция молочной железы.

**Цель исследования:** проанализировать результаты лечения больных липогранулемами молочных желез.

**Материал и методы.** За период с 2008 по 2010гг. в клинике факультетской хирургии и онкологии находилось 61 больная с липогранулемами молочной железы. Возраст пациенток старше 29 лет (93%). Опухоль чаще локализовалась в верхне-наружном квадранте (73% больных). Диаметр очага у 83% пациенток был до 1,5см. Все пациентки обследованы стандартно, включая визуально-пальпаторный метод, маммографию, УЗИ молочных желез, тонкоигольную биопсию с цитологическим исследованием и, в дальнейшем, плановое гистологическое исследование.

**Результаты.** После клинического обследования больные были оперированы. Так, 2/3 от общего числа, что составляет 42 наблюдений (67%) произведена секторальная резекция. А 1/3 от общего числа, что составляет 21 наблюдений (33%) - отказалась от оперативного лечения, ввиду небольшого размера очага (до 1см). Дальнейшая судьба пациенток прослежена в течение трех лет. Всем выполнено УЗИ молочных желез. В группе оперированных больных рецидивов заболеваний не выявлено. В группе больных, отказавших от операции, установлено, что 16 пациенток (75%) прооперированы в течение двух лет после первичного обследования, поскольку они отметили быстрый рост опухоли, который доказан при УЗИ (68%) и на маммограммах (32%). При гистологическом исследовании препаратов у двух пациенток (13%) констатирован рак молочной железы.

**Вывод.** Следовательно, при липогранулемах молочных желез оптимальным методом лечения является оперативный, а именно - секторальная резекция.

**Ключевые слова:** липогранулеммы

ID: 2014-04-25-T-3855

Тезис

Белов М.В., Логинов И.В., Филимонов Е.А.

### **Закрытый чрескостный остеосинтез локтевого отростка**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России*

Переломы локтевого отростка, по данным различных авторов, составляют от 16 до 34% среди всех внутрисуставных переломов. Консервативное лечение переломов локтевого отростка со смещением не применяется, в связи с трудностью удержания локтевого отростка в репозированном положении из-за воздействия на него 3-х главой мышцы плеча.

Переломы локтевого отростка, по данным различных авторов, составляют от 16 до 34% среди всех внутрисуставных переломов. Трудности хирургического лечения внутрисуставных повреждений проксимального отдела предплечья объясняются особенностями анатомического строения, биомеханики, высокой реактивностью тканей локтевого сустава на травму, сравнительно быстрым развитием посттравматической параартикулярной оссификации. Неудовлетворительные и посредственные результаты в виде осложнений типа гетеротопических оссификатов, деформирующих артрозов, контрактур, псевдоартрозов по данным различных авторов отмечаются в пределах 3,2-12,5 %.

Сложность лечения таких повреждений состоит в противоречии между длительной иммобилизацией и необходимостью обеспечения ранних движений в поврежденном суставе.

**Цель исследования:** создание стабильной фиксации закрыто отрепонированного локтевого отростка в сочетании с возможностью ранней полноценной функции в локтевом суставе.

**Материал и методы.** В клинике травматологии и ортопедии на базе МУЗ ГKB № 9 с 2004 года для остеосинтеза локтевого отростка применяется остеосинтез оригинальным аппаратом внешней фиксации. Аппарат состоит из базы, закрепленной на проксимальном отделе локтевой кости чрескостными фиксаторами ( спицами или стержнями ), диафиксирующей спицы с упорной площадкой, проведенной через локтевой отросток и элемента, позволяющего дозированное натяжение этой спицы, с целью компрессии в месте перелома. Репозиция локтевого отростка производится закрыто, под контролем электроннооптического преобразователя. Активная функция в локтевом суставе разрешается на следующий день после остеосинтеза локтевого отростка оригинальным АВФ, что предотвращает развитие контрактур и параартикулярной оссификации. По данной методике выполнено 60 операции. Ближайшие и отдаленные результаты показали в 100% случаев консолидацию перелома и отсутствие контрактур и параартикулярной оссификации.

**Выводы.** Таким образом, остеосинтез локтевого отростка оригинальным аппаратом внешней фиксации позволяет добиваться консолидации в оптимальные сроки, без потери функции в локтевом суставе. Следовательно отпадает необходимость в длительном реабилитационном лечении для восстановления движения в локтевом суставе, что влечет за собой наличие экономической выгоды и разгрузку лечебных учреждений (травмпунктов, поликлиник).

**Ключевые слова:** остеосинтез локтевого отростка

ID: 2014-04-24-T-3873

Тезис

Князевская Е.Э., Яхина В.В.

**Эндоваскулярные технологии в лечении больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургии и онкологии ФПК и ППС**Научный руководитель: асс. Мельситов В.А.*

В перечне осложнений сахарного диабета (СД) синдром диабетической стопы (СДС) занимает лидирующие позиции, приводя к ранней инвалидизации и летальности.

**Цель исследования:** оценить результаты лечения раневой инфекции у больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы (НИФСДС) после эндоваскулярной коррекции артериального кровообращения в нижних конечностях.

**Задачи исследования:** изучить параметры раневого процесса у больных с НИФСДС после выполнения баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей, сравнить полученные данные с результатами лечения пациентов, которым проводилась медикаментозная терапия простагландином E<sub>1</sub> (Вазапостан).

**Материал и методы.** Изучены результаты комплексного лечения раневой инфекции у 49 больных с НИФСДС. В основной группе больных (n=19) реваскуляризация нижних конечностей осуществлялась с помощью рентгенохирургических технологий: ангиопластики (n=19) и стентирования (n=16) сегментов артерий. Пациентам контрольной группы (n=30) проводилась медикаментозная терапия хронической артериальной недостаточности с использованием простагландина E<sub>1</sub> (Вазапостан).

**Результаты** лечения раневой инфекции в обеих группах оценивались по динамике регенераторно-репаративных процессов в ранах и сохранению опорной функции стопы. Оптимальные показатели получены у пациентов основной группы. Динамика репаративных процессов опережала темпы раневого процесса у больных группы сравнения. Некролиз раневых дефектов наступал на 5,2±0,6 сутки с момента начала стационарного лечения. Появление зрелой грануляционной ткани отмечено на 7,9±0,8 сутки. «Высокая» ампутация конечности на уровне бедра выполнена 1 пациенту, после неудачной попытки хирургической коррекции артериального кровотока. Лечение пациентов группы сравнения, сопровождалось торпидным течением раневого процесса. Динамика цитологических и планиметрических показателей ран отставала от значений, зарегистрированных у пациентов основной группы (p<0,05). «Высокие» ампутации конечности выполнены 9 больным группы сравнения.

**Вывод.** Эндоваскулярные рентгенохирургические вмешательства активизируют темпы раневого процесса у больных с гнойно-некротическими осложнениями СД и способствуют сохранению опорной функции конечности.

**Ключевые слова:** синдром диабетической стопы, раневая инфекция

ID: 2014-04-24-T-3948

Тезис

Горбунова И.Ю., Шаницын И.Н.

### Применение церебральной оксиметрии при операциях на сонных артериях

ФГБУ СарНИИТО

Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) является «золотым» стандартом лечения симптомных больных со стенозом внутренней сонной артерии (ВСА). Однако успех КЭАЭ зависит от частоты периоперационных неврологических осложнений. Интраоперационный нейромониторинг играет большую роль в выявлении церебральной гипо- и гиперперфузии, и позволяет вовремя принять соответствующие меры для защиты головного мозга. Традиционный нейромониторинг вытесняется современными, более удобными и информативными методами. В настоящее время ведущую роль занимает церебральная оксиметрия (ЦО).

**Цель исследования:** оценка эффективности применения церебральной оксиметрии при операциях на сонных артериях.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 30 пациентов (февраль 2013 - январь 2014 г.), из них 9 женщин и 21 мужчина. Средний возраст больных составил 53 года (32-73). Показаниями к операции были: симптомный стеноз ВСА у 14 пациентов (46,6%), асимптомный стеноз ВСА более 70% у 14 пациентов, и симптомная патологическая извитость ВСА у 2-х пациентов. Всего выполнено 24 эверсионных эндартерэктомии, 4 КЭАЭ и 2 резекции извитости ВСА. Всем пациентам проводился интраоперационный нейромониторинг церебральной оксиметрии с использованием аппарата FORE-SIGHT (CASMED). У всех пациентов неврологический статус оценивался неврологом. Среднее время операции - 95 мин. (87-120), пережатие сонной артерии - 37 мин (27-45). Исходные значения ЦО составили в среднем 65% (58-71), после пережатия сонной артерий - 60% (55-65). При снижении ЦО на стороне пораженной артерии ниже 40% или на 20% от исходного уровня, должно выполняться наложение внутреннего внутрипросветного шунта. В нашей группе пациентов длительное пережатие ВСА не приводило к значимому снижению ЦО и шунт не применялся. После пуска кровотока отмечался возврат показателей ЦО к исходным значениям у всех пациентов. У 3-х пациентов после пуска кровотока отмечались признаки гиперперфузии головного мозга (повышение данных ЦО более чем на 10% по сравнению с контрлатеральной стороной), которые купировались снижением системного артериального давления. У двух пациентов развилась преходящая периферическая нейропатия, в одном случае потребовалась ревизия зоны анастомоза по поводу кровотечения. В послеоперационном периоде ни у одного из пациентов не было выявлено неврологического дефицита.

Церебральная оксиметрия - это информативный, неинвазивный и удобный в применении метод нейромониторинга при операциях на сонных артериях. Он позволяет оценить изменения оксигенации головного мозга во время пережатия сонной артерии и после пуска кровотока, реже использовать временный внутрипросветный шунт, что снижает риск неврологических осложнений, и, соответственно, уменьшает время нахождения пациента в стационаре и расходы на лечение.

**Ключевые слова:** церебральная оксиметрия

ID: 2014-04-25-T-3959

Тезис

Чередник А.А., Море Гаутам Сахербао, Аль-Факих Абдулазиз

**Переломы области голеностопного сустава и методы лечения***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра травматологии-ортопедии**Научный руководитель: к.м.н., доцент Киреев С.Н.*

Переломы области голеностопного сустава относятся к часто встречающимся травмам опорно-двигательного аппарата и составляют от 12-20%, а также 40-60% всех переломов костей голени (Панков И.О. Емелина О.В. 2012). Переломы лодыжек являются наиболее частой травмой преимущественно среди трудоспособного населения. Частота травмы и длительная нетрудоспособность этих больных наносят стране большой экономический ущерб. При переломах в области голеностопного сустава применимы как консервативные, так и оперативные методы лечения. Выбор оптимального метода оперативного лечения повреждений в области голеностопного сустава является весьма актуальной проблемой современной травматологии.

**Цель:** улучшение результатов лечения сложных переломов в области голеностопного сустава.

**Задачи:** провести динамическое клиническое обследование пациентов со сложными переломами в области голеностопного сустава, после проведения закрытого чрескостного остеосинтеза стержневым аппаратом внешней фиксации.

**Материал и методы.** В клинике травматологии и ортопедии МУЗ ГKB № 9 с 2005 года применяется оригинальная методика стержневого чрескостного остеосинтеза для лечения сложных переломов области голеностопного сустава. Всего прооперировано 80 пациентов.

**Выводы.** Чрескостный остеосинтез с применением стержневых аппаратов внешней фиксации при сложных переломах области голеностопного сустава способствует восстановлению кровообращения и иннервации конечности в 3 раза быстрее, чем при традиционном погружном остеосинтезе.

**Ключевые слова:** перелом, голеностопный сустав, остеосинтез, чрескостный

ID: 2014-04-24-T-3976

Тезис

Князевская Е.Э., Тлепсеруков А.З., Испулов Н.Х.

### Результаты лечения больных острым панкреатитом в условиях областной клинической больницы

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургии и онкологии ФПК и ППС

Научный руководитель: доцент Гоч Е.М.

Лечение больных острым панкреатитом представляет актуальную проблему здравоохранения, решение которой предполагает существенное снижение летальности и частоты тяжелых осложнений.

За 1,5 года ( 2012, 2013 ) в ОКБ находилось на лечении 125 больных острым панкреатитом.

Из них у 78 диагностирован острый отечный панкреатит, который вылечен консервативно в сроки от 5 до 20 дней.

У 5 больных – как осложнение сформировалась киста поджелудочной железы.

У 47 ( 37,6 % ) диагностирован панкреонекроз

Из них 21 выписаны, 26 – смерть. Летальность 55%.

21 живы: 15 мужчин и 6 женщин; средний возраст 46 лет

7 - не оперированы, из них у 2 разрешен панкреонекроз консервативно в сроки от 20 до 30 дней.

5- лапароскопическое дренирование брюшной полости с последующей консервативной терапией

14 оперированы – из них только у 2 диагностирована флегмона забрюшинной клетчатки

12 оперированы по поводу ограниченных скоплений гноя без распространения на забрюшинную клетчатку.

Умерло 26 больных: 9 женщин и 17 мужчин; средний возраст 45 лет, хотя 8 в возрасте 20-30 лет.

*Причина смерти:* у1 аррозивное кровотечение, у 1 дуоденальный свищ, у 24 распространенная забрюшинная флегмона.

Из них 5 ранее оперированы в ЦРБ области.

Ввиду неадекватности первичных операций они повторно оперированы в ОКБ.

1 больной оперирован в ОКБ по поводу панкреонекроза, абсцесса сальниковой сумки, через 28 дней выписан. Из ЦРБ повторная госпитализация в ОКБ через месяц- операция, диагноз гнойный перитонит, продолжающийся панкреонекроз, флегмона забрюшинной клетчатки.

3 оперированы в экстренном порядке в связи с перитонитом. Констатирован панкреонекроз с распространением на забрюшинную клетчатку.

6 при госпитализации потребовалось выполнить лапароскопию, при которой констатирован инфицированный панкреонекроз, в связи с чем произведены открытые хирургические вмешательства.

4 в сроки от 5 до 15 суток получали консервативную терапию. Ввиду ее неэффективности были оперированы.

5 произведена лапароскопия, при которой диагноз панкреонекроза подтвержден, однако показаний к операции не выставлено и произведено дренирование брюшной полости и одному попытка дренирования сальниковой сумки. При дальнейшем консервативном лечении состояние ухудшилось и они оперированы в сроки от 3 до 6 суток, на операции распространенный панкреонекроз, флегмона забрюшинной клетчатки.

2 проводилась консервативная терапия с неоднократной пункцией жидкостных , которые закончились оперативным лечением в поздние сроки и гибелью больных.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, панкреонекроз

