



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ**



**АСТРАХАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**Министерство здравоохранения Астраханской области
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет»
Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**ДОСТИЖЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ КАК ОСНОВА
СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И
БЛАГОПОЛУЧИЯ ОБЩЕСТВА**

**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**г. Астрахань,
7 сентября 2017 г.**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Астраханский государственный
медицинский университет»**

**ДОСТИЖЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ КАК ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ
ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ОБЩЕСТВА**

**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

Астрахань 2017 г.

УДК :614.2:616-084

ББК:610.21

Д 70

Сборник Достижения профилактической медицины как основа сохранения здоровья и благополучия общества: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (г. Астрахань 7-8 сентября 2017г.) - Астрахань; Изд-во Астраханского ГМУ, 2017.- Астрахань, 2017, с. 80с.

Сборник материалов составлен по итогам работы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, состоявшейся в г.Астрахани 7-8 сентября.

Издание предназначено для врачей, научных и педагогических работников, аспирантов, ординаторов с целью использования в научной работе и учебной деятельности.

Редакционная коллегия:

О.А. Башкина, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской педиатрии (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России);

О.В. Рубальский, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой микробиологии и вирусологии (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)

ISBN 978-5-4424-0332-9

Печатается по решению редакционно-издательского совета №151 Астраханского государственного медицинского университета от 30.08.2017 г.

©Коллектив авторов, 2017

©ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, 2017 г.

Клиническое наблюдение пациентки

с первичной легочной гипертензией

Н.Г. Андросюк^{1,2}, Л.И. Рудан¹, С.А. Мартыненко¹,
С.С. Гальцев¹, Л.Н. Хилова¹, Е.В. Рудан¹,
Н.Р. Садвакасова¹, И.В. Рязанцева¹,
С.Э. Медетова¹, И.Я. Мазетова¹, Е.Е. Андреева²

*ГБУЗ АО «Областной кардиологический диспансер¹»,
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский
университет» Минздрава России²*

Постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403 легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) входит в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности [1]. В нашей стране ЛАГ-специфическая терапия представлена 6 препаратами (бозентан, амбризентан, мацитентан, илопрост, силденафил, риоцигуат), что позволяет внедрять стратегию комбинированной терапии. Вместе с тем в Национальных рекомендациях 2016 г. (3-я версия) обсуждаются возможности улучшения результатов монотерапии за счет замены ранее неэффективного силденафила на риоцигуат у больных с III функциональным классом (ВОЗ) [2].

Клинический случай. Пациентка А., 1981 г.р. обратилась в ГБУЗ АО «Областной кардиологический диспансер» в 07.2016 с жалобами на прогрессирующую одышку, обморочные состояния, снижение работоспособности.

По данным спирометрии были исключены рестриктивные и обструктивные нарушения легких. При обследовании в ГБУЗ АО «Областном кардиологическом диспансере» выявлены признаки хронического легочного сердца: дилатация правых отделов сердца (объем правого предсердия, по данным ЭХОКГ, составлял 95 мл), легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 90

мм рт.ст.), уменьшение в размерах левых отделов сердца, относительная недостаточность трикуспидального клапана 2-й степени.

При выполнении в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань) катетеризации правых отделов сердца выявлена высокая легочная гипертензия: систолическое давление в легочной артерии составляло 93 мм рт.ст. Коронарные артерии были интактны (при проведении коронароангиографии). По данным магнитно-резонансной томографии сердца с контрастированием легочных артерий отмечалось дилатация ствола легочной артерии (3,5 см) и ее ветвей (правая – 2,3 см, левая – 2,27 см). В нижней доле правого легкого в проекции S7-9 сегментов определялась группа тонкостенных воздушных кист размерами 1,35 - 4,5 см (по результатам мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной полости).

В 10.2016г. пациентка А. в ФГБУ «РКНПК» Минздрава России при выполнении перфузионной сцинтиграфии выявлены данные за диффузные нарушения перфузии легких, признаки правого-левого шунта, очаговое изменение перфузии в проекции 8-9 сегментов правого легкого.

При выполнении теста на обратимость легочной гипертензии (илопрост, 10 мкг, ингаляционно) показатель сердечного индекса составил 1,8 л/мин/м². Проба была расценена как отрицательная. При проведении катетеризации правых отделов сердца среднее давление в правом предсердии равнялось 10 мм рт.ст. Систолическое / диастолическое / среднее давление в легочной артерии (СДЛА / ДДЛА / СрДЛА) составило 93/56/72 мм рт.ст., давление заклинивания в легочной артерии – 13 мм рт.ст.

Таким образом, у пациентки А. был исключен вторичный генез легочной гипертензии и выставлен диагноз:

Идиопатическая легочная гипертензия, функциональный класс 3. Хроническое легочное сердце: относительная

недостаточность трикуспидального клапана 2 степени. Кисты нижней доли правого легкого. Учитывая тяжесть состояния пациентки А., высокую легочную гипертензию, низкую толерантность к физическим нагрузкам, была инициирована специфическая терапия риоцигуатом.

В 03.2017г в связи с ухудшением состояния после перенесенного ОРВИ, пациентка А. вновь была госпитализирована в ФГБУ «РКНПК» Минздрава России. Выписана с рекомендациями по увеличению дозы риоцигуата до 7,5 мг/сут.

Обсуждение. Представленный клинический случай демонстрирует трудности диагностического поиска легочной гипертензии и применение ЛАГ-специфической монотерапии риоцигуатом. По данным проведенного обследования выявлена положительная динамика: улучшился функциональный статус больной: дистанция, пройденная в тесте 6-минутной ходьбы, увеличилась с 440 м до 486 м, синкопальные явления не повторялись. Побочные действия терапии риоцигуатом не зафиксированы.

Структура врожденных пороков сердца и сосудов у детей с нейросенсорной тугоухостью

Т.И. Балашова², А.А. Григорьева^{1,2}, Ю.В. Назарочкин¹, А.Л.

Ефремов¹, В.И. Красовская³, Е.Н. Глухова³,

К.М. Мухтаров¹, Д.А. Харитонов¹, В.А. Сайдулаев¹

Астраханский филиал «Научно-клинического центра оториноларингологии»¹ ФМБА России, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»² Минздрава России ГБУЗ АО «Областной кардиологический диспансер»³ Астрахань

Нейросенсорная тугоухость является одним из частых врожденных нарушений органов чувств, с частотой встречаемости более 4-х детей на 1000 новорожденных. У детей с нейросенсорной тугоухостью часто имеются отклонения в сердечно - сосудистой системе, однако в доступной литературе имеются единичные сообщения по этому вопросу.

Цель исследования: определить структуру врожденных пороков сердца (ВПС) у детей с нейросенсорной тугоухостью для оптимизации подготовки к кохлеарной имплантации и предупреждения жизнеугрожающих осложнений.

Методы исследования: клинические, общие лабораторные методы, ЭКГ в покое и при физической нагрузке в 12 стандартных отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ЭХО-кардиография сердца и сосудов, генеалогические методы, генетическое консультирование.

Результаты исследования: В период с 2008 – 2015 г обследовано 485 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, направленных на операцию КИ в Астраханский филиал «НКЦ оториноларингологии ФМБА России».

Отклонения в сердечно-сосудистой системе отмечены у 125 детей (27,8%). Из этой группы выделены дети с ВПС- 42 ребенка (10,6%), у которых были ВПС ранее прооперированные или выявленные при подготовке к оперативному лечению по КИ и группа детей с малыми аномалиями развития сердца (МАРС)- 83 детей (18,4%).

Дети, имеющие отклонения в сердечно-сосудистой системе, и НСТ составили 27,8% от всех детей направленных на операцию. Структура ВПС у дети с НСТ представлена следующим образом: дефект межпредсердной перегородки вторичный – 9; открытый артериальный проток (ОАП) – 8; дефект межжелудочковой перегородки –5; тетрада Фалло – 3; стеноз легочной артерии – 4; первичный дефект межпредсердной перегородки - 3; транспозиция магистральных сосудов – 2; добавочные вены правого предсердия -2; аномальное отхождение левой коронарной артерии от ствола легочной артерии –1; коарктация аорты – 1; сочетание врожденных септальных дефектов имели 4 детей.

Большая часть детей с ВПС (35 детей) были после полной или частичной коррекции врожденных пороков сердца, проведенных в раннем возрасте. Из представленных данных видно, что чаще всего встречается вторичный ДМПП, ОАП, ДМЖП, который входит в многокомпонентный порок сердца тетрада Фалло. Часть этих пороков имела у детей с наследственными синдромами.

В наших наблюдениях у детей НСТ синдромом Холта-Орама -1, Элліса – Ван Кревельда синдром – 1, Гольденхара синдром (гемифациальная микросомия, микроглия, речевые нарушения) врожденные пороки сердца имели - 5 детей. По степени недостаточности кровообращения дети с врожденными пороками сердца были распределены следующим образом: ХСН I ст. – 38, ХСН II А- 1, то есть преобладали дети с недостаточностью кровообращения I. Детей с ХСН III ст. не было.

Малые аномалии развития сердца встречались у 83 детей-18,4%. Структура МАРС представлена следующим образом: открытое овальное окно -75 детей, удлиненный клапан нижней полой вены - 5 детей, пролапс митрального клапана – 3 детей, аневризма межпредсердной перегородки –

2. Открытое овальное окно определялось в основном у детей до 5 летнего возраста.

При направлении на КИ проводится строгий отбор и по данным направительных документов здоровье детей не должно вызывать опасений в исходе операции, однако осмотр детей педиатром в отделении впервые выявил различные ВПС у 7-х детей. Так ОАП – установлен у 2-х, стеноз легочной артерии – 2-х, дефект межпредсердной перегородки вторичный – 2-х, добавочные вены правого предсердия -1- го.

Результаты изучения сердечно-сосудистой системы детей с НСТ указывают на недостаточный контроль педиатров и детских кардиологов за подготовкой и обследованием детей перед оперативным лечением. Возможно, это связано с тем, что многие дети направляются на операцию из сельских и отдаленных регионов страны, где отсутствуют условия проведения ЭХО-КС.

Таким образом, состояние соматического здоровья детей с нейросенсорной тугоухостью требует глубокого обследования перед операцией КИ. Полученные данные свидетельствуют о значительной распространенности врожденных аномалий развития сердечно-сосудистой системы, что должны учитывать отоларингологи и анестезиологи при проведении такой сложной операции, как установка кохлеарных имплантов.

Врожденные пороки сердца у детей с синдромом Гольденхара-Горлина

Т.И. Балашова², А.А. Григорьева^{2,1},
Ю.В. Назарочкин¹, А.Л. Ефремов¹,
Е.С. Кучкина³, Л.О. Гетьман³, А.П. Брашкин^{3,2}

*Астраханский филиал «Научно-клинического центра
оториноларингологии»¹ ФМБА России,
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский
университет»² Минздрава России*

Наличие у ребенка множественных врожденных дефектов развития осложняет установление диагноза конкретной нозологической формы заболевания.

Частота встречаемости окулоаурикуло-вертебральная дисплазии (синдром Гольденхара-Горлина (Goldenhar - Gorlin), фациоаурикуло-вертебральная дисплазия) составляет 0,2 на 10 000 родов. При этом синдроме отмечается наличие гемифациальной микросомии, поперечных расщелин лица. Со стороны сердечно сосудистой системы бывают различные сложные аномалии развития сердца: тетрада Фалло, дефект межжелудочковой перегородки, инверсия желудочков сердца с отхождением аорты и легочного ствола от правого желудочка, атрезия ствола легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки и др. Заболевание возникает спорадически, с редкими случаями, предполагающими аутосомно-рецессивный или аутосомно-доминантный тип наследования. Диагноз обычно устанавливается при обнаружении асимметрии лица или расщелины верхней челюсти в сочетании с односторонней микрофтальмией.

Цель исследования: изучить состояние сердечно-сосудистой системы и коморбидных состояний у пациентов с синдромом Гольденхара-Горлина.

Материалы и методы исследования: С 2008 по 2016 г. под нашим наблюдением находилось 9 детей с фациоаурикуло-вертебральной дисплазией, обратившихся за медицинской помощью в Астраханский филиал НКЦО по поводу аномалии ушных раковин, преаурикулярных отростков, снижения или отсутствия слуха. Возраст от 3-х до 17 лет.

Обследование включало: общеклинические методы, сбор анамнеза по анкете, ЭКГ, ЭХО-КС, суточное мониторирование, проведение аудиометрического теста.

Различные хронические соматические заболевания выявлены у всех детей. Изменения в сердечно-сосудистой системе было определено у всех детей. Врожденные пороки сердца имели 7 детей. Из них тетрада Фалло – 2, дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части - 1, транспозиция магистральных сосудов с отхождением аорты и легочного ствола от правого желудочка - 2, дефект межпредсердной перегородки - 1.

Малые аномалии развития имели 5 детей. На момент обращения у 4 детей проведены операции на сердце (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов). У 2-х детей пороки были гемодинамически незначимыми и в операции не нуждались. У 2-х детей пороки были выявлены в ЛОР отделении педиатром при подготовке к операции кохлеарной имплантации. При рождении пороки сердца были выявлены у 4-х, у остальных детей установлены только после 3-х лет и позже. При анализе ЭКГ определены: экстрасистолия - 1, брадикардия - 3, миграция водителя ритма – 2, блокады проводящей системы сердца – 7.

Удлинения интервала QT не встречалось. Более четверти детей (36,3%) имели дисгармоничное физическое развитие, которое было обусловлено дефицитом массы тела и низким ростом. Аномалии лицевого черепа с асимметрией лица были у всех детей. Сочетание с расщелиной губы и неба - у 2-х детей. Среди перенесенных заболеваний и коморбидных состояний у детей с наиболее часто встречались перинатальные поражения ЦНС (66,6%), анемии (33,8%), острые и хронические инфекции верхних дыхательных путей (44,0%), в анамнезе пневмонии (10,6%). У ряда детей (21,2%) преобладали поражения желудочно-кишечного тракта, такие как дисбиоз толстого кишечника у 2-х детей, хронического гастродуоденита -1 ребенок, аномалии развития желчного пузыря у 3-х детей, энтеробиоза, Задержка нервно-психического развития определена у 3-х детей. Со стороны

слуха: нейросенсорная тугоухость у 2-х, кондуктивная тугоухость – 3-х. Патологии наружного уха с нейросенсорной глухотой определена у 3-х.

Снижение слуха из-за патологии наружного уха - у 4-х. У 2-х детей выявлена патология мочевой системы удвоение мочеточников и мультикистоз почек. Концентрация гемоглобина у обследованных детей колебалась от 80 до 135 г/л, в среднем составила $114,6 \pm 0,99$ г/л. Физическое развитие детей в 37,0% случаев не соответствовало возрастным нормам.

Выводы: Сложные пороки сердца являются одним из компонентов симптомокомплекса фациоаурикуло-verteбральная дисплазии. Диагностика синдрома, основывается на генетическом обследовании. Синдром Гольденхара-Горлина – редкое генетически детерминированное заболевание, связанное с развитием асимметричной деформации костей лицевого скелета в сочетании с поражением слухового анализатора.

При определении у ребенка преаурикулярных отростков, поперечных расщелин лица, асимметрии черепа считаем необходимым проводить обследование данного пациента на наличие патологии сердечно-сосудистой системы.

Профилактика нарушений психического здоровья старших школьников

Н.Д. Бобрищева-Пушкина¹,
Л.Ю.Кузнецова¹, О.Л. Попова¹

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)¹ г.Москва*

Подростковый возраст - один из критических периодов нервно-психического развития, сопровождающийся ростом числа нервно-психических заболеваний и социальной дезадаптации у школьников, проведение в 9 и 11 классах

выпускных экзаменов также зачастую неблагоприятно отражается на психическом здоровье учащихся.

Целью нашего исследования было изучение распространенности у старших школьников повышенного уровня тревожности, депрессивных состояний, выраженного экзаменационного стресса и оценка уровня знаний подростков по вопросам профилактики и коррекции этих состояний.

Нами было проведено добровольное анонимное анкетирование 586 учащихся 8-11 классов школ Москвы и Московской области. Выраженность депрессивных состояний и уровня тревожности оценивалась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (hads), разработанной А. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г., и предназначенной для скринингового выявления тревоги и депрессии субклинической и клинической выраженности, уровень экзаменационного стресса и осведомленности школьников о приемах профилактики и коррекции этих состояний был изучен с помощью разработанной нами анкеты.

Полученные результаты подвергались статистической обработке с помощью Microsoft Excel с расчетом относительных величин, достоверности их различий (при степени вероятности безошибочного прогноза 95%). В результате исследования были обнаружены повышенный уровень тревожности у 39,5% учащихся, депрессивные проявления различной степени выраженности у 20,4% школьников. О возможной профилактике и коррекции этих состояний ничего не знает 50,9% учащихся, всего 6,8% узнали об этом от психолога или школьного врача, основным источником знаний учащихся является интернет (30,2%).

Установлено влияние организации образовательного процесса на распространенность депрессивных состояний - в образовательном учреждении с применением проектной деятельности и специализированными классами выявлено 27,1% учащихся с депрессивными проявлениями, тогда как в

обычных образовательных учреждениях этот показатель составил 14,2% ($p < 0,05$). Выраженный экзаменационный стресс отмечают 21,4 % учащихся, причем 75,1% из них считает свой уровень знаний по профилактике стресса недостаточным. Низкий уровень психогигиенических знаний школьников приводит к тому, что используют немедикаментозные способы профилактики и коррекции (физические упражнения, аутотренинг) всего 25,4 % учащихся, считают нужным в случае выраженных отклонений обратиться к психологу 20,4%, к врачу 4,6%, готовы самостоятельно принимать лекарственные препараты для снижения тревоги или депрессии 8,1% подростков, для уменьшения проявлений экзаменационного стресса- 12,7% школьников.

Нами разработаны и внедрены в учебный процесс занятия для старших школьников по этим проблемам. На занятии «Профилактика и коррекция экзаменационного стресса» проводится обучение подростков приемам мнемотехники, аутотренинга, правильному построению режима подготовки и особенностям питания во время экзаменационной сессии, рациональному поведению в стрессовых ситуациях, наиболее эффективным способам борьбы с экзаменационным стрессом (позитивное целеполагание, «якорение» успеха, физические и дыхательные упражнения). В структуру занятия «Что надо знать о депрессивных состояниях и депрессиях» включена информация о широкой распространенности депрессивных состояний, основных их симптомах и проявлениях, разбираются и обсуждаются принципы поведения и простейшие приемы психотерапевтической само- и взаимопомощи, дается рекомендация о необходимости консультации у психолога, психотерапевта, психоневролога, если депрессивное состояние длится более 10-12 дней. Подростков знакомят с положением о том, что эпизоды

депрессии не являются показанием для постановки на учет в психоневрологическом диспансере, ограничением при приеме на работу и в высшие учебные заведения. Они получают информацию о телефонах доверия психологических служб, психологических и медицинских учреждениях, осуществляющих консультативную и лечебную помощь в этой области, предупреждаются об опасности самолечения антидепрессантами.

Проведенное нами исследование выявило высокую распространенность таких состояния как повышенный уровень тревоги, депрессии и экзаменационного стресса у школьников и недостаточный уровень их психогигиенических знаний по этим вопросам, что требует активизации образовательной работы в этой области.

Усовершенствование тактики лечения пациентов с переломом верхней зоны лица

А.А. Григорьева^{1,2}, В.П. Шпотин²,
Ю.В. Назарочкин¹, М.А. Стройков¹,
К.М. Мухтаров¹, Д.А. Харитонов¹, В.А.Сайдудлаев¹

*Астраханский филиал ФГБУ
«Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА
России»,¹
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский
университет»² Минздрава России*

Многообразный характер повреждений костей лицевого черепа определяет трудности как диагностики, так и оптимальной лечебной тактики, общепринятый подход которой окончательно не выработан.

Цель работы - определить оптимальные сроки выполнения хирургических пособий и усовершенствовать способы оказания медицинской помощи пациентам с перелом стенок лобной пазухи.

Материалы и методы исследования: в основу работы положен клинический материал 187 пациентов в возрасте от 17 до 69 лет с переломами стенок лобной пазухи, находившихся на лечении в Астраханском филиале «Научно-клинического центра оториноларингологии» и оториноларингологическом отделении Областной клинической больницы №1 г. Астрахань с 2000 по июнь 2017 года.

Диагноз устанавливался на основании жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, оценки общего статуса пациента, ЛОР-статуса, неврологического и офтальмологического статуса, выполнения рентгенографии и компьютерной томографии придаточных пазух носа. Из данного исследования исключались пациенты с повреждением задней стенки лобной пазухи, сопровождающейся смещением костных отломков, а также с травматической органической патологией вещества головного мозга, требующей нейрохирургического оперативного пособия.

Количество больных обратившихся за медицинской помощью в острый период травмы (от нескольких часов до 14 суток от момента травмы) составило 52 человек (27,8%), в подострый период (от 15 до 30 суток) – 106 (56,7%), в период формирующейся посттравматической деформации (от 1 до 3 месяцев от момента травмы) – 24 (12,8%), в период сформированной деформации лицевого скелета (более 3 месяцев от момента травмы) – 5 (2,7 %).

Переломы стенок лобных пазух у всех пациентов носили компрессионный характер и сопровождались смещением костных отломков в просвет синуса. Обсуждение. Тактика оказания медицинской помощи пациентам с травматическим повреждением стенок лобной пазухи в нашем исследовании зависела от следующих обстоятельств: срок травматического повреждения, наличия сочетанной травматической патологии со стороны вещества головного мозга, черепно-мозговых

нервов и органа зрения, объема повреждения костных стенок лобного синуса, наличия одновременного повреждения других околоносовых пазух и (или) наружного носа, а также ранее имеющихся хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух, функционального состояния лобно-носового кармана.

Госпитализация в оториноларингологический стационар пациентов с травмой лобного синуса осуществлялась после купирования неврологической симптоматики, ограничивающей проведение хирургических манипуляций под общей анестезией.

Пациенты с острой и подострой травмой, а также в период формирующейся посттравматической деформации, когда разобщение костных отломков возможно с помощью узкого плоского долота, нами оперировались по запатентованной методике, сущность которой заключается с фиксации репонированных костных отломков к кожной металлической пластине, изготовленной из медицинской нержавеющей стали (хромоникелевой стали марки 12х18Н10 или AISI 304), которая инертна к тканям человека (патент Российской Федерации на изобретение № 2302834 от 20.07.2007). В период сформированной деформации в области лобных пазух, методом выбора в нашей клинике является применение расщепленного теменного аутотрансплантата (Бельченко В.А., 1996; Караян А.С., 2006; Алиев С.Э., Жуманов А.Р., Назарян Д.Н., 2013).

Обе методики позволяют оптимально выполнить контурную пластику травмированной зоны без применения какого-либо чужеродного имплантационного материала. Во время выполнения хирургических пособий у пациентов с травматическим повреждением лобных пазух считаем необходимым осуществлять эндоскопический контроль состояния костных стенок, травмированного синуса, а также

лобно-носового канала с оценкой его функционального состояния.

Пострадавшим, у которых имеется сочетанное травматическое повреждение лобной, гайморовой пазухи и (или) костей носа считаем оправданным одномоментное устранение всех костных повреждений. Вывод: наш опыт подтверждает, что переломы костей лицевого скелета остаются актуальной проблемой оториноларингологии, требующей своевременной и правильной диагностики, а также выполнения хирургического лечения в ранние сроки, что позволяет улучшить исход операций, уменьшить количество осложнений и снизить в отдаленные сроки число лиц с косметическими дефектами и стойкими функциональными нарушениями.

Методика ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа

А.А. Григорьева, К.М. Мухтаров,
Д.А. Харитонов, В.А. Сайдулаев, А.Л. Ефремов,
В.Е. Черевиченко, М.В. Сидалиев

*Астраханский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр
оториноларингологии ФМБА России»
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Александрo-Маршннская Областная клиническая больница № 1
г. Астрахань*

Особую проблему ринологии составляют пациенты с открытыми травмами скелета носа, т.к. заживление кожных ран представляет собой комплексный многостадийный процесс, включающий физиологические, биохимические и клеточные реакции. Несомненным фактором в настоящее время является то, что схему лечения пациентов с открытыми травмами скелета носа необходимо подбирать с учетом

адекватного местного лечения, направленного на профилактику формирования грубых патологических рубцов и восстановления физиологии полости носа.

Известно, что лазерофорез гелем Контрактубекс хорошо зарекомендовал себя в схемах лечения после травм лица, реконструктивных и пластических операций (Герасименко М.Ю. с соавт., 2008).

Цель исследования: разработать методику ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа, направленную на предупреждение избыточного рубцевания области носа, ликвидацию воспаления и восстановление физиологии полости носа. Нами предложен способ ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа (положительное решение Роспатента по заявке на изобретение № 2016135138/20 (054982) от 29.08.2016).

Методика процедур: со вторых суток послеоперационного периода после выполнения первичной хирургической обработки ран наружного носа и устранения посттравматических деформаций костно-хрящевого остова наружного носа и его полости ежедневно проводят обработку области ран наружного носа кремом Бепантен® плюс, который наносят тонким слоем дважды в сутки в течение 6-10 дней, после чего на область кожных ран проводят лазерофорез гелем Контрактубекс в течение 7 дней по дистантной методике в непрерывном режиме мощностью 10-15 мВт, время воздействия на одну точку 1,5 мин, общее время воздействия 4,5 - 6 мин, а с четвертых суток послеоперационного периода в течение 5 дней проводят эндоназальную лазерную терапию в красном диапазоне импульсном режиме мощностью 5 Вт по 1, 5 минуты в каждую половину полости носа.

Разработанная методика имеет следующие ключевые моменты: - проведение лазерофореза гелем Контрактубекс начинается не ранее 7 дня после полученной травмы скелета

носа, что соответствует фазе образования и реорганизации рубца (Классификация фаз раневого процесса по М.И.Кузину (1977)) с учетом размера ран и особенностей строения кожи наружного носа; - с целью ликвидации воспаления и стимуляции регенерации в области ран наружного носа со второго дня после полученной травмы назначается ежедневная двукратная обработка области ран кремом Бепантен® плюс в течение 6-10 дней.

Срок обработки напрямую зависит от наступления фазы образования и реорганизации рубца у конкретного больного, и как правило, связан с размером раны и регенераторными возможностями эпителия пострадавшего; - в разработанную методику включена эндоназальная лазерная терапия в красном диапазоне импульсном режиме мощностью 5 Вт, учитывая доказанную её эффективность в послеоперационном периоде у пациентов с травмами ЛОР-органов (Наседкин А.Н., Москвин С.В., 2011).

Выбор крема для наружного применения Бепантен® плюс обусловлен тем, что данный препарат обладает противомикробным, противовоспалительным и улучшающим регенерацию тканей действием. Препарат уменьшает боль благодаря охлаждающему действию. При нанесении на поверхность раны защищает от инфекции, способствуя заживлению http://www.vidal.ru/drugs/bepanthen_plus__6796).

В тоже время, наш опыт использования эндоназальной низкоинтенсивной лазерной терапии в красном диапазоне позволяет сокращать сроки восстановления функционального состояния полости носа, и как следствие улучшать качество жизни пациентов в кратчайшие сроки.

Таким образом, разработанная нами методика ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа направлена на предупреждение избыточного рубцевания области носа, ликвидацию воспаления и восстановление физиологии полости носа в кратчайшие сроки.

**Оценка динамики зрительных функций
пациентов с неэкссудативной
макулодистрофией на фоне стеноза
брахиоцефальных артерий после его
хирургического лечения в сочетании
с лазеротерапией**
И.А. Дроздова

*ГБУ здравоохранения АО «Областной кардиологический диспансер»
г.Астрахань*

Цель: изучить динамику зрительных функций пациента после устранения брахиоцефального стеноза в сочетании с лазеротерапией у пациентов с неэкссудативной макулодистрофией.

Методы: обследованы 36 пациентов: 25 женщин и 11 мужчин, средний возраст 65 лет с неэкссудативной макулодистрофией на фоне атеросклеротической окклюзии (до 70%-80%) брахиоцефальных артерий. Общеклиническое обследование, УЗДГ брахиоцефальных артерий, визометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, прямая офтальмоскопия, терапевтический офтальмологический аппарат К-лазерный полупроводниковый Ласт 1(длина волны 650нм, мощность от 25 до 200 мкВт, частота от 0 до 10 Гц).

Результаты: острота зрения пациентов с коррекцией до лечения варьировала от 0,1 до 0,8 ед. таблицы Сивцева.

В 33% случаев определялось сужение периферического поля зрения в пределах от 5 до 15 градусов, в 41 % случаев имели место центральные скотомы, в 26% случаев выявлено наличие центральных скотом и сужение периферического поля зрения одновременно.

После хирургического устранения стеноза брахиоцефальных артерий на фоне проведенного лечения на аппарате Ласт 1(по общепринятой методике лечения дистрофических поражений сетчатки глаза №10) отмечалась положительная динамика зрительных функций у всех пациентов соответственно тяжести патологического процесса центральных отделов сетчатки. У 75 % пациентов увеличались показатели периферического поля зрения на 5-10 градусов, у 25 % - на 15 градусов.

У 63% пациентов уменьшились размеры центральных скотом, у 21% - они не определялись, у 16% пациентов- без изменений. Повысились показатели остроты зрения на 0,3 ед. таблицы Сивцева у 27% пациентов, на 0.2 ед- у 42%, на 0,1 ед.- у 31% .

Выводы: исследование зрительных функций пациентов с неэкссудативной макулодистрофией после комбинированного лечения (хирургическое + лазерное) показало его эффективность и положительную динамику зрительных функций у пациентов: расширилось периферическое поле зрения, уменьшились размеры центральных скотом наряду с повышением остроты зрения.

Диспансерное наблюдение с трансплантированным сердцем ребенка в Астраханской области

В.И. Красовская¹, Андросюк^{1,2}, С.С. Гальцев¹,
Л.Н. Хилова¹, Н.Р. Садвакасова¹, Л.И. Рудан¹,
Е.А. Попов², Е.В. Рудан¹, Р.Р. Костина¹,
О.В. Колесникова¹, Ю.Г. Григорьева²

*ГБУЗ АО «Областной кардиологический диспансер¹»,
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский
университет» Минздрава России²*

По данным ФГБУ «Северо-Западный Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.И. Алмазова» анализ выживаемости пациентов после трансплантации сердца показал ее высокий уровень и составил 91% через 1 год после пересадки, а общая выживаемость за шестилетний период наблюдения была 89% [5]. У больных, получающих иммуносупрессивную терапию, опасность взаимодействия лекарств заключается как в вероятности развития побочных действий, так и в уменьшении эффективности иммуносупрессии [1].

Клинический случай. Пациент К. 1999 г.р., в марте 2014 г. был направлен в «ГБУЗ АО Областной кардиологический диспансер» в связи с синкопальными состояниями. В ГБУЗ АО «Областном кардиологическом диспансере» выявлены: дилатация правых отделов сердца, снижение фракции выброса левого желудочка до 40,5% и правого желудочка до 37,5%,

легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), по данным ЭхоКГ, составляло 45 мм рт.ст.), относительная недостаточность трикуспидального клапана 2-3-й ст.

При проведении коронароангиографии были исключены аномалии коронарных артерий. При выполнении МРТ сердца с контрастированием выявлены преимущественное поражение правых отделов сердца, дилатация правого желудочка со снижением его сократительной функции, расширение ствола легочной артерии. 23.10.2015 выполнена ортотопическая трансплантация сердца в ФГБУ ФНЦ «Трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России. На 3-е сутки послеоперационного периода первичная дисфункция трансплантата регрессировала (по данным диагностической эндомикардиальной биопсии: клеточное и антилоопосредованное отторжение трансплантата отсутствовало).

Через 21 день после выполненной ортотопической трансплантации сердца выявлены клеточное отторжение трансплантата IA ст и васкулиты, что потребовало коррекции иммуносупрессивной терапии. С 10.12.2015 г. по настоящее время пациент К. находится под диспансерным наблюдением врачей «ГБУЗ АО Областной кардиологический диспансер». Индивидуальная программа реабилитации пациента К. включает диетотерапию, иммуносупрессивную терапию, дезагреганты.

Обсуждение. Мониторинг состояния и развития донорства и трансплантации органов в России в форме регистра проводится под эгидой Профильной комиссии по трансплантологии Минздрава России и Российского трансплантологического общества [4].

В 2016 г. было выполнено 220 трансплантаций сердца, или 1,5 на 1 млн населения (в 2015 г – 179, или 1,2 на 1 млн населения). При этом несовершеннолетним пациентам в 2016

г проведено всего 2 трансплантации сердца, или 0,01 на 1 млн населения (в 2015 г – 6 чел) [2, 3].

В описанном нами клиническом случае побочные действия иммуносупрессивной терапии не зарегистрированы. Рецидив отторжения трансплантата не наблюдался. Активность вирусного гепатита В не выявлена.

Достаточный интерес представляет динамика данных ЭхоКГ. На контрольных ЭхоКГ (07.2017) определяется трикуспидальная регургитация 1-й ст., фракция выброса левого желудочка составляет 57%. кардиология

Профилактика нежелательных межлекарственных взаимодействий как метод повышения безопасности фармакотерапии

О.О. Кирилочев¹, А.Р. Умерова¹

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России¹

Рациональная фармакотерапия прежде всего должна быть обусловлена двумя важнейшими аспектами: эффективностью и безопасностью. Для достижения этой цели врачи любых специальностей часто прибегают к так называемой комбинированной лекарственной терапии для усиления фармакологического эффекта или для повышения безопасности лечения.

Однако любому медицинскому специалисту необходимо помнить, что лекарственные препараты способны вступить между собой во взаимодействие, результатом которого могут быть нежелательные побочные реакции.

Цель исследования. Профилактика нежелательных межлекарственных взаимодействий для предотвращения неблагоприятных лекарственных реакций и повышения безопасности лекарственной терапии.

Материалы и методы. Был проведён анализ клинически значимых и потенциально опасных комбинаций лекарственных препаратов, применяемых в условиях психиатрического стационара. При исследовании был использован метод проспективного обзора применения лекарственных средств. Перечень имеющихся в стационаре лекарственных препаратов, составленный в соответствии с международными непатентованными наименованиями (МНН), был проанализирован с целью выявления потенциального межлекарственного взаимодействия.

Информация о потенциальном взаимодействии находилась благодаря специальному сервису по выявлению потенциальных межлекарственных взаимодействий “Drug Interaction Checker” Интернет-ресурса **www.drugs.com**, обеспечивающий достоверные данные о лекарственных препаратах, утверждённые Food and Drug Administration (FDA).

Также следует отметить, что выявленные с помощью этого сервиса потенциальные взаимодействия соответствуют официальным инструкциям к лекарственным препаратам, представленным в Государственном реестре лекарственных средств.

Для решения задачи профилактики нежелательных побочных реакций, возникших в результате межлекарственного взаимодействия, и повышения безопасности назначенной фармакотерапии был составлен перечень наиболее «опасных» лекарственных препаратов, способных вступить в межлекарственное взаимодействие высокой клинической значимости, классифицируемое вышеуказанной базой данных как “Major”.

Результаты и их обсуждение. В исследование было включено 132 лекарственных препарата, являющиеся основными и наиболее часто используемыми в изучаемом стационаре. Межлекарственные взаимодействия высокой

степени клинической значимости, о которых идёт речь, делятся на 4 типа по данным сервиса Drug Interaction Checker. В зависимости от тактики ведения пациента и возможности оптимизации лечения это: «противопоказано» (“contraindicated”), «как правило, следует избегать» (“generally avoid”), «требуется внимательное мониторинговое наблюдение» (“monitor closely”) и «требуется корректировка дозы» (“adjust dose”).

Среди значимых (“Major”) взаимодействий наиболее опасной является категория «противопоказано» (“contraindicated”). В связи с этим, с нашей точки зрения первостепенным было выявление тех лекарственных препаратов, которые потенциально вступают в подобное взаимодействие. В проведённом исследовании данные лекарственные препараты были распределены по количеству встречаемости.

Таким образом, было выявлено следующее: тиоридазин – 25 (21,5%), калия хлорид – 14 (12%), метоклопрамид – 10 (8,6%), клозапин – 5 (4,3%), кеторолак, амиодарон – по 4 (3,4% каждый), алимемазин тартрат, хлорпромазин, флуфеназин, трифлуоперазин – по 3 (1,8% каждый), amitриптилин, цефтриаксон, ципрофлоксацин, кломипрамин, дифенгидрамин, галоперидол, имипрамин, моксифлоксацин, офлоксацин, оланзапин, кветиапин, рисперидон – по 2 (1,2%), ацетилсалициловая кислота, азитромицин, бипериден, кальция хлорид, кальция глюконат, карбамазепин, хлорамфеникол, кларитромицин, клемастин, диклофенак, флуоксетин, флувоксамин, индометацин, мелоксикам, пароксетин, пропранолол, сертралин, тригексифенидил – по 1 (0,6%).

Выводы:

1. Наиболее «опасными» лекарственными препаратами по количеству “contraindicated” взаимодействий являются

тиоридазин, калия хлорид, метоклопрамид, клозапин, кеторолак и амиодарон.

2. Профилактика нежелательных межлекарственных взаимодействий для предотвращения неблагоприятных лекарственных реакций способно значительно повысить безопасность лекарственной терапии.

Рецидивы рака яичников

М.Г. Леонов¹, С.А. Беляева¹,
Г.А. Рахуба¹, Е.А. Моря¹, С.Н. Чернов¹

ГБУЗ «Онкологический диспансер №3»¹ г. Новороссийск

У большинства первично пролеченных больных раком яичников (РЯ) после окончания лечения диагностируется рецидив заболевания, особенно в течение первых двух лет.

Цель – изучение частоты и сроков возникновения рецидивов заболевания у больных РЯ после проведенного лечения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное изучение данных 839 больных РЯ, получивших лечение в 2010–2012 гг. Больные разделены на 2 группы в зависимости от стадии первичной опухоли. В первую группу вошли пациентки, имеющие I стадию – 179 человек.

Вторую составили пациентки с II–III стадиями – 660 человек. Каждая разделена на подгруппы в зависимости от метода проведенного лечения и в них изучены частота и сроки возникновения рецидивов в течении трех лет. Результаты и обсуждение Возраст больных РЯ 31 – 78 лет.

Средний возраст 57,1±0,3 лет. Больных первой группы (179 человек) разделили на 3 подгруппы. Первая – 38 человек (21,2%) получили хирургическое лечение в виде гистерэктомии, двусторонней сальпингоофорэктомии и удаление большого сальника. Вторая – 97 человек (54,2%).

Выполнена радикальная операция и химиотерапия. Третья – 44 женщины (24,6%) с герминогенными опухолями и неблагоприятным прогнозом. Им выполнена радикальная операция и лучевая терапия. Вторая группа (660 человек) – выполнена операция в объеме гистерэктомия, аднексэктомия, резекция большого сальника с последующей химиотерапией. У 59 (8,9%) пациенток с герминогенными опухолями выполнены радикальная операция и лучевая терапия.

Через 3 года после окончания лечения в первой группе было диагностировано 34 рецидива, во второй – 193 рецидива. Анализ частоты и сроков возникновения рецидивов РЯ показал, что у больных с I стадией рецидивы возникали на первом году наблюдения в 76,5% случаев, на втором году – в 17,6%, на третьем – в 5,9%.

У больных с II–III стадиями частота рецидивов на первом году наблюдения составила 68,4%, на втором – 22,8%, на третьем – 8,8%. Наглядность различий частоты рецидивов в зависимости стадии заболевания свидетельствует о допускаемых ошибках при проведении стадирования заболевания при I стадии.

Выводы. В связи с высокой частотой рецидивирования заболевания, после проведенного лечения, особенно при I стадии, важным является совершенствование интероперационного стадирования опухолевого процесса и поиск информативных методов доклинической морфологической диагностики рецидива РЯ.

Клинико-морфологическое наблюдение врожденного

альвеолярно-легочного протеиноза

В.А. Мамич¹, А.А. Бахтин⁵, С.В. Рожкова¹,
З.З. Батырева¹, Е.В. Бутырина¹, З.Г. Исеналиева²,
А.А. Чернухин³, М.В. Плотников⁴, В.А. Сайдулаев⁵

ГБУЗ АО «Патологоанатомическое бюро»¹ г. Астрахань, Россия

ГБУЗ АО «Областная детская клиническая

больница им. Силицовой»,^{2,3}

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,^{3,4}

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии»
г. Астрахань,^{4,5}

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии»
ФМБА России⁵

Легочный альвеолярный протеиноз (ЛАП) - редкое заболевание, характеризующееся накоплением в просвете альвеол белково-липидного вещества и прогрессирующей дыхательной недостаточностью (ДН). Выделяют врожденный и идиопатический ЛАП [1]. Существующие гипотезы связывают возникновение заболевания с дефектом альвеолярного клиренса, выработкой альвеолоцитами 2 типа избыточного количества сурфактанта, не обладающего поверхностно-активными свойствами, возможно сочетание этих причин [2]. ЛАП требует четкой дифференциальной диагностики с пневмоцистной пневмонией и отеком легких.

Цель исследования: анализ результатов клинического, аутопсийного и гистологического исследований при легочно-альвеолярном протеинозе.

Материалы и методы исследования: В 2013 году в Патологоанатомическом бюро г. Астрахани был исследован труп недоношенного ребенка с клиникой двухсторонней пневмонии. Было проведено аутопсийное исследование трупа, гистологическое исследование ткани легкого с использованием стандартной и дополнительных окрасок (ШИК-реакция и метамин серебра по Гомори).

Результаты исследования: Ребенок Л. от 4 беременности 3 преждевременных родов на 28 недели. Масса тела при рождении 740 грамм, рост 31 см. Беременность протекала на фоне позднего гестоза, хронической

фетоплацентарной недостаточности, 4-х кратного обвития пуповиной шеи плода, бронхиальной астмы у матери.

Оценка по шкале Апгар при рождении 4/5. Состояние ребенка с рождения тяжелое, переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), проведена заместительная терапия экзогенным сурфактантом. На 5 сутки переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии с диагнозом: двусторонняя пневмония, риск бронхолегочной дисплазии, ДН 3 степени, недоношенность 4 степени, ишемически-гипоксическое поражение центральной нервной системы, симптомы гипервозбудимости.

В плаценте смешанно-клеточная воспалительная инфильтрация, токсемические изменения. За время пребывания ребенка в отделение состояние его крайне тяжелое: продолжалась аппаратная ИВЛ, клиника ДН, анемия. Несмотря на проводимое лечение состояние ребенка ухудшилось: увеличены параметры ИВЛ, зафиксировано падение гемодинамики.

Реанимационные мероприятия в полном объеме без эффекта. Констатирована смерть больного. На аутопсии: в плевральных полостях по 3-5 мл геморрагической жидкости. Париетальная и висцеральная плевро тусклая, гладкая, с мелкоочечными кровоизлияниями, серовато-красного цвета. Пальпаторно легочная ткань плотной консистенции по всем легочным полям. На разрезе ткань серо-красного цвета, зернистого вида. С поверхности разрезов стекает темная жидкая кровь в небольшом количестве и отечная жидкость. Слизистая оболочка гортани, трахеи и бронхов красная, тусклая, с очаговой инъекцией сосудов.

В просвете главных и сегментарных бронхов вязкое серовато-белое содержимое. Сердце правильной формы, свободно лежит в полости перикарда, содержащей следы прозрачной жидкости. Полости расширены, миокард эластичный, бледно-коричневого цвета. При гистологическом

исследовании: в легких участки дистелектазов, эмфиземы и ателектазов, острое полнокровие капилляров межальвеолярных перегородок, в просветах альвеол отечная жидкость, нейтрофильные лейкоциты, лимфоциты, «пенистые» макрофаги, гемосидерофаги, десквамированный гиперплазированный альвеолярный эпителий, единичные гиалиновые мембраны, эозинофильный гранулярный субстрат во всех полях зрения. Выраженный фиброз межальвеолярный перегородок. Расширение и полнокровие сосудов слизистой и подслизистой слоев бронхов и трахеи. В просветах бронхов слизь, нейтрофильные лейкоциты, единичные клетки десквамированного бронхиального эпителия, эпителий бронхиальных желез с явлениями гиперпродукции слизи; в сердце - межмышечный отек, полнокровие интрамуральных ветвей коронарных артерий, мелкоочаговые экстравазаты.

Заключение. Проведение микроскопического исследования с использованием дополнительных окрасок (ШИК-реакция и метамин серебра по Гомори) позволило исключить наличие у данного больного пневмоцистной пневмонии и отека легких. Сопоставляя результаты клинического, аутопсийного и гистологического исследований, можно думать, что у данного ребенка, в качестве основной патологии, имелся альвеолярно-легочный протеиноз.

**Значимость современных
информационных технологий для
популяризации здорового образа жизни**
Е. Г. Морозова

ФГУП АО "Центр медицинской профилактики"

Говоря о современных технологиях в продвижении принципов здорового образа жизни, в первую очередь имеем в

виду возможности, которые дает интернет пространство. Здесь размещаются корпоративные сайты медицинских организаций, профессиональные сообщества, социальные сети, сайты средств массовой информации – все эти площадки как нельзя лучше подходят для важной профилактической информации.

И эта самая информация, в виде официальных пресс-релизов, статей, памяток, полезных советов и интервью со специалистами, регулярно выкладывается в сеть.

Цель понятна – охватить большое количество населения, различных целевых аудиторий, чтобы мотивировать их на диспансеризацию, консультирование в Центрах здоровья и т.д. Однако из опыта работы видно, что потребителям интереснее читать «легкие» короткие заметки в социальных сетях, которые подносятся через призму личности.

И это не только мнение лидерство (opinion leader, лидер мнения) когда свои мысли относительно ситуации, излагает авторитетная личность данной области. В ходу написание постов людьми, которые в курсе событий, которые через живую речь передают отношение к происходящему, отвлекаются на «вкусные» мелочи, однако продолжают заданную тему - говорят о серьезных вещах в ненавязчивой форме.

Обычно эту функцию в учреждениях выполняет специалист по связям с общественностью. Его задача привлечь внимание пользователей сети к известным темам о здоровье, мотивировать на действие и получить обратную связь. И здесь работает принцип «кругов по воде» - чем больше новостей, тем больше охват. И ещё один принцип формирования лояльного сообщества в социальной сети: писать регулярно, но не часто, ярко и искренне.

Регулярность – залог того, что тебя не забудут. С каждой публикацией появляются новые друзья, подписчики – прямые потребители медицинских услуг. По поводу регулярности

выходов публикаций конкретных рекомендаций нет: писать каждый день или реже. Все зависит от событий. Но, а если прямых событий нет, то можно добавить немного лирики.

Например, написать о том, что вы приготовили у себя дома на кухне (желательно сопровождать фотографиями) или какая гениальная мысль вас посетила – все это располагает подписчиков к вам, играет на формирование позитивного образа организацию через личность. Информации в интернете в изобилии, поэтому, читать сложные тексты о вреде курения или правилах нахождения на солнце, подписчики не будут. Можно подать эту же информацию, но по-другому.

Привожу пример, сначала - официальный текст, а затем его интерпретация для социальной сети. «Специалисты центра медицинской профилактики советуют, чтобы уберечься от теплового и солнечного ударов, необходимо соблюдать несколько несложных правил: не выходите на улицу с 11 до 17 часов; носите одежду из натуральных тканей; выходя на улицу, надевайте головные уборы из светлых и легких тканей. Соблюдайте правильный питьевой режим: лучше всего пить подкисленный чай, квас, минеральную воду. Не выходите на солнце на голодный желудок и сразу после еды». Для соц. сети. «Лето, лето красное!!! В моде - летние темы: профилактика солнечных и тепловых ударов. Только что по этому поводу (в качестве специалиста по связям с общественностью Центра медицинской профилактики) дала комментарий для моего любимого телеканала "Астрахань24". И подумала, почему бы не продублироваться и здесь.

Правила все те же: гуляйте на улице исключительно по ночам))) (с 11.00 - 17.00 лучше сидеть в офисе под кондиционерчиком). Из одежды носите всё, что хотите, но из светлых и натуральных тканей. На голову, как в детстве, панамку. Пейте квас, морс, но лучше чистую воду и не забудьте прихватить бутылочку с собой на улицу. Ешьте понемногу, но регулярно - с голодухи на солнце можно и в

обморок упасть. Или на время солнечной астраханской феерии переберитесь куда-нибудь посевнее, например, в Архангельск. Сегодня там +19. И будьте здоровы. Ведь только это имеет значение».

Интернет на сегодняшний день является одним из самых доступных, действенных двусторонних каналов общения медицинского сообщества с представителями целевых аудиторий. Но в системе коммуникаций не стоит забывать и традиционные инструменты: печатные СМИ, радио и телевидение.

Системный подход – использование известных и современных технологий - позволит обеспечить широкий охват населения и реализацию информационной политики Министерства здравоохранения.

Малоинвазивные хирургические технологии в лечении колоректального рака: опыт регионального онкологического центра

Р.А. Мурашко¹, Е.А. Ермаков¹, И.Б. Уваров¹,
В.Б. Каушанский¹, Р.В. Коньков¹,
Д.Д. Сичинава¹, Б.Н. Садиков¹

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г.Краснодар¹

Цель: оценка результатов робот-ассистированных (РА) и лапароскопических (ЛС) вмешательств при колоректальном раке (КРР) в условиях регионального онкологического учреждения.

Методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 200 пациентов с КРР, которым выполнены малоинвазивные вмешательства: РА (n=77) и ЛС (n=123). РА операции выполнялись на роботической

хирургической системе da Vinci Si (Intuitive Surgical, Inc., Sunnyvale, CA, USA).

ЛС операции выполнены в учреждении в период 2011 – 2017 гг., РА операции выполнены в период 2015 - 2017 г. одной бригадой хирургов, обладающей опытом ЛС хирургии при КРР. Группы не имели статистически значимых различий по возрастному, половому составу, частоте сопутствующей патологии.

Показанием к операции во всех случаях была морфологически верифицированная аденокарцинома ободочной и прямой кишки, I – III стадии.

Статистическая обработка проведена с использованием программного пакета STATISTICA 6.0. (компания StatSoft).

Результаты. Характер операций в РА группе: передняя резекция прямой кишки (ПРПК)-50 (из них низкая - 22); резекция сигмовидной кишки – 17; брюшно-анальная резекция (БАР) ПК-1; левосторонняя гемиколэктомия (ЛГКЭ)-1; правосторонняя гемиколэктомия (ПГКЭ) – 6. В ЛС группе так же преобладали ПРПК - 39 операций и резекция сигмовидной кишки - 34. Заметно большую долю занимала ПГКЭ (23; 18,7%). Кроме того, спектр ЛС операций включал брюшно-промежностную экстирпацию (БПЭ) (17), ЛГКЭ (9), БАР (1), субтотальную колэктомию (1).

Частота первичного анастомоза (96,1 vs 82,9%) и, соответственно, концевой колостомы, различались между группами за счет БПЭ в ЛС группе (3,9 vs 21,1%, $p=0,0008$). Превентивную коло/илеостому формировали при ПРПК с одинаковой частотой в обеих группах (36,4 и 21,1%). Средняя длительность РА операций оказалась больше, чем ЛС ($237,5\pm 74,9$ мин. Vs $213,1\pm 73,1$; $p=0,024$). Интраоперационная кровопотеря (средняя) была сопоставима в обеих группах ($107,1\pm 41,9$ мл и $122,0\pm 69,9$ соответственно, $p=0,077$).

Конверсия на лапаротомию при РА вмешательствах произведена у 3 пациентов (3,9%), в ЛС группе конверсия была

также в 3 случаях (2,9%). Течение послеоперационного периода после РА операций не имело существенных различий с группой ЛС вмешательств. Осложнения в группе РА операций развились у 8 (10,4%), в группе ЛС – у 6 (4,9%), различия статистически не значимы.

Число несостоятельности колоректального анастомоза в обеих группах была сопоставима (4/74; 5,4% vs 5/102; 4,9%). Летальный исход развился у 1 больного после РА операции (1/77; 1,3%), после ЛС операций летальных исходов не было.

Длительность нахождения пациентов в стационаре после РА операций не отличалось статистически значимо от показателя ЛС группы ($14,2 \pm 4,4$ vs $14,4 \pm 4,8$ дней). Восстановление перистальтики после РА операций отмечалось на 1 – 3 сутки ($1,1 \pm 0,19$), начало функционирования стомы или первый стул – на 2 – 4 сутки ($2,2 \pm 0,28$). Эти показатели не имели статистически значимых различий с соответствующими показателями для ЛС группы.

Оценку патоморфологических показателей удаленного препарата провели в подгруппах пациентов, оперированных по поводу рака РПК: в РА группе -51, в ЛС – 57 пациентов. Статистически значимых различий в размере опухолей не выявлено. Опухолевого роста в проксимальном и дистальном краях препарата не обнаружен ни в одном случае.

Хирургический клиренс (расстояние от дистального края опухоли до дистальной линии резекции) в РА группе составил $3,6 \pm 1,5$ см, в ЛС – $2,3 \pm 1,2$ см (разница статистически не значима). Исследование циркулярной границы резекции: в РА группе подтвердило радикальность операции во всех случаях (R0-резекция в 100% случаев) и в 93,0% в ЛС группе. В каждом удаленном препарате исследовалось в среднем $13,6 \pm 3,1$ лимфатических узлов (8 – 22).

Заключение. Технические этапы ЛС и РА операций при КРР идентичны и стандартизированы. РА операции сопоставимы с ЛС по кровопотере, частоте конверсий, но

характеризуются большей продолжительностью. Течение послеоперационного периода, частота и характер осложнений после РА и ЛС вмешательств не имеют статистически значимых различий. Малоинвазивные хирургические операции при КРР характеризуются достаточной безопасностью и онкологической адекватностью, подтверждаемой патогистологическими исследованиями.

Отдаленные результаты применения малоинвазивных хирургических технологий в лечении КРР требуют дальнейшего изучения.

Система медицинской профилактики в Астраханской области.

Итоги многолетней деятельности регионального здравоохранения по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни

Г.А. Набиуллина¹, Г.Б. Куандыков¹

ГБУЗ АО "Центр медицинской профилактики" г.Астрахань

Цель: оценить состояние службы медицинской профилактики, систему медицинской профилактики, ее эффективность и региональные особенности.

Методы. Источник получения информации – статистические отчеты, нормативно-правовые документы, результаты собственных исследований.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что последние годы являются ключевыми для построения нескольких принципиальных составляющих эффективной работы региональной системы здравоохранения, ее профилактических подразделений по созданию системы

медицинской профилактики в регионе на межведомственной основе.

С 2013г. в Астраханской области началась системная работа по разработке и реализации региональной межведомственной программы профилактики НИЗ, произошли структурные преобразования в управлении медицинской профилактики, повысилась социальная значимость и роль программ формирования ЗОЖ и комплексной профилактики НИЗ, прежде всего сердечно-сосудистых, онкологических и наркологических заболеваний.

Последовательно проводятся широкомасштабные профилактические мероприятия по повышению информированности населения по профилактике заболеваний, диспансеризация и диспансерное наблюдение определенных групп взрослого населения; модернизация и дальнейшие преобразования в работе структурных подразделений медицинской профилактики, а также всей повседневной работы первичного звена здравоохранения. Активно внедряются информационные технологии, осуществляется работа по оптимизации диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров с помощью программного обеспечения.

Создана сеть структуры службы медицинской профилактики в первичном звене и ее взаимодействие. В настоящее время функционирует 63 отделения и кабинета медицинской профилактики, 5 центров здоровья, 54 кабинета оказания медицинской помощи при отказе от курения, 29 кабинетов здорового ребенка. В целях усиления взаимодействия и привлечения внимания к проблемам сохранения и укрепления здоровья, формирования ЗОЖ и профилактики ХНИЗ, Постановлением Правительства Астраханской области создана межведомственная комиссия по социально-демографическим вопросам, которая является координационным органом, обеспечивающим согласованные

действия заинтересованных исполнительных органов государственной власти.

Реализация профилактических мероприятий на региональном и муниципальном уровнях осуществляется по 18 основным программам и проектам. Ежегодно организовывается и проводится на межведомственной основе более 1800 массовых мероприятий по ЗОЖ. Число участвующих в мероприятиях составляет более 300 тыс. человек. На постоянной основе проводятся лекции, беседы, круглые столы, конкурсы и др. для различных групп и слоев населения – (более 40 тыс. с охватом более 150 тыс. человек ежегодно). Для усиления борьбы со злоупотреблением алкоголя среди населения и популяризации ЗОЖ, постановлением Правительства введен День трезвости.

Астраханская область является многоконфессиональным регионом (на территории области проживает более 100 национальностей) было решено отмечать его 13 декабря, приурочив к Всемирному дню чая. С каждым годом мероприятия становятся все масштабнее и к участию присоединяются различные общественные организации и движения. На межведомственной основе реализуются такие масштабные профилактические проекты, как «Трезвый регион – здоровый регион», «День онкологической безопасности», «Играем вместе» и др. Общее количество организаций и учреждений, подведомственных различным ведомствам, участвующих в реализации профилактических программ составило - 287. Создается среда, благоприятная для досуга, повышения физической активности населения.

Итоги статистических данных показывают, что количество людей, которые занимаются спортом, в регионе ощутимо растёт. За пять последних лет их число выросло почти на 9%. За 2016г. количество занимающихся физической культурой и спортом в учреждениях и организациях всех форм собственности составило 380 581 человек.

Отмечается четкая тенденция снижения показателей заболеваемости наркологическими расстройствами, среднегодовой темп снижения зарегистрированных больных составляет 4,9%.

Выводы. Активное взаимодействие с заинтересованными ведомствами и организациями, участвующими в сохранении и укреплении здоровья населения, способствует созданию системы профилактики заболеваний и формированию профилактической среды, результатом которой является устойчивое снижение общей смертности и прежде всего трудоспособного населения.

Социальная характеристика здоровья населения Астраханской области

Е.В. Одинцова

ГБУЗ АО «Центр медицинской профилактики г.Астрахань»

Всемирная организация здравоохранения, определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов, что позволяет рассматривать данный феномен не только с медицинских, но и с социологических позиций, учитывая значимость образа жизни людей, их ментального пространства, социокультурных особенностей и всех тех компонентов общественных отношений, которые принимают участие в конструировании здоровья.

Актуальность социологического осмысления здоровья современного населения обусловлена возрастающим влиянием на организм факторов социального генеза, расширением масштабов урбаносферы и количества связанных с ней рисков.

Однако степень их выраженности на различных территориях неодинакова, что актуализирует изучение

социального здоровья на региональном уровне. Е. А. Шишкина подчеркивает, что региональные особенности, в ряде случаев, приобретают базовое значение в формировании поведенческих стереотипов, в той или иной мере участвующих в сохранении общественного здоровья (Шишкина Е.А. Право и глобальный социум, 2015, №1 2015).

Имея теснейшую связь с профилактикой самой различной патологии, образ жизни как социальная категория вызывает особый научно-практический интерес специалистов различного профиля Центра медицинской профилактики Астраханской области, стимулируя проведение различных социологических исследований.

Целью исследования, проведенного в 2015 году Центром медицинской профилактики Астраханской области с участием автора статьи, является выявление ряда параметров социального здоровья населения Астраханской области. Объектом исследования выступают социокультурные, психологические, медико-социальные факторы, определяющие общественное самочувствие, предметом – социальное здоровье.

Метод исследования – анкетный опрос. Выборочная совокупность – 1738. Ошибка выборки $\pm 2\%$. В рамках исследования были изучены условия быта, труда, образ жизни, уровень социальной активности, отношение к собственному здоровью и иные социальные характеристики населения трех сельских и шести городских районов Астраханской области. Оценка ряда параметров, определяющих индивидуальное и социальное здоровье жителей Астраханской области, позволила считать его достаточно благополучным, в отличие от других субъектов Южного федерального округа. Обусловлено это тем, что основная часть представленного исследования ориентировалось на оценку субъективного мнения респондентов, их самоощущений, обыденного жизненного опыта и личностного отношения к изучаемой

проблеме, что в целом отвечает цели исследования. Исходя из субъективных оценок респондентов, условия проживания и труда для большинства граждан не являются рискогенными. Основная часть населения удовлетворена ими (до 74,4%). К факторам, усложняющим поддержание здорового образа жизни, относятся недостаточные занятия спортом (88,5%), отсутствие интереса к фитотерапии (94,3%), нетрадиционным методам оздоровления (96,2%), преобладание симпатий к аптечной продукции как средства лечения и профилактики заболеваний (74,3%).

Значимым источником риска здоровью является культура питания, построенная на употреблении большого количества в рационе соли (52,5%), сахаров (41,8%), жиров (74,2%), низкое потребление свежих фруктов (28,8%). Риском высокого уровня следует считать полное пренебрежение профилактическими осмотрами, низкий интерес к формированию оздоровительной культуры. Курение как риск здоровью находится на среднем уровне и обусловлено стажем и частотой курения. Злоупотребление алкоголем также расценивается как риск среднего уровня.

Помимо этого в рамках проведенного исследования были изучены такие параметры, как удовлетворенность населения Астраханской области оказанием медицинской помощи, уровень доверия медицинскому работнику, роль информационно-пропагандистской работы в предупреждении заболеваний и иные компоненты профилактической деятельности, что легло в основу коллективной монографии «Конструирование социального здоровья региона».

Выводы: социальные характеристики выступают значимыми компонентами здоровья населения региона и требуют создания оздоровительных и информационно-образовательных программ, их интеграции в общественную жизнь. Необходимо также внедрение социологической методологии в исследовательскую деятельность учреждений

профилактического здравоохранения, что позволит расширить диапазон возможностей выявления социальных рисков и учитывать их при разработке мер первичной профилактики неинфекционных заболеваний.

Особенность синтеза ИЛ-10 моно- и полинуклеарных фагоцитов при язвенном колите

В.В Павленко¹, Н.В. Кораблина¹

Государственный медицинский университет ¹г. Ставрополь

ИЛ-10 продуцируется многочисленными типами клеток, включая активированные моноциты/макрофаги, Th0, Th1 и Th2 CD4+ Т-клетки, цитотоксические CD8+ Т-клетки, В-клетки и др. Противовоспалительная активность ИЛ-10 проявляется способностью снижать продукцию провоспалительных цитокинов, уменьшить адгезию лейкоцитов к эндотелиальным клеткам, активированным ИЛ-1.

Цель: определение клинического значения ИЛ-10 полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) и мононуклеарных клеток крови (МНК) при язвенном колите (ЯК).

Материал и методы: Обследовано в динамике лечения 49 пациентов активным ЯК. У 10 пациентов диагностирована легкая форма, у 27 – среднетяжелая, у 12 – тяжелая форма ЯК. Тотальный колит определен у 25 пациентов, левосторонняя локализация поражения выявлена у 13 больных ЯК, дистальная (проктит) – у 11. У 14 пациентов установлена 1-я степень активности, у 25 – 2-я степень, у 10 – 3-я степень активности воспалительного процесса. Содержание ИЛ-10 в МНК и ПМЯЛ в спонтанных и индуцированных ЛПС условиях определяли методом ИФА. Результаты выражали в пг/2×10⁶ клеток. Контрольная группа – 10 здоровых людей.

Результаты: установлено, что в период выраженных клинических проявлений ЯК синтез ИЛ-10 МНК и ПМЯЛ был повышен пропорционально тяжести течения заболевания, при этом ЛПС-индуцированный синтез цитокина МНК значительно превышал спонтанную его продукцию. Предельно высокие значения ИЛ-10 регистрировались при тотальном поражении кишки с максимальной клинической активностью воспалительного процесса (индекс DAI). К концу 6-й недели лечения синтез ИЛ-10 у больных с легким течением заболевания и при минимальной клинической активности нормализовался. У больных со среднетяжелой и тяжелой формой ЯК и с выраженной воспалительной реакцией способность фагоцитов к спонтанному и стимулированному синтезу ИЛ-10 после 6-ти недельного лечения оставалась высокой.

Заключение: Установленная нами повышенная функционально-метаболическая активность иммуноцитов крови больных активным ЯК к спонтанному и индуцированному митогеном производству ИЛ-10 характеризует высокий иммуновоспалительный потенциал лейкоцитов и активацию клеточного звена иммунитета.

Пептидный фактор роста IGF-I и воспалительная реакция в слизистой оболочке толстой кишки

при язвенном колите
В.В Павленко¹, Г.А. Есенева¹,
А.Ф. Павленко¹, Н. В. Кораблина¹

Государственный медицинский университет¹ г.Ставрополь

Пептидные факторы роста, включая семейство IGF, экспрессируются в кишечнике и модулируют пролиферативную активность кишечного эпителия при язвенном колите (ЯК). В тоже время, ИЛ-8 является одним из основных инициаторов иммуновоспалительного процесса в слизистой толстой кишки (СОТК) при ЯК и уровень его продукции может иметь прогностическое значение в определении характера течения заболевания.

Цель: определение роли IGF-I в повреждении толстой кишки при ЯК.

Материал и методы: Обследовано 35 больных с различной клинической (индекс Рахмилевича) и эндоскопической (индекс Мейо) активностью ЯК. Лечение назначалось согласно тяжести ЯК. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Определение IGF-I в периферической крови проводили методом ИФА (Mediagnost, Germany).

Результаты выражали в нмоль/л. В ректобиоптатах изучали спонтанную и индуцированную липополисахаридом E.Coli (ЛПС) синтез ИЛ-8 методом ИФА. Результаты выражали в пикограммах на 1 мг сырой ткани (пг/мг). Интенсивность воспалительного процесса в СОТК изучали по методу Автандилова Г.Г. с подсчётом воспалительного инфильтрата (в %) собственной пластинки слизистой оболочки). Изучали клеточный состав воспалительного инфильтрата собственной пластинки слизистой оболочки.

В зависимости от плотности воспалительного инфильтрата больные были разделены на две группы: 1-я со

слабой воспалительной реакцией ($20,2\pm 0,8\%$), 2-я с выраженной интенсивностью инфильтрата ($39,0\pm 2,09\%$, $P<0,05$ с 1-й группой). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программ SPSS 13.0.

Результаты: Установлено, что в период обострения ЯК количество IGF-I в плазме крови снижено ($15,16\pm 1,35$ нмол/л, ($P<0,05$ с контролем), а спонтанная продукция хемокина ИЛ-8 в ректобиоптатах была повышена ($300,0\pm 6,0$ пг/мг, $P<0,05$). В условиях стимуляции ЛПС выработка ИЛ-8 в СОТК увеличилась более, чем в 2 раза ($750,0\pm 7,0$ пг/мг, $P < 0,05$).

Установлена достоверная обратная зависимость (rs) между уровнем IGF-I в плазме крови, с одной стороны, и показателями клинической, эндоскопической активности ЯК и интенсивностью воспалительного инфильтрата в СОТК, с другой.

Выявлена прямая зависимость между уровнем спонтанной и стимулированной продукцией хемокина ИЛ-8 и плотностью воспалительного инфильтрата в СОТК больных активным ЯК. В период формирования клинической ремиссии (в среднем через 8 недель) уровень IGF-I повысился до $94,125\pm 28,18$ нмол/л ($P<0,05$), но контрольных значений не достиг ($P>0,05$ с контролем). Индукция клинической ремиссии сопровождалась снижением до уровня контрольных величин спонтанной и ЛПС-индуцированной выработки ИЛ-8, причем независимо от активности ЯК.

Заключение: Интенсивность воспалительного процесса в СОТК зависит от уровня секреции ИЛ-8 клетками-продуцентами. ИЛ-8 способен подавлять продукцию IGF-I на высоте воспалительного процесса (острый ЯК). Повышение синтеза IGF-I и снижение ИЛ-8 в фазе ремиссии способствует процессам регенерации поврежденной слизистой.

Результаты мастоидопластики по данным компьютерной томографии и

ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В.А. Сайдулаев¹, А.С. Юнусов¹, В.П. Шпотин^{1,2},
К.М. Мухтаров¹, В.А. Мамич³

*ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии»
ФМБА¹ России. г. Москва.*

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский
университет»² Минздрава России*

ГБУЗ АО «Патологоанатомическое бюро»³

Мастоидопластика является одним из хирургических методов профилактики «болезни оперированного уха», а также реабилитации пациентов с этой патологией. Доказано, что оптимальным пластическим материалом для мастоидопластики являются собственные ткани пациента.

Наиболее подходящим пластическим материалом для мастоидопластики с точки зрения функциональной адаптации и стимуляции процессов остеогенеза считается костная ткань.

Цель исследования: оценить результаты мастоидопластики по данным компьютерной томографии височных костей и гистологического исследования.

Материалы и методы исследования: На базе Астраханского филиала ФГБУ НКЦО ФМБА России и отоларингологического отделения ГБУЗ АО АМОКБ за период с 2013 по 2016 гг. прооперировано 96 пациентов с диагнозом «хронический гнойный средний отит (эпи- и эпимезотимпанит) с холестеатомой». В 61 (63,5%) случае выполнена saniрующая операция с тимпано- и мастоидопластикой. У 35 (36,5%) пациентов выполнена повторная saniрующая операция с тимпано- и мастоидопластикой по поводу «болезни оперированного уха». Для мастоидопластики в качестве пластического материала во всех случаях использовали ортотопическую костную ткань в виде «костной муки».

Костный материал получали путем фрезерования на малых оборотах и уменьшением количества подаваемого охлаждающего раствора. При этом предпочтение отдавали крупнодисперсной «костной муке», которую получали при проведении фрезерования «агрессивным» бором ($D = 6-7$ мм). Компьютерная томография (КТ) височных костей выполняли всем пациентам через 12 месяцев после операции. Гистологическое исследование 19 образцов имплантированной костной ткани было выполнено через 12 месяцев после операции.

Результаты исследования: Анализ данных КТ показал, что пересаженный костный материал имеет меньшую плотность, чем кортикальная пластинка сосцевидного отростка. В единицах Хаунсфилда его плотность не превышала плотности губчатой кости и варьировала от 450 до 880 ЕД. Плотность кортикального слоя височной кости варьировала (от 1500 до 2000 ЕД).

Было замечено, что с течением времени по данным КТ имплантированный материал становился плотнее в единицах Хаунсфилда. В подавляющем большинстве исследований по данным КТ не визуализировалась четкая граница между пересаженным костным материалом и окружающей костной тканью.

Лишь в 8 (22,9%) случаях можно было наблюдать тонкую прослойку низкой плотности между реимплантированной и окружающей костной тканью, которая по плотности была сопоставима с соединительной тканью.

Материал для гистологического исследования получен во время ревизионной хирургии (second look). По данным гистологического исследования в 9 (47,4%) образцах были выявлены зрелые костные балки правильного строения. По периферии костной ткани имелись разрастания нежно-волокнуистой соединительной ткани с умеренным количеством сосудов капиллярного типа. Такая гистологическая картина

наблюдалась в тех случаях, где использовалась крупнодисперсная «костная мука». В 7 случаях из 9 при использовании крупнодисперсной «костной муки» интеграция костного материала протекала по типу остеоинтеграции. В 10 случаях (52,6%), где использовалась мелкодисперсная «костная мука», преобладали молодые элементы костной ткани в виде остеоида, неравномерных разрастаний молодой остеогенной ткани. Остеоид представляет собой костную ткань на стадии формирования.

При использовании мелкодисперсной «костной муки», в сравнении с крупнодисперсной через 1 год после операции процесс интеграции еще продолжался. В 8 случаях из 10 при использовании мелкодисперсной «костной муки» интеграция костного материала протекала по типу фиброостеоинтеграции.

Выводы: Таким образом, КТ височных костей позволяет оценить состояние имплантированного костного материала в отдаленном послеоперационном периоде. Данные гистологического исследования показали, что через год после операции при использовании крупнодисперсной «костной муки», в сравнении с мелкодисперсной, костный материал проходит все этапы интеграции в основном путем остеоинтеграции, что позволяет рекомендовать ее в качестве пластического материала для мастоидопластики.

Анализ кинематических параметров двигательной функции нижних конечностей у детей в норме и патологии

Л.А. Удочкина¹, О.И. Воронцова², Л.А. Гончарова¹,
А.С. Дегтярев², Т.Г. Галушко¹

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский
университет»¹ Минздрава России*

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет»²

Анализ кинематических параметров двигательной функции нижних конечностей у детей в норме и патологии
Л.А. Удочкина, О.И. Воронцова, Л.А. Гончарова, А.С. Дегтярев, Т.Г. Галушко

Цель исследования - оценка кинематических параметров движения голеностопного сустава в шаговом цикле у детей в норме и при плосковальгусной деформации стоп. В работе использован биомеханический анализ походки человека при помощи системы захвата и анализа движения фирмы Vicon (Vicon, Oxford, Great Britain). При проведении исследования использовалась скелетная модель Full Body Plug in Gate (URM-FRM), состоящая из 40 светоотражающих маркеров.

За основу принята схема шагового цикла, разработанная авторами. В шаговом цикле выделяют фазу опоры и фазу переноса. В каждом из них стопа, как функциональная единица движения, одновременно двигается в вокруг трех осей – вертикальной, сагиттальной и фронтальной. Объектом исследования стали 12 мальчиков в возрасте 9-12 лет с диагнозом «плосквальгусная деформация стопы» различного генеза.

Кроме того, была исследована контрольная группа из 15 здоровых детей данной возрастной категории для получения нормативных параметров. В нормогруппе на протяжении всего цикла шага стопа находится в положении супинации, значения которой меняются в зависимости от периодов фаз опоры и переноса нижней конечности. Отмечено наличие двух пиков изменения угла супинации стопы (минимального и максимального) в каждой фазе и примерно равные величины их максимальных и минимальных значений.

Минимальные значения в фазе опоры соответствуют начальному периоду фазы и составляют $27,8 \pm 0,61^\circ$, а наибольший пик приходится на период подготовки к переносу нижней конечности – $41,1 \pm 0,5^\circ$. Амплитуда движений стопы

по оси Y (супинация-пронация) в фазе опоры составляет $13,3 \pm 0,59^\circ$. В фазе переноса минимальное значение угла супинации приходится на период начала переноса нижней конечности – $28,3 \pm 0,74^\circ$, максимальное - $41,7 \pm 0,64^\circ$ в период окончания её переноса. Амплитуда движения стопы вокруг вертикальной оси составила $17,9 \pm 0,68^\circ$.

В группе детей с плосковальгусной деформацией стопы в обеих фазах шагового цикла установлено статистически значимое ($p < 0.01$) снижение показателей минимальных значений углов супинации стопы по сравнению с нормогруппой. В фазе опоры этот показатель снижается на $13,1^\circ \pm 0,32$, а в фазе переноса – на $15,9^\circ \pm 0,44$ по сравнению с группой детей без деформации стоп.

Анализ движения стопы вокруг сагиттальной оси показал, что в нормогруппе в процессе шагового цикла она находится в положении абдукции, угол которой постоянно изменяется. В обеих фазах шагового цикла отмечено по одному пику максимального и минимального значений угла абдукции стопы.

В начальном периоде фазы опоры наблюдается минимальная его величина - $6,9 \pm 0,9^\circ$. Максимальное значение угла абдукции соответствует периоду начала переноса нижней конечности – $11,8 \pm 0,8^\circ$. В фазе переноса минимум угла абдукции соответствует периоду начала переноса – $6,04 \pm 0,78^\circ$, а максимум - периоду окончания переноса ($11,7 \pm 0,68^\circ$) нижней конечности. В группе детей с деформацией стоп наблюдается отклонение пиковых значений от показателей нормогруппы в сторону увеличения максимальных и уменьшения минимальных значений угла абдукции. Наблюдается асимметрия значений пиков в разных фазах цикла (фаза опоры максимально - $16,9 \pm 0,52^\circ$, фаза переноса максимально - $12,6 \pm 0,4^\circ$, фаза опоры минимально - $4,64 \pm 0,3^\circ$, фаза переноса минимально - $2,43 \pm 0,21^\circ$).

В результате проведенного исследования нами получены базовые данные по амплитуде движений в голеностопном суставе у детей. Выявлены статистически значимые различия кинематических параметров в группе детей с плосковальгусной деформацией стоп, проявляющиеся в изменении углов супинации и абдукции стопы и увеличении амплитуды движений в голеностопном суставе.

Полученные данные могут быть использованы для персонифицированного подхода в ранней диагностике нарушений функций стопы ребенка, планировании, коррекции и оценке эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Опыт диагностики и лечения анца-негативного варианта гранулематоза вегенера с первичным поражением лор-органов

Д.Р. Фернандо^{1,3}, В.П. Шпотин^{1,3},
А.Н. Гостюнин², Д.В. Цуканов⁴, Д.И. Мудеева⁵

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России¹

ФГБУ НКЦО ФМБА России;²

ГБУЗ АО АМОКБ, г.Астрахань;³

ГБУЗ АО ПАБ, г.Астрахань;⁴

*ГБУ «Республиканская клиническая больница»,⁵ г. Грозный
Чеченская республика*

Гранулематоз Вегенера (гранулематоз с полиангиитом) (ГВ) - редкое системное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гранулематозно-некротическим системным васкулитом, наиболее часто вовлекающим верхние

дыхательные пути с дальнейшим поражением легких и почек (Allen S.D. et al., Brit J of Radiology 80, 2007). ГВ чаще возникает в возрасте 25-55 лет.

Механизм возникновения заболевания объясняют иммунной дисфункцией, возникновению которой нередко предшествуют инфекции. Диагноз ГВ выставляется с использованием критериев Американского колледжа ревматологов, при наличии у больного 2 признаков из 4: - признаки поражения верхних дыхательных путей; - наличие инфильтратов или полостей на рентгенограммах легких; - мочевого синдрома в виде микрогематурии или эритроцитарных цилиндров; - гистологические изменения в виде гранулематозного воспаления стенок артерий или артериол, или в периваскулярном пространстве в биоптате (Leavitt R.Y. et. al., Arthritis Rheum.,1990).

В основе ГВ лежит нарушение клеточного и гуморального иммунитета: формирование антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), развитие ДВС-синдрома, нарушение микроциркуляции. Образование АНЦА – характерный признак для большинства пациентов с ГВ. Чувствительность и специфичность этого теста превышают 70%. На основании этого факта ГВ относят к числу так называемых АНЦА-васкулитов. Однако, почти у 20% пациентов с ГВ тест на АНЦА дает сомнительный результат, а 10 % относят к так называемым АНЦА-негативным формам (Kashiwagi T. et. al., CEN Case Rep, 2012).

Целью нашего наблюдения стало оптимизировать раннюю клиническую диагностику АНЦА–негативного ГВ с первичным поражением ЛОР-органов.

Задачи исследования: Изучить особенности поражений ЛОР органов у пациентов с АНЦА-негативным ГВ и определить максимально кратчайший путь ранней диагностики заболевания.

Материалы и методы: В связи с редкостью заболевания, наблюдаемая группа была малочисленной. За период 2014-2017 гг. в ГБУЗ АО АМОКБ г. Астрахани пролечено 5 пациентов с ГВ (1 женщина, 4 мужчин), в возрасте от 32 до 67 лет, у 1 из них - АНЦА–негативный вариант. Двое пациентов изначально были госпитализированы с локальными поражениями ЛОР органов и орбиты в соответствующие специализированные отделения для купирования угрожающих жизни состояний, с дальнейшим лечением у ревматолога. АНЦА-отрицательная форма ГВ протекала молниеносно и крайне агрессивно.

ГВ у пациента (мужчина 53 лет) впервые клинически проявился абсцессом перегородки носа. После безуспешного лечения по месту жительства был доставлен в г. Астрахань уже с развившимися осложнениями - флегмоной лица, остеомиелитом носовых костей. Оперирован в ЛОР отделении дважды: вскрытие флегмоны лица с секвестрэктомией и первичной биопсией инфицированных тканей (январь 2017) и расширенная ревизия носа с биопсией (февраль 2017). Первичное гистологическое исследование: смешанная гемангиома полости носа с изъязвлением и воспалением; повторное - гранулематоз Вегенера. К моменту постановки диагноза, несмотря на массивное антибактериальное лечение (3 препарата), дезинтоксикационную и гормонотерапию, у больного стали прогрессивно нарастать деструктивные явления мягких тканей и костей лица, преимущественно носа и лобной области, с формированием свищей.

Однако при этом отсутствовали какие-либо поражения легких и почек, тест АНЦА был отрицательным. По месту жительства больного начато лечение у ревматолога (цитостатики, гормонотерапия). Тем не менее, через месяц после диагностирования ГВ (март 2017) на фоне прогрессивного разрушения костей лица (деструкция твердого неба, полный лизис медиальной и латеральных стенок полости

носа с формированием обширных дефектов) у пациента появилась и стала резко нарастать легочная симптоматика.

Летальный исход через 2,5 месяца после постановки диагноза (апрель 2017). Ориентировочная продолжительность заболевания (с момента появления со слов больного первых симптомов) составила 4 месяца.

Выводы: Случай АНЦА-негативного варианта ГВ протекал в молниеносной форме и характеризовался ограниченным поражением верхних дыхательных путей с выраженной деструкцией мягких тканей и костей лица.

Клинические наблюдения показали, что при выявлении плохо купируемых гнойно-деструктивных поражений верхних дыхательных путей, глаз и кожи лица, в максимально кратчайшие сроки целесообразно проводить расширенное гистологическое исследование тканей, в том числе и при наличии АНЦА-отрицательных тестов для скорейшей диагностики и своевременного начала лечения ГВ.

Наследственные мутации в генах системы репарации ДНК

у российских пациентов с синдромом Линча

А.С. Цуканов, В.П. Шубин, С.И. Ачкасов, Д.А. Семенов, А.В. Варданян, В.Н. Кашников, Ю.А. Шельгин

Актуальность. Синдром Линч один из наиболее частых наследственных раковых синдромов, обусловленный герминальными мутациями в генах системы репарации ДНК. Как правило, у носителей патогенных вариантов развивается рак толстой кишки, а также желудка, эндометрия, молочной железы и других органов. Причиной синдрома являются наследственные мутации в генах *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*.

Целью данного исследования послужило изучение частоты и спектра наследственных мутаций в генах системы репарации ДНК.

Материалы и методы. Микросателлитная нестабильность исследовалась в образцах опухоли пробандов, которые соответствовали следующим критериям: возраст до 45 лет и/или наличие семейной отягощенности раком толстой кишки. Герминальные мутации в генах системы репарации ДНК у пациентов с микросателлитно- нестабильными опухолями исследовались с помощью ПЦР, конформационно-чувствительного электрофореза и секвенирования по методу Сэнгера.

Результаты. Микросателлитная нестабильность высокого уровня была обнаружена в 88 образцах колоректального рака. При этом герминальные мутации в генах системы репарации ДНК были выявлены у 29 из 88 пациентов. В 15 случаях мутации выявлены в гене *MLH1*, в 12 случаях – в гене *MSH2* и в 2 случаях – в гене *MSH6*. Среди данных вариантов встретилось 10 мутаций, приводящих к сдвигу рамки считывания; 8 нонсенс-мутаций; 6 мутаций сайта сплайсинга и 5 патогенных миссенс-мутаций.

Заключение. Частота наследственных мутаций в генах системы репарации ДНК у молодых пациентов и/или больных с отягощенным семейным анамнезом составила 35,4%. Наиболее часто мутации встретились в гене *MLH1*, что указывает на целесообразность при подозрении синдрома Линча начинать исследование с данного гена.

Трансанальная тотальная мезоректумэктомия при раке прямой кишки

Ю.А. Шельгин¹, Л.Ю. Казиева², Е.Г. Рыбаков²,
С.В. Чернышов², О.А. Майновская²

*Кафедра колопроктологии ГБОУ ДПО «РМАПО»¹ Минздрава России
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава РФ², г. Москва*

Актуальность: Трансанальная тотальная мезоректумэктомия -миниинвазивная технология в хирургии

рака прямой кишки, разработанная с целью улучшения качества удаляемых препаратов и, соответственно, онкологических результатов.

Цель: оценка качества удаленных препаратов и непосредственных результатов при трансанальной тотальной мезоректумэтомии.

Материалы и методы: пациенты с морфологически верифицированным раком ниже-, среднеампулярного отделов прямой кишки с T2-3N1-2M0-1.

Результаты: 40 пациентам (20 мужчин) со средним возрастом $60 \pm 11,16$ (40-76) лет была выполнена трансанальная тотальная мезоректумэтомия с лапароскопической ассистенцией. Средний индекс массы тела составил $24,8 \pm 2,6$ (19-30) кг/м². Сопутствующие заболевания имелись у 12 пациентов (40%). Трансанальный этап вмешательства выполнялся с использованием операционного ректоскопа Karl Storz, Tuttlingen, Germany. Тридцати восьми пациентам были выполнены операции с формированием анастомоза, 2 – операция Гартмана.

Интраоперационные осложнения развились в 9 случаях, что потребовало конверсии у 3 пациентов.

Длительность операции колебалась от 210 до 400 мин, в среднем - $294,3 \pm 57$ минуты. При этом длительность непосредственно трансанального этапа составила $114,3 \pm 46,88$ (40-200) минуты. Объем кровопотери во всех случаях был минимален.

Частота послеоперационных осложнений, соответствующих III степени по Clavien-Dindo и потребовавших повторного вмешательства, составила 5%. Летальности в сроки до 30 дней отмечено не было. Медиана послеоперационного койко-дня составила 10 (7:14) дней. Потребность в применении наркотических анальгетиков была минимальной.

При морфологическом исследовании качество удаленных препаратов в 5 (12%) случаях оценено как Grade 1, в 20 (50 %) случаях как Grade 2, в 15 (38%) - как Grade 3 (по Ph. Quirke). Циркулярная граница резекции в среднем составила $5,0 \pm 4,1$ (0,5-15) мм. Дистальная граница резекции во всех случаях была интактной - $25,6 \pm 11,4$ (13-65) мм. Среднее количество исследованных лимфоузлов составило $24,2 \pm 10,0$ (11-53) мм, метастатически пораженных - $6,8 \pm 7,0$ (1-22).

Заключение: методика трансанальной тотальной мезоректумэтомии требует дальнейшего изучения для оценки ее преимуществ, определения показаний к применению и выявлению группы пациентов, которым ее выполнение будет наиболее целесообразно.

Циторедуктивные операции у больных раком толстой кишки с перитонеальным карциноматозом

Ю. А. Шелыгин¹, С.И. Ачкасов¹, О. И. Сушков¹

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России¹ г.Москва

Актуальность. Внедрение в клиническую практику лечения перитонеального карциноматоза (ПК) у больных раком толстой кишки (РТК) комбинированного подхода, включающего агрессивную циторедуктивную операцию и интраоперационную внутрибрюшную химиотерапию с последующей системной химиотерапией, позволили не только продлить сроки жизни считающейся ранее безнадежной категории больных, но и в ряде случаев добиться пятилетней выживаемости.

Цель исследования. Оценка непосредственных результатов лечения и выживаемости пациентов, оперированных по поводу РТК с ПК.

Материалы и методы. С ноября 2012 по январь 2017 года в ГНЦК в проспективное обсервационное исследование включен 91 больной, оперированный по поводу РТК с ПК. У 15(16,5%) больных оперативные вмешательства носили симптоматический характер или были ограничены эксплоративной лапаротомией. В анализ включено 76 больных, которым выполнены циторедуктивные операции (ЦО) и внутривнутрибрюшная химиотерапия (ВБХТ) по поводу ПК. Потенциально резектабельные метастазы в печень и легкие имели 15(20%) пациентов. У 57 (75%) больных ПК был синхронным. Медиана перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) составила 3 (2;6)(1-23).

Результаты. Летальность и частота развития послеоперационных осложнений в 30-дневный период после операции составили 0% и 25%, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) составила 20(10;н/д), а общей выживаемости (ОВ) – 36 (22;54) месяцев. Одно-, трех- и пятилетняя БВ и ОВ оказались - 64%, 31%, н/д и 86%, 48%, 24%, соответственно.

При многофакторном анализе выявлено, что уровень ПКИ ($p=0,0007$) и наличие внебрюшинных метастазов ($p=0,0097$) являются независимыми неблагоприятными прогностическими факторами БВ. При эмпирическом анализе пограничное значение ПКИ, при котором выявились достоверные различия во времени возникновения рецидива, оказался равен 8($p=0,044$). Медиана БВ при уровне ПКИ менее 8 составила 24(11;н/д) месяцам, а более 8 - 10(7;17) месяцев.

У 34(45%) из 76 пациентов, перенесших циторедуктивные операции, возник рецидив карциноматоза. Медиана времени до возникновения рецидива составила 11 (9;19)(3-36) мес. 19(56%) из 34 были оперированы по поводу возникшего первого рецидива ПК. Медиана ПКИ составила 4 (2-9)(1-12). Причем у 18 удалось добиться полной

циторедукции. Частота развития послеоперационных осложнений- 21%. Летальность-0.

8 из 18 пациентов с полным объемом циторедукции были оперированы по поводу второго рецидива карциноматоза. Медиана времени между операцией по поводу первого рецидива до возникновения второго рецидива ПК оказалась равна 12(6;29)(2-37) мес. Медиана ПКИ – 4(2;11)(2-20). Полная циторедукция достигнута у 6 из 8 больных. 3 послеоперационных осложнения развились у 2-х оперированных больных. Летальность-0.

Выводы. ЦО вместе с ВБХТ у больных РТК с ПК при приемлемом уровне послеоперационных осложнений и нулевой летальности позволяют достичь у ряда больных пятилетней выживаемости. Кроме того, отмечено увеличение БВ у пациентов с ПКИ менее 8 более чем в 2 раза, по сравнению с пациентами, у которых ПКИ был выше этого значения. Выполнение циторедуктивных операций по поводу рецидива ПК целесообразно у отобранной группы больных.

Факторы риска несостоятельности аппаратных анастомозов после низкой передней резекции прямой кишки у больных колоректальным раком

Шельгин Ю.А.¹, Тарасов М.А.²,
Пикунов Д.Ю.², Рыбаков Е.Г.²

*Кафедра колопроктологии ГБОУ ДПО «РМАПО»¹ Минздрава России
ФГБУ ГНЦ колопроктологии² Минздрава РФ, г. Москва*

Несостоятельность анастомоза (НА) после низких передних резекций прямой кишки (НПР) является наиболее частым и опасным осложнением. Частота возникновения ее после данного типа вмешательств достигает 17% и каждом

третьем случае является причиной послеоперационной летальности.

Цель: определение частоты НА после НПР, в том числе и в условиях бессимптомного течения, а также выявление факторов риска развития данного осложнения в ближайшем послеоперационном периоде.

Пациенты и методы: исследование нерандомизированное обсервационное проспективное. В период 2014 – 2016 гг. в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России отобрано 100 пациентов после НПР с формированием превентивной стомы. Пациентам без клинических симптомов НА рутинно выполняли прокторезервуарографию. Оценивали частоту НА, периоперационные факторы риска НА в однофакторном анализе и в модели логистической регрессии.

Результаты: в 20% (20/100) диагностирована НА: 11% (11/100) с развитием клинической картины, 9% (9/100) – без клинических проявлений (экстравазация контраста по данным резервуарографии). В однофакторном анализе статистически значимое влияние на частоту НА оказывали: мужской пол (ОШ=4,74, 95% ДИ 1,57-14,35, $p=0,005$), размер опухоли более 4 см (ОШ=9,94, 95% ДИ 2,16-45,73, $p=0,0007$), стенозирующий характер опухоли (ОШ=6,93, 95% ДИ 2,34-20,26, $p=0,0005$), послеоперационная анемия на 3-и сутки (ОШ=2,60, 95% ДИ 1,07 -9,98, $p=0,04$), кровопотеря более 200 мл (ОШ=3,15, 95% ДИ 1,05-9,50, $p=0,045$), интраоперационная гемотрансфузия (ОШ=10,43, 95% ДИ 3,24-33,61, $p=0,02$), продолжительность операции более 180 минут (ОШ=2,85, 95% ДИ 1,05 -7,77, $p=0,048$); трансабдоминальное укрепление анастомоза достоверно снижало частоту НА (ОШ=0,15, 95% ДИ 0,03-0,07, $p=0,002$). В модели логистической регрессии независимым фактором риска НА была интраоперационная гемотрансфузия ($p=0,034$).

Выводы: интраоперационное переливание компонентов крови является независимым фактором риска НА после НПР с наличием превентивной стомы.

Факторы риска послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта у больных колоректальным раком
Ю.А. Шельгин^{1,2}, Е.А. Хомяков¹, Е.Г. Рыбаков¹

*ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих»¹ Минздрава России,
г. Москва*

ФГБОУ ДПО «РМАНПО»² Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: Определить группу риска больных в отношении развития послеоперационного пареза ЖКТ

Дизайн: Проспективное обсервационное исследование.

Методы: В исследовании проанализированы данные 300 пациентов, оперированных по поводу колоректального рака в период с ноября 2015 г. по август 2016 г. Послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта (ПП ЖКТ) определяли как отсутствие аускультативных шумов и маркеров перистальтики (газов и стула) через 72 часа после хирургического вмешательства при условии отсутствия механического препятствия пассажу кишечного содержимого (согласно рентгенологическому исследованию). Проведен многофакторный логистический регрессионный анализ для выявления независимых факторов риска ПП ЖКТ.

Результаты: Частота ПП ЖКТ составила 13%. При унивариантном анализе значимыми факторами риска оказались: мужской пол ($p=0,016$), возраст < 64 лет ($p=0,015$), индекс массы тела более $26,4 \text{ кг/м}^2$ ($p=0,015$), злоупотребление алкоголем ($p=0,001$), прием опиоидных анальгетиков в послеоперационном периоде ($p=0,021$), выраженный спаечный процесс в брюшной полости ($p=0,005$), комбинированный

характер вмешательства ($p=0,009$), переливание эритроцитарной массы ($p=0,014$), открытый доступ ($p=0,006$), кровопотеря > 150 мл ($p=0,006$), операции на брюшной полости ($p=0,003$) и на кишечнике ($p=0,013$) в анамнезе.

Независимые факторы риска ПП ЖКТ по результатам логистического регрессионного анализа: ИМТ $> 26,35$ кг/м² ($p=0,008$), наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости ($p=0,042$), выраженный (III-IV стадия) спаечный процесс в брюшной полости ($p=0,032$) и прием опиоидных анальгетиков ($p=0,037$).

Заключение: Послеоперационный парез ЖКТ – частое осложнение хирургии колоректального рака. Выявленные факторы риска дают возможность идентифицировать группу пациентов, наиболее подверженных риску возникновения ПП ЖКТ.

Исследование изменения экспрессии генов при метастатическом колоректальном раке

В.П. Шубин, А.С. Цуканов,

А.А. Пономаренко¹, Е.Г. Рыбаков¹, О.И. Сушков¹,
С.И. Ачкасов¹, Ю.А. Шельгин¹

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России¹, г. Москва

Метастазы колоректального рака являются одной из ключевых причин высокой смертности пациентов от этого заболевания. Данные об изменении экспрессии генов в первичной опухоли и её отдаленных метастазах могут быть использованы в прогностических и терапевтических целях. При анализе данных литературы были выделены гены *CFTR*, *FLNA*, *PROM1*, *SFRP2*, *PLS3*, *BMI*, как наиболее значимые для колоректального рака.

Материалы и методы. В исследование было взято 60 образцов операционного материала от 30 пациентов с

метастатическим колоректальным раком. В ходе исследования выполнялось: выделение РНК, реакция обратной транскрипции, ПЦР в реальном времени, анализ первичных данных. Изменение экспрессии генов анализировались с помощью кластерного анализа.

Результаты. В результате кластерного анализа все опухоли и метастазы были разделены на три группы. По опухоли, первая группа (6 случаев) характеризовалась: *CFTR* +, *FLNA*-, *PROM1* +, *SFRP2* +, *PLS3*-, *BMI* +; вторая группа (8 случаев) - *CFTR* +, *FLNA* +, *PROM1*-, *SFRP2*-, *PLS3* +, *BMI* +; третья группа (17 случаев) - *CFTR* +, *FLNA* +, *PROM1*, *SFRP2* +, *PLS3* +, *BMI* +. По метастазам, первая группа (11 случаев) характеризовалась - *CFTR* +, *FLNA* +, *PROM1* +, *SFRP2*-, *PLS3* +, *BMI* +; вторая группа (8 случаев) - *CFTR* +, *FLNA* +, *PROM1*-, *SFRP2*-, *PLS3* +, *BMI* +; третья группа (12 случаев) - *CFTR* +, *FLNA* +, *PROM1*-, *SFRP2* +, *PLS3* +, *BMI* +.

Заключение. В первичной опухоли при метастатическом колоректальном раке наиболее значимые изменения экспрессии в генах *FLNA*, *PROM1*, *SFRP2*, *PLS3*, а в метастазах печени в генах *PROM1* и *SFRP2*.

Распространенность меланомы кожи в Краснодарском крае

С.В. Шаров¹, Л.Г. Тесленко¹, Л.Л. Степанова¹

ГБУЗ КОД №1 МЗ КК¹ г. Краснодар

Проблемы профилактики, раннего выявления и лечения меланомы кожи (МК) актуальны в связи с высокими темпами прироста заболеваемости, неблагоприятным прогнозом при запущенных стадиях.

Цель исследования - изучить основные эпидемиологические показатели распространенности МК в Краснодарском крае (КК) за период 2006-2015гг. С использованием Популяционного ракового регистра (на основе пакета программ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, г.Санкт-Петербург) проведен анализ 4216 случаев меланомы, впервые выявленных в Краснодарском крае с 2006 по 2015 гг.

«Грубый» показатель заболеваемости МК за период 2006-2015 гг. увеличился в 1,7 раз (с 6,0 до 10,2 на 100 тыс. населения), прирост показателя произошел среди мужчин на 66,7% (с 5,4 до 9,0 на 100 тыс. мужчин) и среди женщин на 75% (с 6,4 до 11,2 на 100 тыс. женщин). За 10 лет показатель заболеваемости среди женщин выше, чем среди мужчин. «Грубый» показатель смертности также увеличился на 22%, с 2,3 (2006г.) до 2,8 (2015 г.) на 100 тыс. человек. При этом если среди мужчин отмечается прирост показателя на 43% (2006г. - 2,1, 2015г. - 3,0), то среди женщин показатель снизился на 3,8% (2006г. - 2,6, 2015г. - 2,5).

Соотношение показателей «заболеваемость/ смертность» увеличилось с 2,6 до 3,6. Стандартизованный показатель заболеваемости (на 100 тыс., мировой стандарт) среди всего населения увеличился в 1,5 раза (с 4,0 до 6,3), прирост показателя среди мужчин составил 42% (с 4,3 до 6,1), среди женщин 65% (с 4,0 до 6,6). Стандартизованный показатель смертности среди всего населения практически не изменился (1,6 на 100 тыс, населения, мировой стандарт), среди мужчин он увеличился на 16,7% (с 1,8 до 2,1), среди женщин снизился на 7% (с 1,4 до 1,3).

Показатель контингентов пациентов с МК увеличился за 10 лет в 1,4 раза и составил в 2015г. - 73,9 на 100 тыс.

населения. Доля пациентов, состоящих на учете 5 и более лет, увеличилась с 53% до 54,1%. Выявляемость на ранних (I-II) стадиях выросла с 70,5% до 79,8%. Доля пациентов с МК, выявленной активно, повысилась с 5,6% до 31,9%. Одногодичная летальность снизилась с 14,4% до 11,6%.

Выводы: рост показателя заболеваемости МК населения КК связан с увеличением доли лиц старших возрастных групп, наиболее уязвимых по развитию онкопатологии, что подтверждается большим приростом «грубого» показателя заболеваемости по сравнению со стандартизованным. Также роль играет улучшение выявляемости МК в результате реализации в КК в последние годы проектов, направленных на раннюю диагностику онкозаболеваний.

Об этом свидетельствует увеличение активного выявления и рост доли ранних стадий МК. Накопление контингентов МК произошло преимущественно за счет роста количества заболевших при стабилизации уровня смертности, снижения одногодичной летальности, а также увеличения доли пациентов, находящихся на учете 5 лет и более.

**Заболеваемость меланомой кожи
в Краснодарском крае,
ранняя диагностика и лечение больных
С.В. Шаров¹, Л.Г. Тесленко¹, Л.Л. Степанова¹**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
министерства здравоохранения Краснодарского края
«Клинический онкологический диспансер №1»¹*

Цель и задачи. Проблемы профилактики, раннего выявления и лечения меланомы кожи актуальны в связи с сохраняющейся тенденцией к увеличению заболеваемости, непредсказуемостью и агрессивностью течения заболевания. Несмотря на визуальную доступность, удельный вес запущенных форм, и связанной с ними смертностью, остается высоким.

Материалы и методы. С использованием автоматизированной информационно-аналитической системы Популяционного ракового регистра КК (ПРР КК) проведен анализ всех случаев меланомы кожи, состоящих на учете с 2012 по 2016 гг. Полученные результаты и выводы.

В Краснодарском крае (КК) в последние 5 лет (2012-2016 гг.) наблюдается увеличение численности заболевших и показателей заболеваемости населения меланомой на 6,2% (с 8,1 до 8,6 на 100 тыс.). В 2016 г. впервые в КК выявлено 476 случаев меланомы.

В структуре всей онкопатологии меланома составляет 1,9%, среди мужчин и женщин 1,7% и 2,0% соответственно. Отмечаются пики заболеваемости у мужчин и у женщин в возрастных интервалах 65-69 и 75-79 лет. Доля больных с меланомой кожи, выявленной в III-IV стадиях, за 5 лет снизилась до 15,6%, снизилась и одногодичная летальность с 14,0% в 2012 г. до 8,9% в 2016 г.

По данным Популяционного ракового регистра КК показатель десятилетней наблюдаемой выживаемости больных с меланомой кожи в 2016 г. составил 52,9%, при I стадии заболевания - 75,8%, при II – 55,6%, при III – 27,5%, а при IV стадии – 11,7%.

Отмечена положительная динамика однолетней наблюдаемой выживаемости за 10 лет с учетом всех стадий и при I-III стадиях заболевания отдельно, что говорит о правильной тактике проводимого специального противоопухолевого лечения в КК. Десятилетняя

скорректированная выживаемость за 10 лет выше, чем наблюдаемая (при I-III стадиях), что связано с влиянием неонкологических причин на уровень наблюдаемой выживаемости.

Ранняя диагностика меланомы кожи является важнейшим условием эффективного лечения, однако, для врачей, не обладающих соответствующим опытом, она представляет проблему. Лишь менее 50% клиницистов, не специализировавшихся в области дерматологии и онкологии, могут правильно поставить диагноз меланомы. Среди дерматологов эта цифра повышается до 64%, почти 2/3 врачей не могут диагностировать диспластический невус.

Поэтому в настоящее время во многих странах проводят широкомасштабную программу по повышению квалификации в данном направлении врачей как общего, так и специального профиля. В КК в последнее время активно проводится данная работа. Базой для создания рациональной формы индивидуальных профосмотров, проводимых в амбулаторно-поликлинической сети КК, явились смотровые кабинеты как первичное звено онкослужбы.

Первичный индивидуальный отбор населения в смотровом кабинете осуществляется с целью формирования групп лиц с подозрением на предопухолевые и онкозаболевания, а также для последующего углубленного обследования. Ведущая роль для ранней диагностики меланомы кожи принадлежит врачу-дерматологу. Более 50% первичных меланом кожи развивается на фоне предшествующих пигментных невусов, при этом частота малигнизации невусов находится в прямой зависимости от их размеров по плоскости, общего количества и типа.

Каждое пигментное новообразование у людей старше 30 лет должно обследоваться с подозрением на меланому. Обязательными методами для диагностики меланомы кожи являются: физикальный осмотр, дерматоскопия,

рентгенография органов грудной клетки, УЗИ. При этом ни один из методов хирургического лечения, в том числе электрокоагуляция и криодеструкция, при пигментных образованиях кожи и слизистых оболочек не должен проводиться без морфологической верификации диагноза (гистологического исследования). «Скрытая диссеминация» может иметь место при любой стадии меланомы.

У 13% больных меланомой кожи I-II стадии в течение 5 лет после радикальной операции наступает генерализация процесса. Радикальность вмешательства при меланоммах, особенно у больных с опухолями II и III стадии весьма условна, причем не столько в хирургическом, сколько в биологическом отношении из-за наличия субклинических метастазов. Поэтому для повышения эффективности лечения меланом мы используем комбинированные подходы, предусматривающие сочетание радикальной операции с лекарственным воздействием.

Таким образом, основными направлениями снижения смертности от меланомы кожи являются улучшение ранней диагностики и проведение своевременного качественного лечения в специализированном лечебном учреждении.

Первый опыт имплантации венозных портов для химиотерапии на базе

ГБУЗ АО Александрo-Маринской областной клинической больницы

А.С. Янпольский¹, А.Е. Шашин¹,

К.А. Егоров¹, Р.К. Абдулкадыров¹, Р.М. Масутов¹

ГБУЗ АО «Александрo-Маринская областная клиническая больница»¹

Цель: оптимизация лечения больных с онкологическими заболеваниями с использованием венозных портов. Материалы и методы исследования. Современный уровень развития

химиотерапии предполагает увеличение доз препаратов, продолжительности и кратности курсов лечения.

Поскольку, основным путем введения препаратов является внутривенный, то это часто сопряжено с развитием осложнений - флебит, тромбоз вен доступа, некроз окружающих тканей, флебосклероз. Множественные пункции вен для проведения диагностических исследований, поддерживающего лечения, парентерального питания и с целью химиотерапии, значимо снижают качество жизни пациентов. С мая 2016 года по настоящее время, пациентам с онкологическими заболеваниями стали имплантироваться венозные порты, в условия ГБУЗ АО Александрo-Мариинской областной клинической больницы. За это время, 24 больным было установлено 24 порта.

Возраст больных от 32 до 64 лет (медиана 52 года). Все пациенты получали курсовое лечение химиотерапевтическими препаратами. Из 24 больных -22 женщины: с раком яичника – 3, с раком молочной железы -15, с глиобластомой головного мозга -1, с острым лейкозом -3 и 2 мужчин: с острым лейкозом -1, с колоректальным раком-1.

Установка портов проводилась в асептических условиях, в операционной, под местной анестезией 0,5% раствором новокаина в подкожный карман, сформированный в подключичной области. Выполнялась пункция подключичной вены по Сельдингеру. Под контролем рентгеноскопии позиционировался катетер и подсоединенный к нему венозный порт. Порт фиксировался швами в подкожной клетчатке, для предотвращения его миграции и перекрута. Проводилась проверка работоспособности порта, после чего ушивалась кожа. Ни в одном случае просвет порта не заполнялся раствором гепарина, проводилась только промывка системы 20 мл физиологического раствора.

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы с раны были сняты на 7 сутки.

Результаты. Всем пациентам венозные порты были имплантированы в связи с отсутствием адекватного периферического венозного доступа, что было обусловлено флебосклерозом вен верхних конечностей, на фоне проводимой ранее химиотерапии. Имплантация венозных портов позволила продолжить проведение курсов химиотерапии в прежнем режиме, не прибегая при этом к пункции центральных вен. При использовании венозного порта медицинским персоналом было отмечено значимое облегчение в обеспечении надежного венозного доступа, простота и быстрота в проведении внутривенных инъекций и инфузий.

За 12 месяцев наблюдения отмечалось 2 осложнения, в виде инфицирования венозного порта. В одном случае инфицирование возникло через 30 дней с момента имплантации, в связи с чем, пришлось удалить порт. В другом случае признаки инфицирования возникли через 2,5 месяца. После однократной промывки порта антисептиком раствором, воспалительный процесс купировался.

За период наблюдения в течение 12 месяцев из 24 человек двое умерли на фоне прогрессирования основного заболевания. Выводы. Имплантация венозного порта является простым и эффективным вмешательством для обеспечения надежного венозного доступа, позволяет избежать осложнений связанных с воздействием химиотерапевтических препаратов на стенку вены и окружающие ткани и легко переносится больным, тем самым обеспечивая комфорт и качество жизни у больных онкологического профиля. Превентивная имплантация порта является «золотым стандартом» при лечении онкологических заболеваний, позволяет избежать периферического флебосклероза.

Содержание

<i>Н.Г. Андросюк, Л.И. Рудан, С.А. Мартыненко, С.С. Гальцев, Л.Н. Хилова, Е.В. Рудан, Н.Р. Садвакасова, И.В. Рязанцева, С.Э. Медетова, И.Я. Мазетова, Е.Е. Андреева</i>	
<i>Клиническое наблюдение пациентки с первичной легочной гипертензией.....</i>	3
<i>Т.И. Балашова, А.А. Григорьева, Ю.В. Назарочкин, А.Л. Ефремов, В.И. Красовская, Е.Н. Глухова, К.М. Мухтаров, Д.А. Харитонов, В.А. Сайдулаев</i>	
<i>Структура врожденных пороков сердца и сосудов у детей с нейросенсорной тугоухостью</i>	6
<i>Т.И. Балашова, А.А. Григорьева, Ю.В. Назарочкин, А.Л. Ефремов, Е.С. Кучкина, Л.О. Гетьман, А.П. Брашкин</i>	
<i>Врожденные пороки сердца у детей с синдромом Гольденхара-Горлина.....</i>	9
<i>Н.Д. Бобрищева-Пушкина, Л.Ю. Кузнецова, О.Л. Попова</i>	
<i>Профилактика нарушений психического здоровья старших школьников.....</i>	10

<i>А.А. Григорьева, В.П. Шпотин, Ю.В. Назарочкин, М.А. Стройков, К.М. Мухтаров, Д.А. Харитонов, В.А. Сайдулаев</i>	
Усовершенствование тактики лечения пациентов с переломом верхней зоны лица.....	15
<i>А.А. Григорьева, К.М. Мухтаров, Д.А. Харитонов, В.А. Сайдулаев, А.Л. Ефремов, В.Е. Черевиченко, М.В. Сидалиев</i>	
Методика ведения послеоперационного периода у пациентов с открытой травмой скелета носа.....	18
<i>И.А. Дроздова</i>	
Оценка динамики зрительных функций пациентов с неэкссудативной макулодистрофией на фоне стеноза брахиоцефальных артерий после его хирургического лечения в сочетании с лазеротерапией.....	21
<i>В.И. Красовская, Андросюк, С.С. Гальцев, Л.Н. Хилова, Н.Р. Садуакасова, Л.И. Рудан, Е.А. Попов, Е.В. Рудан, Р.Р. Костина, О.В. Колесникова, Ю.Г. Григорьева</i>	
Диспансерное наблюдение с трансплантированным сердцем ребенка в Астраханской области.....	23
<i>О.О. Кирилочев, А.Р. Умерова</i>	
Профилактика нежелательных межлекарственных взаимодействий как метод повышения безопасности фармакотерапии.....	25
<i>М.Г. Леонов, С.А. Беляева, Г.А. Рахуба, Е.А. Моря, С.Н. Чернов</i>	
Рецидивы рака яичников.....	28
<i>В.А. Мамич, А.А. Бахтин, С.В. Рожкова, З.З. Батырева, Е.В. Бутырина, З.Г. Исеналиева, А.А. Чернухин, М.В. Плотников, В.А. Сайдулаев⁵</i>	
Клинико-морфологическое наблюдение врожденного альвеолярно-легочного протеиноза.....	30
<i>Е. Г. Морозова</i>	
Значимость современных информационных технологий для популяризации здорового образа жизни.....	33
<i>Р.А. Мурашко, Е.А. Ермаков, И.Б. Уваров, В.Б. Каушанский, Р.В. Коньков, Д.Д. Сичинава, Б.Н. Садиков</i>	
Малоинвазивные хирургические технологии в лечении колоректального рака: опыт регионального онкологического центра.....	36

<i>Г.А. Набиуллина, Г.Б. Куандыков</i> Система медицинской профилактики в Астраханской области. Итоги многолетней деятельности регионального здравоохранения по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни	39
<i>Е.В. Одинцова</i> Социальная характеристика здоровья населения Астраханской области	42
<i>В.В Павленко, Н.В. Кораблина</i> Особенность синтеза ИЛ-10 моно-и полинуклеарных фагоцитов при язвенном колите	45
<i>В.В Павленко, Г.А. Есенева, А.Ф. Павленко, Н. В. Кораблина</i> Пептидный фактор роста IGF-Iи воспалительная реакция в слизистой оболочке толстой кишки при язвенном колите	47
<i>В.А. Сайдулаев¹, А.С. Юнусов, В.П. Шпотин, К.М. Мухтаров, В.А. Мамич</i> Результаты мастоидопластики по данным компьютерной томографии и гистологического исследования	49
<i>Л.А. Удочкина, О.И. Воронцова, Л.А. Гончарова, А.С. Дегтярев, Т.Г. Галушко</i> Анализ кинематических параметров двигательной функции нижних конечностей у детей в норме и патологии	52
<i>Д.Р. Фернандо, В.П. Шпотин, А.Н. Гостюнин, Д.В. Цуканов, Д.И. Мудеева</i> Опыт диагностики и лечения анца-негативного варианта гранулематоза вегенера с первичным поражением лор-органов	55
<i>А.С. Цуканов, В.П. Шубин, С.И. Ачкасов, Д.А. Семенов, А.В. Варданян, В.Н. Кашиников, Ю.А. Шельгин</i> Наследственные мутации в генах системы репарации ДНК у российских пациентов с синдромом Линча	58
<i>Ю.А. Шельгин, Л.Ю. Казиева, Е.Г. Рыбаков, С.В. Чернышов, О.А. Майновская</i> Трансанальная тотальная мезоректумэктомия при раке прямой кишки	59
<i>Ю. А. Шельгин, С.И. Ачкасов, О. И. Сушков</i>	

Циторедуктивные операции у больных раком толстой кишки с перитонеальным карциноматозом.....	61
<i>Шельгин Ю.А., Тарасов М.А., Пикунов Д.Ю., Рыбаков Е.Г.</i>	
Факторы риска несостоятельности аппаратных анастомозов после низкой передней резекции прямой кишки у больных колоректальным раком.....	63
<i>Ю.А. Шельгин, Е.А. Хомяков, Е.Г. Рыбаков</i>	
Факторы риска послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта у больных колоректальным раком.....	65
<i>А.А. Пономаренко, Е.Г. Рыбаков, О.И. Сушков, С.И. Ачкасов, Ю.А. Шельгин</i>	
Исследование изменения экспрессии генов при метастатическом колоректальном раке.....	66
<i>С.В. Шаров, Л.Г. Тесленко, Л.Л. Степанова</i>	
Распространенность меланомы кожи в Краснодарском крае.....	68
<i>С.В. Шаров, Л.Г. Тесленко, Л.Л. Степанова</i>	
Заболееваемость меланомой кожи в Краснодарском крае, ранняя диагностика и лечение больных.....	70
<i>А.С. Янпольский, А.Е. Шашин, К.А. Егоров, Р.К. Абдулкадыров, Р.М. Масутов</i>	
Первый опыт имплантации венозных портов для химиотерапии на базе.....	73

**ДОСТИЖЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ КАК ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ
ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ОБЩЕСТВА**

**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

Компьютерный набор и форматирование – Е.Ю. Языковская
Технический редактор – В.Б. Нигдыров

ISBN 978-5-4424-0332-9

Подписано в печать – 1.09.17г.
Гарнитура Times New Roman
Учет печ. лист. –9,3
№ заказа – 4345 Тираж 300 экз.

Издательство Астраханского государственного
медицинского университета
414000, гор. Астрахань, ул. Бакинская, 121
