

НОЯБРЬ  
2016

# МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

СПЕЦИАЛЬНЫЙ  
ВЫПУСК #1

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК #1(1) МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА



ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ



## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ МОСКВЫ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

4

ОТ ПЕРВОГО  
ЛИЦА

О сути реформ  
московского здравоохранения  
рассказывает  
Леонид ПЕЧАТНИКОВ

18

ИНФРАСТРУКТУРНЫЕ  
ПРОЕКТЫ

Материалы  
о реорганизации ключевых  
служб московского  
здравоохранения

61

АССАМБЛЕЯ  
«ЗДОРОВЬЕ МОСКВЫ»

Тезисы докладов  
научной программы

# Журнал «Московская медицина»

## Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

## Редакционный совет

**Амплеева Татьяна Викторовна**, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы

**Андреева Елена Евгеньевна**, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

**Анциферов Михаил Борисович**, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Арутюнов Григорий Павлович**, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

**Бордин Дмитрий Станиславович**, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Богородская Елена Михайловна**, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

**Брюн Евгений Алексеевич**, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

**Васильева Елена Юрьевна**, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Девяткин Андрей Викторович**, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

**Дубров Вадим Эрикович**, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

**Жиляев Евгений Валерьевич**, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Зеленский Владимир Анатольевич**, директор МГФОМС

**Колтунов Игорь Ефимович**, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

**Конопляников Александр Георгиевич**, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента

здравоохранения города Москвы

**Крюков Андрей Иванович**, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

**Мазус Алексей Израилевич**, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Департамента здравоохранения города Москвы

**Мантурова Наталья Евгеньевна**, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

**Мухтасарова Татьяна Радиковна**, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

**Назарова Ирина Александровна**, председатель Совета главных врачей города Москвы

**Орджоникидзе Зураб Гивиевич**, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

**Орехов Олег Олегович**, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

**Плутницкий Андрей Николаевич**, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

**Погонин Алексей Владимирович**, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

**Потекаев Николай Николаевич**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Хатьков Игорь Евгеньевич**, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

**Хубутия Могели Шалвович**, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Шабунин Алексей Васильевич**, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы

**Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов.

Редакция журнала «Московская медицина»: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43  
www.moscowmedicine.ru

**Учредитель:** Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций  
28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

**ОТ РЕДАКЦИИ**

Обращение руководителя Департамента здравоохранения  
города Москвы Алексея ХРИПУНА ..... **3**

**ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Леонид ПЕЧАТНИКОВ:**  
**необходимо обеспечить людям**  
**доступность медицинской помощи** ..... **4**

**ПОЛИКЛИНИКА**

**Алексей ПОГОНИН:**  
**в центре внимания сегодня находится**  
**пациент и его интересы** ..... **9**

**На взгляд москвичей** ..... **12**

**ИНФРАСТРУКТУРНЫЕ ПРОЕКТЫ**

**Дерматовенерологическая служба Москвы:**  
**современность и взгляд в будущее** ..... **16**

**Лучевая диагностика Москвы: есть чем гордиться** ..... **26**

**Лабораторная служба Москвы под знаком централизации** ..... **33**

**Московская «инфарктная сеть»**  
Опыт работы и перспективы развития ..... **37**

**ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

**Возможности и перспективы** ..... **42**

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

**Аттестация руководителей** ..... **55**

**Расширяя сознание** ..... **58**

**Виртуальная клиника Москвы** ..... **61**

**ИНФОРМАТИЗАЦИЯ**

**В масштабах мегаполиса** ..... **64**

**АССАМБЛЕЯ «ЗДОРОВЬЕ МОСКВЫ»**

**Тезисы докладов научной программы** ..... **67**

Не первый год мы вместе работаем над решением важнейшей задачи — построение в Москве современной, функциональной и отвечающей запросам москвичей системы здравоохранения.

За последнее время многое было сделано. В столице отремонтированы и построены десятки корпусов медицинских организаций, закуплено и эффективно работает новейшее медицинское оборудование, создана система многопрофильных больничных комплексов, функционирует уникальная сеть сосудистых центров, осуществляется ряд принципиальных преобразований в поликлиническом звене, внедрены важные и крайне полезные для организации оказания медицинской помощи населению сервисы Единой медицинской информационной системы. Мы на практике можем оценить эффект этих преобразований. Достаточно сказать, что на сегодняшний день Москва стала лидером по средней продолжительности жизни населения в России.

И это только начало пути. Нам вместе предстоит сделать еще очень многое. В числе безусловных приоритетов — дальнейшее совершенствование работы амбулаторно-поликлинического звена, которое сегодня является ключевым элементом в структуре московского здравоохранения. Правительство Москвы и Департамент здравоохранения города продолжают решать вопросы, связанные с повышением квалификации и статуса врачей общей практики, развитием инфраструктуры амбулаторного звена, распространением передового опыта, материально-техническим и ресурсным обеспечением медицинских организаций. Без преувеличения можно сказать, что мы формируем новые московские стандарты, беря на вооружение передовые подходы мировой медицинской практики. А главная цель — реализация комплексного подхода в выстраивании эффективно работающей системы московского здравоохранения.

Совершенно очевидно, что успех на пути к достижению поставленных целей зависит в том числе от каждого из вас, от слаженной и эффективной работы всего московского медицинского сообщества. Именно поэтому необходимо использовать любые возможности для нашего информационного взаимодействия. Это важнейший аспект нашей совместной работы. Как вы все знаете, обновлен сайт Департамента здравоохранения города Москвы, уже более двух лет выходит журнал «Московская медицина», работает Совет главных врачей, на регулярной основе проводятся общегородские клинико-анатомические конференции, каждая из которых собирает более 1000 участников и транслируется в сети интернет. Поэтому Ассамблея «Здоровье Москвы», которая в этом году состоится уже в 15-й раз, является важнейшим инструментом коммуникации. Мероприятие уникально по своему масштабу и актуальности не только для городского здравоохранения. Из года в год в фокус внимания участников форума попадают социально значимые и приоритетные направления развития здравоохранения: профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, современная система родовспоможения, охрана материнства и детства, практика работы городских поликлиник, организация помощи онкологическим и паллиативным больным, развитие системы обязательного медицинского страхования, вопросы лекарственного обеспечения и многое другое. Не случайно деловая программа форума собирает тысячи участников.

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



**Алексей ХРИПУН,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы

# ЛЕОНИД ПЕЧАТНИКОВ: НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ ЛЮДЯМ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Масштабные перемены в столичном здравоохранении были не случайны и не проводились спонтанно и необдуманно. В основе лежало желание создать в Москве компактную современную и эффективно работающую систему оказания медицинской помощи. Об этапах этого пути рассказывает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид ПЕЧАТНИКОВ.



**Леонид ПЕЧАТНИКОВ,**  
заместитель мэра  
Москвы по вопросам  
социального развития

## Наследие эпохи

Давайте вспомним, что представляло собой советское здравоохранение. В основе этой системы лежал, в частности, принцип категоричности стационаров: они делились на первую и вторую категории в зависимости от числа койко-мест в каждом из стационаров. И чем больше главный врач мог вместить в свою больницу кроватей, тем больше у него было финансирование, а значит, и благ лично для него. От этого зависела зарплата, количество заместителей, количество разных отделов, которые он размещал на административном этаже, количество секретарш, машин и прочее. Если ему удавалось впихнуть в свой дом более 1000 кроватей, то это было потрясающим достижением, потому что именно 1000 кроватей давали ему искомую степень первой категории и соответствующее штатное расписание, которое финансировалось исходя из того, сколько он заявлял коек. Деньги выделялись, и никто никогда не задумывался о финансировании больниц в зависимости от качества лечения, количества пролеченных больных. Эти критерии, хотя иногда формально и заявлялись как реперные, ровным счетом никогда не отслеживались. Мы были очень далеки от всей планеты. Однако с 1992 года в России началось движение, пусть и очень медленное, в сторону страховой медицины. Да, у нас до сих пор нет по-настоящему страховой медицины, это очевидно всем, но те подвижки, которые произошли, заставили главных врачей больниц и поликлиник примерно представлять себе, что такое жизнь в рамках определенного бюджета. Надо понимать, что деньги — штука конечная. Поэтому основная задача формулируется предельно просто: жить нужно приучаться жить по средствам.

Основная проблема, еще недавно стоявшая перед московским здравоохранением, заключалась в абсолютной неготовности московских клиник работать в рамках страховой модели.

Второй проблемой российского и столичного здравоохранения было и еще пока остается то, что большая часть вопросов решалась в стационарах. Поликлиник при этом было достаточно, там работала целая армия врачей, но получить в них сколько-нибудь серьезную медпомощь было нереально. В этой ситуации одна из ключевых задач — оснащение поликлиник. Они должны были стать тем, чем являются во всем мире, — 70% медпомощи оказывается на амбулаторном этапе.

### **С этого и начали**

Со времен Адама Смита и Карла Маркса в любой отрасли экономики одна и та же тенденция: когда в отрасль приходит научно-технический прогресс, количество ручного труда закономерно уменьшается. Научно-технический прогресс пришел и в медицину. Появились методы диагностики, которые существенным образом ускорили постановку диагноза и эффективность лечения. В экономическом аспекте это привело к уменьшению сроков пребывания пациента на койке в стационаре, и через развитие стационарозамещающих технологий к уменьшению потребности в койко-местах в стационарах. Во всех странах мира, где бы ни шло реформирование здравоохранения, наблюдается тенденция к уменьшению коечного фонда больниц. Больницы становятся меньше, основной упор делается на амбулаторное звено. В развитых странах Европы — Франции, Германии — соотношение между стационарным звеном и амбулаторным по объему медпомощи составляет фактически 1 к 3.

Именно поэтому очевидно: для того, чтобы перейти на новый этап развития медицины, необходимо было, чтобы в нее пришел научно-технический прогресс. Без этого остальные телодвижения бессмысленны. Нельзя заставить поликлинику работать лучше, если не принести в поликлинику новую диагностическую аппаратуру, ноу-хау.

Собственно с этого и начались реформы в московском здравоохранении — с вложений в амбулаторное звено. Из 500 поликлиник было сформировано 46 взрослых и 40 детских объединений, и каждое оснащено по последнему слову техники. Москва инвестировала в систему здравоохранения 3 миллиарда евро, из которых 1 миллиард был потрачен



**ДЕНЬГИ — ШТУКА КОНЕЧНАЯ. ПОЭТОМУ  
ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ФОРМУЛИРУЕТСЯ ПРЕДЕЛЬНО  
ПРОСТО: НУЖНО ПРИУЧАТЬСЯ ЖИТЬ  
ПО СРЕДСТВАМ.**

на новое диагностическое и лечебное оборудование для поликлиник и стационаров. Первый этап — модернизация материально-технической базы столичной медицины.

В числе чисто медицинских задач одной из первых была обозначена необходимость догнать Европу по уровню внутрибольничной летальности от инфаркта миокарда. Для этого были организованы два десятка сосудистых центров, которые составили так называемую инфарктную сеть. В итоге за первые 3 года ее работы удалось снизить внутрибольничную летальность от инфаркта миокарда в три раза. Таких результатов не было никогда ни в одной стране мира. Во Франции к этому шли примерно 20 лет. Фактически за этот же период в Москве была выстроена и трехуровневая система оказания медпомощи, которая сегодня взята на вооружение всеми регионами. Впервые на уровне города были взяты обязательства по срокам ожидания попадания на консультацию к специалисту и, несмотря на то, что сегодня это время все еще оставляет желать лучшего, по сравнению с 2010 годом оно существенно сокращено.

### **Простая логика**

Реструктуризировалась и стационарная сеть. Логика тут проста: если производительность труда врачей в клиниках будет расти, то коечный фонд будет сокращаться самими же медицинскими организациями, ибо содержать недостаточно интенсивно работающие койки за счет средств ОМС невыгодно.

А производительность растет за счет внедрения прогрессивных методик и технологий лечения. Если раньше человек с желчно-каменной болезнью должен был провести после операции месяц в больнице, то после того, как была освоена лапароскопическая техника, ему достаточно трех дней в стационаре

после операции. Если раньше больной с инфарктом миокарда меньше 35–40 дней не лежал в больнице, то после того, как налажено применение техник ангиопластики и стентирования, больше 10 дней не нужно на восстановление.

Мы достаточно быстро осуществили реорганизацию специализированной помощи. Причем это возврат к тому, что уже было, к хорошо забытому старому. Никогда, например, женские консультации не существовали отдельно от родильных домов, просто на каком-то этапе их решили разделить, увеличив количество начальников и прочего обслуживающего персонала. Мы восстановили статус-кво. Но это важно не только для того, чтобы сократить административный персонал. Ведь, когда консультации были сами по себе, и уровень их оснащения был соответствующим, по любому мало-мальски сложному случаю беременную женщину направляли на дополнительные обследования. А как только консультация становится амбулаторным отделением роддома, как минимум ясно, где эти обследования можно пройти, а главное — главврач роддома несет ответственность за роженицу с первых дней беременности, что очень важно. Такова была логика реструктуризации и других служб. Объединив диспансеры со стационарами, мы сделали специалистов стационаров ответственными за больных, что существенно повышает качество лечения.

### **Было бы желание работать**

Очень важный момент — кадры. Это головная боль для системы здравоохранения во всех субъектах РФ. Однако только в Москве сокращение коечного фонда проходит в условиях колоссального профицита медицинского персонала, и прежде всего врачей. В 2010 году только городских коек, тех, которые функционировали в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы, у нас было 83 тысячи, с ними были связаны 200 тысяч работающих медиков. Помимо этого в Москве 5 тысяч медицинских организаций, никоим образом московской системе не принадлежащие, но которые лечат москвичей на 80–90%. То есть всего свыше 120 тысяч коек и около 300 тысяч медиков. Интересно при

этом, что около 100 тысяч медиков из них приезжали в Москву работать из других регионов, где, к слову, всегда был и остается дефицит врачей и среднего медицинского персонала.

Работа для медиков найдется, было бы у них желание работать. Но не всем найдется работа в Москве, потому что у города есть определенная потребность в объемах медицинской помощи и требования к квалификации медиков, исходя из которых и будет строиться работа с кадрами. Причем прежде всего на уровне клиник. Именно руководство клиник, каждой в отдельности, определяет штатное расписание, исходя из объема госзадания, которое необходимо выполнить ЛПУ. Еще раз хотелось бы подчеркнуть, ключевая задача — привести состав коечного фонда в соответствие

с реальными потребностями города и освоенными московскими медиками медицинскими технологиями. Вот простой пример: человек сломал ногу. Есть два пути. Первый, по которому идет все цивилизованное человечество и московское

здравоохранение, — металлоостеосинтез. Человека надо оперировать и через 2–3 дня ставить на ноги. Другой путь — гипсовать ногу и долго ждать, пока срастется. Сегодня в Москве только 60% травматологических больных подвергаются операциям металлоостеосинтеза. Почему не все 100%? Дело в том, что 40% наших травматологов не умеют и не хотят заниматься металлоостеосинтезом. Но если травматолог не умеет оперировать, как же он собирается работать? Ответ: они либо должны научиться, либо не смогут продолжать работать по профессии. Так же и с хирургами, например, если хирург не умеет оперировать лапароскопически, не хочет этому научиться, он не сможет остаться в стационаре и работать хирургом.

### **Нельзя научиться лечить, не подходя к пациенту**

Говоря о медицинских кадрах невозможно обойти стороной проблему качественного медицинского образования. В свое время, примерно до 70-х годов XX века, это образование было на достаточно высоком уровне, но затем ситуация начала меняться. Но, на мой взгляд, именно в 70-е годы произошел



## **ОДНА ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ЗАДАЧ — ИНТЕГРИРОВАТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ЛЕЧЕБНЫЙ.**

некий перелом не в лучшую сторону. До этого вершиной врачебной профессии как с точки зрения престижа, так и материального обеспечения, было место преподавателя на клинической кафедре. Для этого надо было окончить университет, клиническую ординатуру, после чего поступить в аспирантуру, защитить кандидатскую диссертацию, стать ассистентом на кафедре, доцентом, а потом, защитив докторскую диссертацию, стать профессором. Это был непростой путь, который проходили лучшие из лучших. В 70-е же годы произошло трагическое изменение в этой системе, в результате чего в клиническую ординатуру стали поступать не самые лучшие студенты, а те, у которых, грубо говоря, было больше блага. За основу брались не профессиональные знания, а общественная работа, партийность, национальность и прочие обстоятельства, не имевшие никакого отношения к профессиональным умениям и к реальным знаниям студента, оканчивающего университет. Причем формально ничего не менялось, по-прежнему люди поступали в ординатуру, аспирантуру, защищали кандидатские, докторские, но качество их диссертаций не всегда было приемлемым. Очень многие диссертации того времени писались в библиотеках, без опоры на собственный клинический опыт. И сегодня мы пожинаем плоды такого подхода.

Мы столкнулись с тем, что преподавателями часто, хоть и не всегда, становятся люди, не подготовленные к преподавательской деятельности, которые ничему реально научить не могут. Главная проблема сегодня — отсутствие клинической практики у преподавателей вузов. А для врача, как и для музыканта, некоторое время не заниматься профессиональной подготовкой смерти подобно — это равносильно профессиональной дисквалификации. Усугубляют ситуацию и особенности правового регулирования взаимодействия медвузов и их же клинических баз в клиниках. Раньше медицинский вуз и его клиническая база были единым целым, это всегда был единый коллектив профессионалов, эффективно взаимодействующих друг с другом. Однако законодательство «совершенствовалось», и это привело к тому, что кафедра и больница стали совсем чужими друг другу, и студенты, приходя в больницу для того, чтобы научиться профессии, сталкиваются с тем, что для больницы они персоны нон-грата. Персонами нон-грата стали и кафедральные сотрудники. И понять главврачей можно в определенной степени, ведь, как я уже сказал, у многих преподавателей



## **НЕТ ОТРАСЛИ В ЭКОНОМИКЕ ГОРОДА И СТРАНЫ, КОТОРАЯ БЫЛА БЫ ТАКОЙ СЛОЖНОЙ, КАК МЕДИЦИНА.**

медвузов совершенно отсутствует клиническая практика.

На мой взгляд, ключевая задача, стоящая сегодня перед Минздравом, так как высшее образование — компетенция федеральных органов власти, — интегрировать образовательный процесс в лечебный. Невозможно научиться лечить больного, не подходя к больному, не участвуя в лечебном процессе под руководством своих преподавателей, не набираясь клинического опыта. И если не исправить ситуацию сегодня, завтра может быть уже поздно, мы отстанем навсегда от современных требований к медицинской профессии.

### **Параллельные прямые**

В России медицина и здравоохранение как две параллельные линии. Врачи работают, а организаторы здравоохранения им страшно мешают, потому что издадут, на их взгляд, совершенно глупые инструкции и непонятные далекие от практики приказы. Но и организаторы здравоохранения выпускали бы идеальные приказы и распоряжения, если бы им не мешали врачи.

Поэтому, когда когда мне суждено было оказаться в кресле руководителя столичного здравоохранения, я решил постараться сделать так, чтобы эти параллельные линии если не пересеклись, то хотя бы сблизилась. Чтобы врачам было хоть отчасти понятно, что делают организаторы здравоохранения, а организаторы здравоохранения окунулись в ежедневную работу врачей.

Создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Москве — один из примеров того, как организационные решения вытекают из медицинской необходимости. Это решение возникло из медицинских показаний: мы исходили из потребности пациентов.

А его реализация повлекли за собой и необходимость других перемен. Следующий шаг: смещение



акцентов на оказание медпомощи в амбулаторном звене. Понятно, что хорошо оборудованные поликлиники смогут оказывать большие объемы помощи, разгружая стационары. А это значит, что есть возможность сделать работу больниц принципиально более эффективной. Все помнят оплату за койко-день. Если в больнице пациент пролежал меньше, чем положено, она могла и денег за него не получить. Мы с Сергеем Семеновичем Собяниным добились, чтобы у нас оплата в стационарах осуществлялась по законченному случаю. Это значит, что если у человека есть острая пневмония, например, то пролежит он 3 дня или 30 дней, не имеет никакого значения. Если доктор считает, что через 3 дня готов пациента выписать, и считает случай законченным, то он его выписывает на амбулаторный режим наблюдения и лечения, и страховая компания ему оплатит полный тариф. Если же пневмония тяжелая, то он пролежит, сколько ему надо, и опять-таки больница получит по полному тарифу. В этом есть свои минусы, но это лучше, чем то, что было: когда койки занимались только ради того, чтобы выдержать положенные сроки госпитализации.



**СЕГОДНЯ МЫ, ПРИНИМАЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ, ОСНОВАННЫЕ НА НЕОБХОДИМОСТИ СЧИТАТЬ ДЕНЬГИ И ОПИРАТЬСЯ НА ИМЕЮЩИЕСЯ ВОЗМОЖНОСТИ, СТАРАЕМСЯ НЕ УПУСТИТЬ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ПРОБЛЕМЫ.**

Такая интенсификация повлекла за собой образование коечного профицита. У нас 30 % коечной мощности оказалось невостребованной. Но, к сожалению, вместе с койками у нас высвобождался и медицинский персонал. Мне как медику было больно слышать проклятия от своих коллег. Но как управленец я понимал, что выбора у меня нет. Когда у нас в гостях был премьер-министр Баварии, услышав от



**КОГДА МНЕ СУЖДЕНО БЫЛО ОКАЗАТЬСЯ В КРЕСЛЕ РУКОВОДИТЕЛЯ СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Я РЕШИЛ ПОСТАРАТЬСЯ СДЕЛАТЬ ТАК, ЧТОБЫ ЭТИ ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ ЛИНИИ ЕСЛИ НЕ ПЕРЕСЕКЛИСЬ, ТО ХОТЯ БЫ СБЛИЗИЛИСЬ. ЧТОБЫ ВРАЧАМ БЫЛО ХОТЬ ОТЧАСТИ ПОНЯТНО, ЧТО ДЕЛАЮТ ОРГАНИЗАТОРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, А ОРГАНИЗАТОРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОКУНУЛИСЬ В ЕЖЕДНЕВНУЮ РАБОТУ ВРАЧЕЙ.**

Сергея Семеновича о тех преобразованиях, которые мы осуществили в московском здравоохранении, он сказал буквально следующее: «Я был министром здравоохранения Германии и сумел сделать всего 10 % из того, что сумели сделать вы».

И таких примеров пересечения управленческих и медицинских задач очень много.

Нет отрасли в экономике города и страны, которая была бы такой сложной, как медицина. А у нас не готовят главных врачей. Сегодня мы ищем потенциальных руководителей среди молодых врачей, которым интересно понять экономику здравоохранения. Это очень непростая работа. Система в целом не совсем отлажена, и для того, чтобы работать в ней главным врачом поликлиники, например, нужен большой талант и мужество.

Мне повезло, что, имея медицинское образование и практику, я прошел серьезную школу управления в частной клинике. Я пришел более-менее подготовленным, потому что понимал, что такое бюджет, себестоимость, понимал, что такое экономика здравоохранения. Иначе я бы не смог во всем разобраться. И сегодня мы, принимая управленческие решения, основанные на необходимости считать деньги и опираться на имеющиеся возможности, стараемся не упустить и медицинские аспекты той или иной проблемы.

# АЛЕКСЕЙ ПОГОНИН: В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ СЕГОДНЯ НАХОДИТСЯ ПАЦИЕНТ И ЕГО ИНТЕРЕСЫ

Преобразования в московском здравоохранении были начаты на уровне поликлинического звена, и сегодня это уже принесло свои плоды. О том, что было сделано за последние несколько лет, и перспективах совершенствования системы оказания первичной медико-санитарной помощи рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексей ПОГОНИН.

— Алексей Владимирович, что сегодня представляет собой поликлиническое звено московского здравоохранения? Каковы отличия в его организации и структуре от того, что было, скажем, четыре-пять лет назад?

— Главное — были созданы поликлинические центры. Вместо разрозненных, не связанных между собой логически и функционально лечебных учреждений удалось сформировать единую общегородскую поликлиническую сеть. Это 46 поликлиник, каждая из которых объединяет три-пять лечебных учреждений с общим количеством прикрепленного населения порядка 200–250 тысяч человек.

— Что это дало пациентам?

— У москвичей появились новые возможности в получении медицинской помощи. Например, еще пять лет назад пациенту давали направление на консультацию ревматолога или на КТ и говорили: «А теперь идите и сами думайте, где вы это пройдете». Сегодня пациент получает конкретное направление с указанием даты и времени приема специалиста или проведения процедуры.

Во многом это стало возможным, потому что в период реализации программы модернизации поликлиники были хорошо оснащены, закуплено значительное количество компьютерных и магнитно-резонансных томографов. Сейчас практически каждое учреждение оснащено самым современным оборудованием. Это позволило сделать широкий спектр современных высокотехнологичных диагностических исследований



**Алексей ПОГОНИН,**  
заместитель руководи-  
теля Департамента  
здравоохранения  
города Москвы

доступным для москвичей. Например, в 2010 году пациентам, которым требовалось пройти обследование при помощи КТ или МРТ, приходилось ждать своей очереди по три-шесть месяцев. Сегодня, согласно территориальной программе государственных гарантий, пациент должен пройти обследование в течение 20 дней с момента выписки назначения врачом, а по факту средний срок ожидания составляет семь-десять дней по разным округам.

### **— Как удалось добиться позитивных изменений с обеспечением доступности медицинской помощи?**

— Принципиальным шагом в этом направлении можно назвать внедрение в деятельность лечебных учреждений Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Вспомните недавнее прошлое. Пациенты записывались на прием в тетрадке, лежащей в регистратуре, и следующий человек мог запросто вычеркнуть предыдущего и вписать себя. В результате возле кабинета врача нередко собирались очереди. Сегодня можно записаться к врачу не выходя из дома и попасть к тому же терапевту буквально в день записи. Благодаря внедрению ЕМИАС мы имеем возможность оценить доступность не только по отдельному лечебному учреждению, но и по каждому врачу. Отслеживается даже время, которое пациент проводит в ожидании возле кабинета врача: когда пациент приходит на прием, в регистратуре ему дают талон, в котором отмечается время прихода, а когда он попадает к врачу, тот нажимает на кнопку «начать прием», и мы смотрим, сколько времени человек ожидал своей очереди.

### **— Сегодня проводится большая работа по повышению эффективности работы поликлиник и удовлетворенности пациентов. На каких принципах должна быть построена идеальная поликлиника?**

— В феврале 2015 года на интерактивной онлайн-площадке правительства Москвы был проведен краудсорсинговый проект «Московская поликлиника», поучаствовать в котором мог любой желающий. На специальном портале зарегистрировались свыше 58 тысяч человек, которые в течение нескольких дней обсуждали спорные вопросы: имеющиеся недостатки при посещении поликлиники, что сейчас плохо, а можно сделать хорошо, вносили предложения. Таких уникальных предложений мы получили более 500 и по результатам экспертной проработки реализацию наиболее удачных из них разбили на этапы до 2018 года.

По блоку вопросов, которые сейчас очевидно лежат на поверхности, мы подготовили ряд мероприятий по повышению качества, доступности и эффективности оказываемой помощи и назвали его «Московский стандарт поликлиник». Кстати, уже разработан бренд и логотип московского стандарта поликлиники — сердце, внутри которого находится буква М.

### **— Что было сделано в первую очередь?**

— Во-первых, была модернизирована регистратура, где всегда скапливались очереди и терялись карты. Карты перенесли в специальное хранилище, откуда они заблаговременно доставляются на прием к врачу. Освободившееся пространство в регистратуре превратилось в зоны комфортного пребывания для пациентов: здесь поставили телевизоры, кулеры, диваны, цветы, чтобы пациенты могли отдохнуть после приема врача либо в комфортных условиях дождаться своей очереди, если пришли в поликлинику раньше.

Во-вторых, на первом этаже организовали работу дежурного врача и информационного бюро, где пациент может получить ответы на вопросы по маршрутизации и многие другие. Возле инфоматов теперь тоже дежурит сотрудник, готовый помочь в записи на прием и ответить на текущие вопросы.

Еще одна проблема, беспокоившая москвичей да и самих врачей: участковые терапевты значительную часть своего времени тратили на обслуживание вызовов на дому. Они обходили пациентов пешком, и зачастую пациент мог вызвать врача, но, не дождавись его, сам уходил в поликлинику. Очевидно, что маршрут врача был нерациональным. Мы создали call-центр, который централизованно со всех филиалов поликлиники принимает вызовы на дом. Прежде чем отправить бригаду на очередной вызов, специалист call-центра проводит беседу с обратившимся пациентом по специально разработанному алгоритму. Исходя из симптомов и жалоб, медработник может передать этот вызов на неотложку либо предложить пациенту прийти в поликлинику для прохождения более углубленного осмотра. В то же время стоит отметить, если раньше врач ходил на дом только с фонендоскопом и ограниченным набором лекарств, сегодня за эти вызовы отвечает специально выделенный врач из отделения «вызова на дом», он передвигается на автомобиле поликлиники, имеет при себе расширенную укладку лекарственных препаратов, аппарат ЭКГ. Это совершенно другой уровень качества оказания помощи и отношения к пациенту.

### **— Удалось ли помочь тем пациентам, кому необходимо получить направление на**

## **анализы или оформить типовые медицинские документы?**

— Для этого в поликлиниках созданы медицинские посты. Они размещены на тех же этажах, что и терапевтические отделения. Пациент может обратиться туда, чтобы измерить артериальное давление, либо по направлению врача оформить санаторно-курортную карту, получить направление на анализы. Словом, все то, на что раньше приходилось тратить время на приеме у врача, сегодня делается за рамками этого приема на медицинском посту. Чтобы лучше узнать обо всех нововведениях, во всех поликлиниках имеются информационные брошюры и специальные плакаты, которые помогают пациентам, разъясняют порядок их действий и порядок получения тех или иных медуслуг. Замечу, что речь идет о поликлиниках для взрослого населения. Также мы создали единый стандарт навигации в поликлиниках — стандарт оформления указателей, табличек, информационных плакатов, в едином стиле будут оформлены все медицинские посты и информационные бюро на входе. Безусловно, на этом преобразование не закончатся. Нам потребуется время, чтобы изменить как внешний облик, так и само содержание работы поликлиник.

### **— Удалось ли наладить обратную связь с пациентом?**

— Эта задача была названа одной из значимых в ходе краудсорсинг-проекта «Московская поликлиника». На основе предложений от москвичей мы решили каждому пациенту старше 18 лет, зарегистрированному на портале госуслуг с указанием электронного адреса, после посещения врача направлять электронное письмо с предложением ответить на три вопроса: удовлетворен ли он качеством приема врача, отношением других сотрудников поликлиники, чистотой и порядком в медучреждении? Все отзывы обрабатываются в ежедневном режиме. В настоящее время почти 90% ответов пациентов — положительные. Это очень высокая цифра, но мы серьезно относимся и к негативным отзывам, которые тоже присутствуют. Ежедневно эти отзывы направляются главным врачам поликлиник.



**СЕГОДНЯ, СОГЛАСНО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ, ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРОЙТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ТЕЧЕНИЕ 20 ДНЕЙ С МОМЕНТА ВЫПИСКИ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧОМ, А ПО ФАКТУ СРЕДНИЙ СРОК ОЖИДАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ СЕМЬ-ДЕСЯТЬ ДНЕЙ ПО РАЗНЫМ ОКРУГАМ.**

В случае обоснованных претензий со стороны пациентов главным врачам необходимо принять адекватные меры по устранению выявленных жителями недостатков работы поликлиники и недопущению их повторного возникновения.

Одновременно с этим в учреждениях внедрено анкетирование пациентов, по итогам которого будут строиться рейтинги поликлиник в зависимости от степени удовлетворенности пациентов от их посещения. Изменится и служба внутреннего контроля. Она будет в большей степени ориентирована на решение

конкретной проблемы пациента в текущий момент при посещении поликлиники.

**— Каковы ключевые направления модернизации первичного звена оказания медицинской помощи в Москве в ближайшей перспективе?**

— С 2016 года началось поэтапное внедрение электронной медицинской карты. Сейчас реализуется пилотный проект с участием 12 поли-

клиник, как детских, так и взрослых. Электронная карта уже апробирована, показала высокую эффективность, позволяет нам хранить все данные пациентов: результаты обследований и анализов, диагнозы и назначения врачей. Этот сервис будет помогать врачам: например, предупредит о неправильном решении в отношении конкретного пациента. Таким образом, по мере внедрения ЭМК, мы выйдем на другой уровень качества работы. Да и карта никогда не потеряется, все данные будут попадать в нее фактически в режиме онлайн.

Развиваются сервисы ЕМИАС, чтобы пациентам было еще удобнее получать медицинские услуги, а мы могли в динамике следить за состоянием здоровья москвичей, находящихся под врачебным наблюдением. Будет легче работать с хроническими пациентами, которые заслуживают особого внимания. Наша цель — максимально эффективно оказывать им медпомощь и обеспечивать полную преемственность в лечении, динамическом наблюдении за ними. Задача сделать так, чтобы качественное лечение такие пациенты могли получить на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

# НА ВЗГЛЯД МОСКВИЧЕЙ

Что такое идеальная поликлиника? За ответом на этот вопрос руководство Департамента здравоохранения города Москвы обратилось к москвичам.

Краудсорсинг-проект «Московская поликлиника» стартовал 2 марта и завершился 16 марта 2015 года. Проект стал рекордным в России по количеству зарегистрировавшихся участников — 58 тыс. человек (при том, что предыдущие проекты собирали около 6–7 тыс. участников).

## Задачи проекта

*Получить предложения от жителей на темы:*

- как сократить очереди в поликлиниках;
- как сделать запись к врачу более доступной;
- как уменьшить число ненужных пациенту посещений поликлиники;
- как улучшить комфортность пребывания в поликлинике.

*Обсудить с жителями:*

- сложности, возникающие при посещении поликлиник;
- транспортную доступность поликлиник;
- возможности оценки работы поликлиник и врачей;
- какую информацию о поликлиниках необходимо раскрывать и где.

По словам руководителя Московского центра «Открытое правительство» Натальи Климовой, около двух недель в круглосуточном режиме люди комментировали



**Работа городских поликлиник строится с учетом пожеланий москвичей**

все, что происходило на площадке. Жители столицы обсуждали, как повысить доступность медицинской помощи и устранить огромные очереди на прием к врачу, предотвратить потерю медкарт, сделать городские поликлиники более комфортными и многое другое.

В итоге москвичи, активно участвовавшие в опросе, высказали много интересных предложений.

Более

**27 000**

**предложений было  
подано участниками  
проекта**

#### **Как сделать запись к врачу более доступной:**

- улучшить систему напоминаний о приеме врача с использованием различных каналов связи (смс-рассылки, уведомления на электронную почту, телефонная связь);
- улучшить систему уведомлений о невозможности приема врача в ранее назначенное время;
- сделать максимально удобным и необременительным для пациента отказ от сделанной записи или перезапись к врачу на другой день или время;
- создать систему записи на повторный прием к врачу непосредственно из дома пациента в случае вызова врача на дом;
- по желанию пациента высылать результаты анализов на его e-mail;
- повысить качество работы электронных инструментов самозаписи к врачу.



Поликлиника начинается с регистратуры

#### Как уменьшить очереди:

- увеличить время работы поликлиник, обеспечить работу поликлиник в выходные дни;
- разделить потоки пациентов, выделив «дежурного врача» для срочного приема пациентов;
- создать отдельные кабинеты «здорового пациента» для выдачи справок и других документов, оформление которых не требует врачебного осмотра;
- установить в поликлиниках электронные табло с информацией о движении электронной очереди;
- создать электронные амбулаторные карты, расширить применение электронных рецептов и др. электронных сервисов;
- разработать единый стандарт работы регистратуры, включая обязательную заблаговременную раскладку амбулаторных карт пациентов по кабинетам врачей.

# 1157

предложений  
пациентов  
признано  
уникальными

#### Как уменьшить необходимость посещения поликлиники:

- увеличить доступность терминалов самозаписи к врачу;
- использовать врачебные консультации по телефону;
- создать возможность электронного заказа ряда медицинских документов (справок и тому подобное);
- выдавать рецепты на лекарства (при хронических заболеваниях) и молочную кухню на более длительный срок;
- распределить прием пациентов диагностическими службами так, чтобы пациент проходил большее количество обследований за минимальное время.

## Как повысить комфортность пребывания в поликлинике:

- сделать удобную навигацию, разработать маршрутные листы пациентов, выдавать информационные брошюры;
- оборудовать поликлиники достаточным количеством кулеров с водой, пеленальных столиков и пр.;
- обеспечить туалеты предметами личной гигиены;
- обеспечить работу регистратуры и других вспомогательных служб в соответствии с графиком приема пациентов.

## Как оценить работу поликлиники и врача:

- обеспечить систему оценки пациентами качества работы поликлиник и отдельных врачей:
  - создать электронный сервис, позволяющий оценить работу врача после приема;
  - создать электронный рейтинг врачей и поликлиник;
  - открыть проблемные темы на портале «Наш город» для обеспечения контроля.

# 482

**меры по улучшению работы поликлиник были сформулированы и вынесены на голосование**

Помимо этого пациенты высказались за то, чтобы:

- освободить участковых врачей от визитов на дом к пациентам, создав для этой работы специальные выездные бригады;
- освободить врачей в часы приема от участия в различного рода совещаниях и других мероприятиях, отвлекающих от приема пациентов;
- проводить информационную кампанию «Не можешь прийти на прием к врачу — не забудь отменить запись», направленную на сокращение потерь времени амбулаторного приема врачей.

Самым комментируемым оказался вопрос, связанный со сложностями, возникающими при посещении поликлиники. К нему оставлено 9 364 комментария. Москвичей расстраивают двойные очереди — по записи и «живая», несоблюдение пациентами времени записи, огромное количество желающих (и работающих, и не работающих) попасть на прием в утреннее время, несвоевременный подбор медкарт и доставка их в кабинет врача, неготовность поликлиники принимать «обратную связь» от пациентов и др.

В ходе тематических обсуждений транспортной доступности поликлиник участники проекта назвали 45 маршрутов общественного транспорта, продление которых повысит транспортную доступность поликлиник, а также 26 новых остановок по требованию в существующих маршрутах транспорта.

Отрадно, что участники краудсорсинг-проекта не забыли отметить и то хорошее, что есть в столичном здравоохранении. На вопрос: «Что вам нравится в работе наших поликлиник, что бы вы хотели сохранить?» — один из участников ответил: «Однозначно, хорошее есть! И много. Неотложка и «ОЗ». Поликлиники в шаговой доступности с широким спектром специалистов и вызов врача на дом по системе ОМС. Врач-педиатр, который сто лет работает на твоем участке, лечил меня, а теперь моих детей».

Говорить о завершении проекта «Московская поликлиника» вряд ли правильно. На сегодняшний день имеется промежуточный результат трудного процесса — движения к идеальной поликлинике. Движения вместе с пациентами. Один из которых написал: «Со мной переписывалась женщина, которая участвовала в таком же проекте по МФЦ, и сказала, что сначала не верилось, что получится, так как многое надо было сделать, но сейчас все работает. Поэтому здесь если дадут изменить, то все получится».



# ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА МОСКВЫ: СОВРЕМЕННОСТЬ И ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

В августе 2011 года по инициативе Департамента здравоохранения города Москвы началась масштабная реструктуризация и централизация дерматовенерологической службы столицы. Один из результатов этой работы – создание крупнейшего в Европе учреждения дерматовенерологического профиля ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ», объединившего потенциал всех функционировавших в столице кожно-венерологических диспансеров.



**Николай ПОТЕКАЕВ,** главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, директор ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»

К концу 2010 года в городе осуществляли однотипную деятельность 24 кожно-венерологических диспансера с самостоятельными аппаратами управления в виде администрации (главный врач, заместитель главного врача по медицинской части, главная медсестра, главный бухгалтер, заместитель главного врача по экономическим вопросам, кадровый сотрудник и др.). В некоторых КВД часть финансово-экономических функций выполняли окружные Управления здравоохранения.

Наряду с неудовлетворительным состоянием материально-технической базы большинства КВД отмечалось несоответствие качества медицинской помощи реалиям и требованиям времени. Многие учреждения располагались в помещениях, требующих ремонта, не были снабжены современной диагностической и лечебной аппаратурой, лабораторной техникой.

Значительная часть ресурсов расходовалась не на оказание медицинской помощи населению, а на содержание административного аппарата. Лицензия на оказание платных медицинских услуг отсутствовала у половины КВД.

Участие сотрудников КВД города Москвы в научной, исследовательской и образовательной деятельности было минимальным. Несмотря на многочисленность клинических подразделений, силами КВД практически не проводилась работа по оценке эффективности и безопасности новых лекарственных средств (аккредитацию на этот вид деятельности имели лишь 2 из 24 КВД). В городе отсутствовали утвержденные протоколы ведения больных кожными заболеваниями и ИППП.

Необходимость проведения масштабных организационно-структурных реформ была очевидной.

### **Реорганизация службы**

В июне 2011 года по инициативе Департамента здравоохранения города Москвы КВКД № 1 был переименован в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (МНПЦДК), а в августе началась масштабная реструктуризация и централизация дерматовенерологической службы города Москвы. В результате такого объединения сформировалось самое крупное в Европе учреждение дерматовенерологического профиля.

В рамках реализации плана по созданию и развитию новой структуры — МНПЦДК началась работа по эффективному использованию кадрового потенциала, в первую очередь административного. Вследствие ликвидации юридических лиц КВД и преобразования их в филиалы центра было сокращено почти 75% руководящих должностей.

Реорганизация управляющего и административного звена привела к тому, что уменьшилось количество управленческих связей, что благоприятно сказалось на скорости принятия управленческих решений и на управляемости системы в целом. Реорганизация дерматовенерологической службы позволила сосредоточить в МНПЦДК лучшие кадры, а за счет оптимизации руководящего и административного звена удалось сократить часть накладных расходов. На сегодняшний день центр в соответствии с Уставом представляет собой головное специализированное учреждение дерматовенерологической службы, сочетающее в своем формате научную, лечебную, образовательную и организационно-методическую деятельность.

С точки зрения структурной организации МНПЦДК представляет собой учреждение с центральным аппаратом управления и разветвленной сетью филиалов (клиник) во всех административных округах Москвы.

Рациональное использование высвободившихся после административной реформы площадей в центре и его филиалах дало возможность расширить спектр предоставляемых услуг. В этой связи насущным стал вопрос о повышении квалификации и специализации врачей по «узким» направлениям дерматовенерологии, микологии и обучению косметологии. Активное взаимодействие с кафедрами, участие в стажировках, в том числе зарубежных, а также создание собственного учебного отдела МНПЦДК (в соответствии с полученной в 2012 году лицензией на образовательную деятельность) позволили качественно повысить профессиональный уровень кадрового состава учреждения.

### **Модернизация лечебно-диагностической деятельности**

В рамках оптимизации коечного фонда и в целях развития стационарзамещающих форм медицинской помощи в течение первых полутора лет в амбулаторно-поликлиническом секторе МНПЦДК были открыты новые лечебно-диагностические подразделения.

Помимо расширения спектра предоставляемых медицинских услуг, идеология развития МНПЦДК подразумевает «профилизацию» его филиалов. Она заключается в том, что каждый из бывших КВД (ныне филиал), помимо оказания помощи населению по профилю дерматовенерология, микология и косметология, имеет в своем составе подразделение, занимающееся решением какой-либо определенной медицинской проблемы с участием наиболее авторитетных профессионалов в данной области. Так, на базе филиала «Бабушкинский» начал действовать Городской центр вирусной



Филиал «Клиника им. В.Г. Короленко»

патологии кожи. Пример создания центра вирусной патологии кожи убедительно показал, как можно рационально и целенаправленно использовать ресурсы специалистов МНПЦДК для решения вопроса ведения сложных клинических случаев вирусных заболеваний кожи и слизистых оболочек.

Проведена работа по созданию центра иммунологии и аллергологии в филиале «Черемушкинский». В стационаре филиала «Вешняковский» сформированы палаты по лечению больных лимфомами, пузырчаткой и трофическими язвами. Открыт Центр детской дерматологии на улице Бочкова. К слову, это был первый в России опыт адресной поддержки данной категории больных детей со стороны государства. Реструктуризация службы продолжилась и в 2015 году. Так, 1 сентября 2015 года произошло слияние двух крупных филиалов МНПЦДК: «Вешняковский» и «Клиника



Филиал «Коломенский» МНПЦДК – детская клиника

им. В.Г. Короленко» на базе филиала «Вешняковский», который 01.12.2015 г. был переименован в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» (Приказ ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» № 775 от 06.11.2015 г. «О переименовании филиала «Вешняковский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»).

Вновь образованный филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» включает лечебно-профилактические и другие подразделения, в том числе: городской центр по снятию с учета пациентов, больных

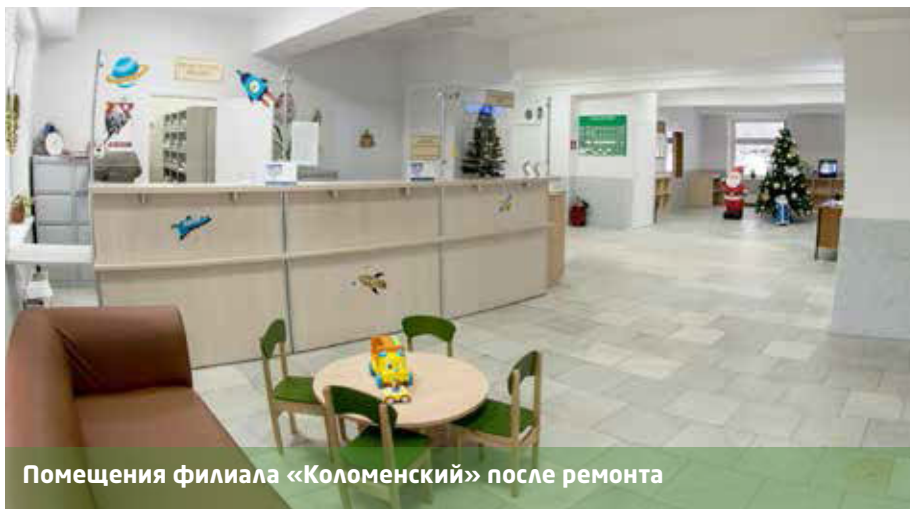
сифилисом; 1-е и 2-е дерматовенерологические отделения поликлиники, клинко-диагностическую лабораторию; пункт по госпитализации больных в кожно-венерологические стационары города Москвы; приемное отделение; 1-е (70 коек), 2-е (60 коек) и 3-е (60 коек) дерматовенерологические отделения стационара; дневное отделение стационара (30 коек), кабинеты и отделения функциональной диагностики и др.

1 декабря 2015 года приказом директора МНПЦДК от 06.11.2015 г. № 774 «О создании обособленного структурного подразделения — филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» был создан Филиал «Коломенский» — детская клиника.

Филиал стал правопреемником детского дерматовенерологического подразделения (суточный стационар) Клиники им. В.Г. Короленко и консультативно-диагностического амбулаторного Центра детской дерматологии и косметологии (ул. Бочкова, 4А). Филиал включает приемное отделение, суточный (на 45 коек) и дневной (на 20 коек) стационары, клинко-диагностический центр и ряд вспомогательных подразделений. В здании филиала произведен ремонт в соответствии с СанПиН 2.1.3.2630-10.

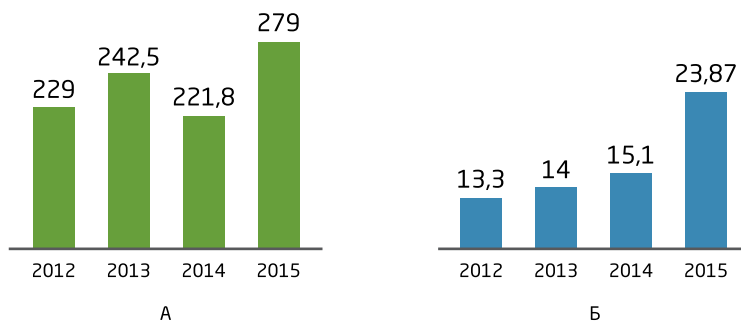
Взаимодействие филиала «Коломенский», детских поликлиник г. Москвы и других филиалов МНПЦДК, объединение всех этапов лечения дерматовенерологической помощи позволили повысить доступность и качество оказания медицинской помощи детям.

В настоящее время МНПЦДК включает 21 филиал, 2 отдела специализированной помощи (Отдел оказания специализированной помощи и Центральный отдел оказания специализированной помощи) и Многофункциональный медицинский центр трудовой миграции (является филиалом МНПЦДК с января 2016 года).



Помещения филиала «Коломенский» после ремонта

Рисунок. Среднее число дней работы койки (А) и показатель оборота койки (Б)





Многофункциональный медицинский центр трудовой миграции

Численность прикрепленного к МНПЦДК населения составляет 12 184 015 человек, в том числе: дети — 1 626 169, подростки — 223 683, взрослые — 10 334 163. Особо следует остановиться на работе по обеспечению изделиями медицинского назначения больных с диагнозом «врожденный буллезный эпидермолиз». На протяжении более трех лет — фактически с даты образования МНПЦДК, одним из приоритетных направлений его деятельности является работа с пациентами, страдающими врожденным буллезным эпидермолизом. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) — заболевание, связанное с врожденной аномалией (пороком развития) кожи и слизистых оболочек. Популяционная частота форм с легким течением заболевания составляет 2 случая на 100 тыс. населения, более тяжелых — 1 на 300 тыс. населения, что указывает на редкость данного дерматоза. В настоящее время в МНПЦДК состоят на диспансерном наблюдении 25 больных детей с различными формами заболевания и 14 взрослых пациентов старше 18 лет. Этиологическое и патогенетическое лечение ВБЭ отсутствует. Возможна только симптоматическая терапия для поддержания качества жизни больных за счет применения специализированных перевязочных средств и лекарственных препаратов. Начиная с 2013 года, впервые в отечественной дерматологии правительством Москвы была выделена государственная целевая субсидия на лечение детей с ВБЭ, которая составила: в период с октября 2013 по октябрь 2014 года — 19 000 000 рублей, в период с октября 2014 по октябрь 2015 года — 23 000 000 рублей; в период с октября 2015 по октябрь 2016 года — 19 200 000 рублей. Средства субсидии используются по целевому назначению — на них производятся закупки перевязочных материалов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения для самых уязвимых пациентов с ВБЭ — детей до 18 лет.

Продолжающаяся реструктуризация филиалов МНПЦДК (перевод части коек в дневные стационары и частичное сокращение числа дерматовенерологических коек) сыграла положительную роль в повышении эффективности использования коечного фонда. В 2015 году в суточных стационарах МНПЦДК было пролечено

6093 человека; при этом дерматовенерологическая койка в 2015 году работала 279 дней в году, что превысило данные 2012 года на 22%. Увеличился и оборот койки: в 2015 году на одной койке был пролечено 23,87 пациента, в то время как в 2012 — 13,3 (см. рисунок).

Важным этапом развития МНПЦДК и улучшения оказания специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» трудовым мигрантам на территории города Москвы стало создание на базе МНПЦДК государственного бюджетного учреждения города Москвы Многофункционального миграционного центра. В соответствии с распоряжением правительства Москвы от 10.11.2014 № 629-РП «О создании государственного бюджетного учреждения города Москвы «Многофункциональный миграционный центр» в Трицком административном округе города Москвы (сельское поселение Вороновское, вблизи деревни Сахарово) с января 2015 г. начал функционировать Многофункциональный медицинский центр трудовой миграции (далее — ММЦ ТМ). В соответствии с приказом № 50 ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» от 18 января 2016 года «О создании обособленного структурного подразделения — Филиала «Многофункциональный медицинский центр трудовой миграции» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» данное подразделение было включено в состав МНПЦДК.

Площадь центра составляет 12 670 м<sup>2</sup> и может обслуживать до 7500 человек в день. Филиал оснащен новейшим медицинским и инженерным оборудованием отечественного производства, включая 17 малодозовых флюорографических аппаратов. В отдельно стоящем здании создана современная клиничко-иммунологическая лаборатория, позволяющая в оперативном режиме проводить исследование биоматериалов и существенно сократить время по оформлению медицинских документов. Центр включает «Зону медицины» и «Зону тестирования». В 175 кабинетах «Зоны медицины» проводится медицинское освидетельствование иностранных граждан, прибывающих в г. Москву, на наличие/отсутствие инфекций (туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция, лепра), представляющих опасность для окружающих. Ежедневно осуществляется обследование не менее 300–420 человек в день. Все рабочие места врачей и среднего медицинского персонала подключены к медицинской информационной системе ЕМИАС ММЦ, специально разработанной для филиала ММЦ ТМ, что позволяет вести электронную историю болезни пациента, оперативный ввод и передачу данных для всех подразделений ММЦ ТМ, задействованных в оформлении патента. В случае выявления патологии осуществляется оперативная передача данных в управление Роспотребнадзора по г. Москве и профильным структурным подразделениям Департамента здравоохранения г. Москвы посредством закрытой информационной системы ОРУИБ.

В «Зоне тестирования», включающей 14 аудиторий на 455 рабочих мест, осуществляется проверка иностранных граждан на владение русским языком, знание истории России и основ законодательства РФ. В Центре иностранные граждане получают полис добровольного медицинского страхования, производится официальное оформление патента на работу сотрудниками Управления Федеральной миграционной службы.

### **Централизация лабораторной службы**

Как известно, централизация лабораторной службы — один из способов повышения эффективности здравоохранения в целом. Суть ее заключается в концентрации исследований в крупных, хорошо оснащенных лабораториях, в которые будут транспортироваться биоматериалы, полученные в более мелких лабораториях собственной организации или других МО. В итоге достигается результат в виде повышения доступности новых видов диагностики, тестов и методик и оптимизации финансирования лабораторий.

С учетом вышеуказанных постулатов администрацией МНПЦДК разработана концепция поэтапной централизации лабораторной службы с двухуровневой системой работы.

Концепция централизации включает образование 4-х крупных лабораторных комплексов, включающих центральный лабораторный корпус и крупные специализированные лаборатории в 3-х филиалах.

Факт создания в МНПЦДК собственной уникальной лаборатории патоморфологии кожи, отсутствующей ранее в системе городской лабораторной службы, свидетельствует о приобретении центром статуса медицинского учреждения высокого уровня диагностики и нозологической верификации дерматозов. Лаборатория патоморфологии кожи оснащена новейшим оборудованием, позволяющим проводить 150 гистологических исследований в день. При этом виды исследований включают как рутинные методы, так и иммуногистохимические, в том числе для диагностики опухолей кожи и буллезных дерматозов.

Только за 2015 год лабораторной службой МНПЦДК проведено 8 730 331 лабораторное исследование, из них: для собственных нужд подразделений МНПЦДК — 2 247 495, для ЛПУ г. Москвы — 5 292 196. Скрининговых исследований на гепатиты произведено 1 999 451, на ВИЧ-инфекцию — 1 180 934. Исследований на сифилис проведено 3 202 633, в том числе серологических исследований ликвора на сифилис — 5021.

### **Контроль качества медицинской помощи**

Особое внимание в лечебной работе МНПЦДК уделено внутреннему контролю качества медицинской помощи как основному индикатору работы медицинской организации. Целью контроля является обеспечение права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества, обеспечение ее безопасности и

#### **Централизованная лаборатория (ЦКДЛ) МНПЦДК включает:**

- центральный лабораторный отдел, который располагается в филиале «Коломенский» и занимает площадь 750 м<sup>2</sup>. Отдел осуществляет ПЦР-диагностику ИППП, биохимические, иммунологические, гематологические исследования; лабораторные исследования на наличие аутоиммунных заболеваний;
- бактериологическую лабораторию ЦКДЛ, которая выполняет культуральную диагностику (ИППП, исследования на условно-патогенную флору, микологические исследования);
- уникальную, оснащенную современным оборудованием лабораторию патоморфологии кожи ЦКДЛ, которая осуществляет дифференциальную диагностику опухолей, определение злокачественного потенциала некоторых опухолевых образований, занимается определением чувствительности опухолей к таргетным препаратам;
- клинко-иммунологическую лабораторию по диагностике ВИЧ-инфекции, которая является окружной и выполняет огромную долю лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С для ЛПУ г. Москвы;
- городскую централизованную верификационную серологическую лабораторию РИБТ и РИФ (создана в соответствии с приказом № 899 ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» от 23.12.2015 г. «О создании обособленного подразделения «Городская централизованная верификационная серологическая лаборатория (РИБТ и РИФ) ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ»», имеющую в своем составе виварий. Лаборатория является уникальной для подтверждения сложных случаев сифилиса.

## **Перспективы развития дерматовенерологической службы в г. Москве на ближайшие годы включают:**

- обеспечение филиалов МНПЦДК единой информационной системой для персонифицированного учета посещений, обработки статистических талонов амбулаторного пациента, программами по формированию годовых форм статистической отчетности;
- развитие центров профессиональной компетенции на базе наиболее продвинутых филиалов МНПЦДК: Центра профессиональной трихологии, Центра детской аллергологии, Центра дерматоонкологии, Центра здоровой кожи на основе комплексной диагностики check-up и других;
- внедрение новых и усовершенствованных лабораторных тестов на сифилис;
- развитие многопараметрических методов исследования и постгеномных технологий;
- разработку и внедрение в учебный процесс перспективных технологий непрерывного обучения медицинских кадров;
- междисциплинарное взаимодействие в области оказания медицинской помощи больным с дерматологическими заболеваниями;
- обучение молодых ученых и врачей в зарубежных образовательных и научных учреждениях в виде стажировок.

соответствия стандартам. В центре разработана модель системы оценки качества и безопасности оказания медицинской помощи по дерматовенерологии, основанная на критериях и показателях качества, характеризующих своевременность, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании дерматовенерологической помощи.

Качественное лекарственное обеспечение имеет огромное значение для сохранения здоровья населения. Льготное лекарственное обеспечение — одна из самых сложных и трудоемких проблем на сегодняшний день. Объединение всех кожно-венерологических диспансеров позволило проводить совокупный анализ обеспечения лекарственными препаратами льготных категорий граждан по филиалам и расходованию денежных средств. В центре сформирован и поддерживается в актуальном состоянии регистр населения, имеющего право на получение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно или со скидкой. Работает система лекарственного обеспечения льготных категорий населения, предусматривающая адресность и персонифицированность лекарственной помощи.

### **Научная и образовательная деятельность**

По своему кадровому составу МНПЦДК является не только крупным центром практического здравоохранения города Москвы, оказывающим специализированную медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», но также научным и образовательным центром, обладающим мощным интеллектуальным потенциалом. На сегодняшний день в составе сотрудников МНПЦДК — 1 член-корр. РАН, 17 докторов медицинских наук, в том числе 15 профессоров, 90 кандидатов медицинских наук. В настоящее время сотрудники МНПЦДК выполняют 5 научных тем в рамках комплексной целевой научной программы «Разработка современных методов



диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем, среди взрослого и детского населения города Москвы» на 2014–2016 годы, утвержденной Департаментом здравоохранения города Москвы. Научная тематика МНПЦДК посвящена разработке и совершенствованию методов ранней диагностики, лечения и профилактики: вирусных заболеваний кожи и слизистых оболочек; инфекционных и паразитарных заболеваний кожи, в том числе передаваемых половым путем; распространенных дерматозов; генетически детерминированных и аутоиммунных заболеваний; изучению современных биоматериалов и методов физико-химического воздействия при врожденной и приобретенной патологии со стороны покровного и многослойного плоского эпителия.

В центре сформированы ключевые научные отделы: научно-организационный, клинической дерматовенерологии и косметологии, лаборатория фундаментальных методов исследования, научная библиотека. Работает совет молодых ученых. В ученый совет МНПЦДК помимо его сотрудников входят представители всех медицинских вузов Москвы.

Сотрудники МНПЦДК активно публикуются за рубежом в ведущих международных научных журналах с высоким индексом цитируемости. Интегрируясь в международное научное сообщество и повышая престиж московского здравоохранения, ученые МНПЦДК выступают с докладами на международных конгрессах и конференциях, председательствуют на секциях, являются инициаторами и организаторами проведения международных научных форумов в нашей стране. Для получения опыта в центр едут врачи и ученые из стран СНГ.

МНПЦДК вовлечен в процесс непрерывного профессионального образования на всех его этапах: додипломном, послевузовском и дополнительном.

В МНПЦДК активно работает система непрерывного профессионального образования, находящая свое воплощение в обучении специалистов в соответствии с программами дополнительного профессионального образования, организации научно-практических школ-семинаров для специалистов и образовательном проекте «Академия дерматологии».

В рамках реализации основных образовательных программ высшего образования в 2015 году осуществлялась подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «дерматовенерология» (18 человек) и подготовка научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению «Клиническая медицина» (10 человек). За 2015 год под руководством главного внештатного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, профессора Н.Н. Потеева — председателя экспертной группы аттестационной комиссии по специальностям «дерматовенерология», «клиническая микология» — были аттестованы 88 врачей, 59 из которых получили или подтвердили высшую квалификационную категорию, 20 — первую и 9 — вторую.

В 2015 году в МНПЦДК прошли обучение 2600 человек из Москвы и регионов РФ, в том числе: 1095 врачей-специалистов — на постоянно действующем научном семинаре дерматовенерологов и специалистов смежных дисциплин, 1478 специалистов — на научно-практических конференциях и круглых столах, в рамках «Академии практической дерматологии». По своему кадровому, научному, методическому и материально-техническому потенциалу Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы прочно занял место ведущего специализированного учреждения страны. А проводимые преобразования направлены на переориентацию дерматовенерологической службы с экстенсивного пути развития на повышение эффективности медицинской помощи, достижение более высоких конечных результатов.

# ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МОСКВЫ: ЕСТЬ ЧЕМ ГОРДИТЬСЯ

Современная медицина не может не вызывать восхищения: революционные открытия, новейшие препараты и технологии, сенсационные операции. Сфера медицинской радиологии — не исключение. За последние несколько лет появилось немало новшеств, позволивших не только усовершенствовать диагностический процесс, но и вывести превентивную медицину на новый уровень.

## Революция в диагностике

«Тяжелую болезнь вначале легко вылечить, но трудно распознать, когда же она усилилась, ее легко распознать, но уже трудно вылечить», — высказывание итальянского мыслителя Никколо Макиавелли по-прежнему остается актуальным. Именно поэтому одной из главных задач современной медицины считается раннее выявление заболеваний, что неосуществимо без доступной и качественной лучевой диагностики.

В онкологии вопрос диагностики на раннем этапе болезни стоит особенно остро: как известно, раковые заболевания представляют угрозу жизни человека лишь на последних стадиях развития, что касается начальных форм недуга — в этом случае современная медицина успешно справляется и одерживает победу над онкозаболеваниями. Проблема состоит в том, что чаще всего врач оказывается лицом к лицу с уже запущенным заболеванием, что напрямую влияет на статистику смертельных случаев от диагноза «рак» и качество жизни пациентов.

Однако за последние пять лет ситуация значительно изменилась в лучшую сторону. Еще недавно москвичам приходилось не один месяц дожидаться своей очереди, чтобы пройти плановое обследование, а многие технологии были доступны только в специализированных или платных учреждениях. Сегодня все иначе: перед жителями столицы открыты широкие возможности для получения уникальных медицинских услуг благодаря оснащению современным оборудованием, доступным в рамках ОМС.

Так, сентябрь 2016 года отмечен открытием нового радиологического отделения, сформированного на базе московской больницы №5. Помимо традиционного



**Сергей МОРОЗОВ,**  
директор Научно-практического центра медицинской радиологии, главный внештатный специалист по лучевой диагностике Департамента здравоохранения города Москвы

## Показания к назначению ПЭТ/КТ



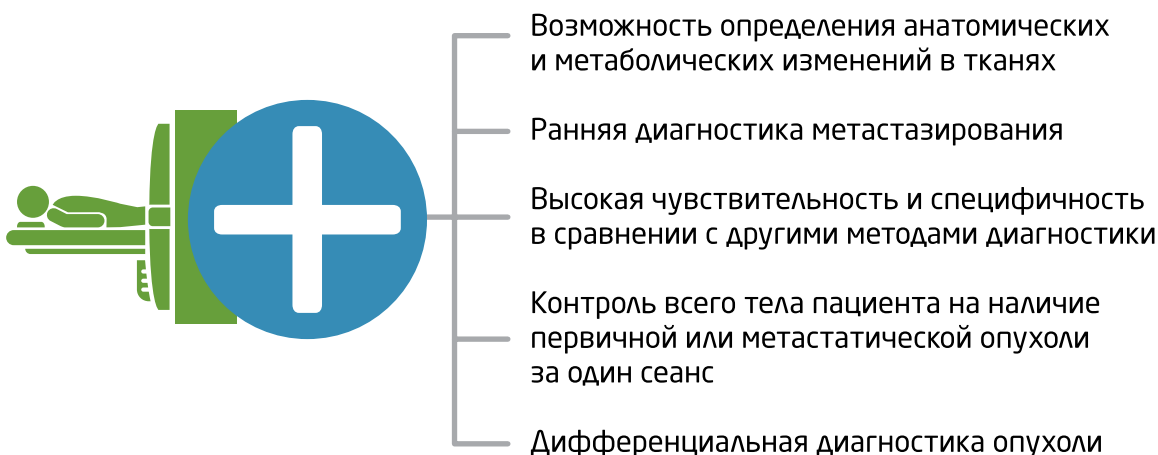
лечения онкологических больных, здесь появится лучевая и гамма-терапия, которая позволит оказывать современную помощь пациентам с онкозаболеваниями желудочно-кишечного тракта, молочной железы, опухолями головного мозга, центральной нервной системы и проч.

Чуть раньше, в марте 2016 года, московские пациенты получили доступ к еще одному виду современного исследования — позитронно-эмиссионная томография также стала доступна москвичам в рамках системы ОМС. Теперь жители города могут бесплатно пройти высокотехнологичную процедуру, которая по праву считается одним из наиболее информативных видов лучевой диагностики на сегодняшний день. Позитронно-эмиссионная томография, сокращенно ПЭТ/КТ, широко востребована в онкологии, кардиологии и других отраслях медицины, т.к. позволяет не только обнаружить скрытые метастазы злокачественных опухолей, но и с высокой точностью отслеживать эффективность применяемой терапии и в случае необходимости корректировать лечение. Примечательно, что радиационная нагрузка при этом не намного выше, чем при традиционной компьютерной томографии. В настоящее время в Москве функционируют 3 новых ПЭТ/КТ-центра.

— Позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией, хороша тем, что позволяет обнаружить патологию на самой ранней стадии

заболевания, — объясняет суть метода директор НПЦ медицинской радиологии, профессор Сергей Морозов. — В процессе диагностики врач получает трехмерное изображение, демонстрирующее как анатомические, так и метаболические изменения в тканях и органах. На сегодняшний день это наиболее информативный метод исследования, благодаря которому специалист может вносить корректировки в лечебный процесс, не дожидаясь окончания курса химиотерапии или приема лекарств.

## Преимущества применения ПЭТ/КТ в онкологии



## ПЭТ/КТ в определении стадии, распространенности и границ опухоли

### Компьютерная томография

определяет предполагаемую первичную опухоль

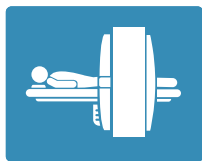
### ПЭТ подтверждает

злокачественность и выявляет добавочные метастазы

### ПЭТ/КТ дает точное определение

границ опухоли  
стадирования  
распространенности

ПЭТ/КТ — наиболее информативный метод для получения трехмерного изображения, в котором представлены и анатомические, и метаболические изменения в тканях и органах.



**В Москве бесплатное исследование можно пройти в трех комплексах позитронно-эмиссионной томографии, совмещенных с компьютерной томографией**

- 1** Городская клиническая больница имени Д. Плетнёва №57  
Улица 11-я Парковая
- 2** Городская онкологическая больница № 62  
Поликлиника больницы находится в Старопетровском проезде, а стационар – в пос. Истра
- 3** Центр радионуклидной диагностики Европейского медицинского центра  
Улица Щепкина



Направление на исследование можно получить в городской поликлинике (у врача-онколога и врача-гематолога)

**В ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева» ПЭТ/КТ выполнено более чем 800 больным**

Анализ **400** историй болезней показал, что в результате исследования:

**170**   пациентам план лечения был изменен в связи с полученными дополнительными сведениями


**76**   пациентам в связи с полной ремиссией имевшихся очагов проводимая химиотерапия была отменена

**94**   у 94 пациентов обнаружены опухолевые образования, которые ранее не были диагностированы, по поводу чего:



**32**  пациентам изменен план проводимого лечения – линия химиотерапии

**24**  пациентам начата химиотерапия по установленным при ПЭТ/КТ показаниям

**12**  пациентов после консультации радиолога направлены на лучевую терапию

**26**  пациентам продолжено только симптоматическое лечение

С момента появления бесплатных исследований ПЭТ/КТ прошли более 4 тысяч жителей столицы.

### **На цифровых носителях**

Не менее значимым достижением московской радиологии является запуск в 2015 году Единой радиологической информационной системы (ЕРИС), сделавшей возможным создание единого архива изображений и протоколов исследования.

— ЕРИС — уникальный проект, и это не преувеличение, — рассказывает Сергей Морозов. — В мире очень мало аналогичных проектов, а в России фактически таких проектов нет. Максимум существуют архивы, в которые попадают снимки. В случае ЕРИС ситуация совершенно иная: система предоставляет компьютерные рабочие места специалистам. В ЕРИС работает рентгенолог, когда описывает исследования, работает рентгенолаборант, когда вводит на аппарате необходимые данные, а также эксперт, который оценивает качество проведенного исследования. И в этой же системе существует информационно-аналитический блок, который демонстрирует всевозможные показатели по скорости работы, по производительности систем, по эффективности и качеству. Сравнительно недавно, 10–20 лет назад, до момента широкого распространения цифровых технологий, радиологический архив любой больницы представлял собой помещение, заполненное рентгенограммами сверху донизу. Отыскать среди них нужный снимок спустя несколько месяцев после исследования было непростой задачей, а иногда и вовсе невыполнимой, поэтому зачастую пациенты были вынуждены повторно подвергаться облучению, чтобы врач мог уточнить какие-либо медицинские данные.

С переходом на цифровые носители информации ситуация несколько упростилась: снимки начали хранить в электронном виде, а некоторые медицинские учреждения даже внедрили виртуальные архивы с системой поиска, однако единое хранилище по-прежнему отсутствовало. В конце концов стало ясно, что оборудования и специалистов становится все больше, а единые стандарты диагностики и применения оборудования отсутствуют.

Наконец было принято решение об объединении всех государственных учреждений, занимающихся лучевой диагностикой, в единую систему, которая бы позволила производить обмен снимками, получать консультации экспертов, а также обучаться универсальным стандартам работы. Так и возник Единый радиологический информационный сервис.

ЕРИС состоит из единого центра обработки данных и подключенных к нему диагностических приборов, расположенных в поликлиниках и стационарах Москвы. В настоящее время к системе подключены 137 магнитно-резонансных и компьютерных томографов. Снимки, сделанные в ходе обследований, автоматически сохраняются в архиве и могут быть повторно изучены не только врачом-диагностом, но и его коллегами из других медицинских учреждений, подключенных к ЕРИС, а также экспертами из Научно-практического центра медицинской радиологии, предоставляющими диагностическую помощь в виде «второго мнения».

Второе мнение — профессиональный взгляд на клинический случай и экспертное заключение, полученное от независимого врача. В ЕРИС эту роль выполняет специалист НПЦ медицинской радиологии, врач-рентгенолог с большим опытом работы, который по запросу изучает результаты исследования и может подтвердить или опровергнуть поставленный диагноз, скорректировать заключение врача-радиолога.



**ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В МОСКВЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ПРЕТЕРПЕЛА НЕ ТОЛЬКО КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ, НО И КАЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ВЫШЛА НА САМЫЙ СОВРЕМЕННЫЙ УРОВЕНЬ.**

Таким образом, внедрение системы ЕРИС привело к оптимизации работы радиологической службы Москвы и дало ощутимые результаты как для врачей, так и для пациентов. Так значительно снизилось время подготовки КТ- и МРТ-заключений: теперь пациенты могут узнать результаты исследования уже на следующий день. А ожидание очереди на компьютерную и магнитно-резонансную томографию теперь составляет не более 20 дней.

Что касается перехода с аналоговых рентгеновских снимков на цифровые, их преимуществ нельзя не отметить: такие снимки легко копируются и не теряются, а благодаря высокой скорости обработки цифровых изображений повышается пропускная способность рентгенкабинетов и сокращается время ожидания исследования. Кроме того, присутствует экономическая составляющая — цифровое изображение в 14 раз дешевле аналогового, т.к. проявочные материалы и пленки больше не требуются. В рамках развития системы ЕРИС планируется подключение всех компьютерных, магнитно-резонансных томографов и рентгеновских аппаратов, находящихся в поликлиниках и больницах Москвы, к сервису. Благодаря этому жители Москвы смогут отказаться от посещения платных медицинских центров и пройти необходимые исследования на базе государственных медицинских учреждений.

Более того, будет запущен проект по низкодозовому скринингу рака легких с помощью метода спиральной компьютерной томографии. Как показывает мировая практика, данное исследование позволяет диагностировать этот вид рака на ранних стадиях и показано всем курильщикам старше 50 лет.



**ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ЕРИС ПРИВЕЛО К ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МОСКВЫ И ДАЛО ОЩУТИМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАК ДЛЯ ВРАЧЕЙ, ТАК И ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ.**

подчеркивает Сергей Морозов. — ЕРИС — не просто еще один способ получения картинок и работы внутри специальности, это работа за пределами специальности, для того, чтобы реально увеличить продолжительность жизни пациентов, чтобы сделать более доступной лучевую диагностику, чтобы перенаправить потоки пациентов на правильные исследования.

ЕРИС позволяет отслеживать информацию о загруженности подключенных к системе томографов в режиме реального времени. Это помогает врачам столичных медучреждений регулировать потоки пациентов и перенаправлять их в наименее загруженные клиники, что в свою очередь снижает нагрузки на аппараты и напрямую влияет на эффективность их использования.

Таким образом, лучевая диагностика в Москве за последние годы претерпела не только количественные, но и качественные изменения и вышла на самый современный уровень. — Это системные изменения, изменения в лучевой диагностике, которые приводят к социальным эффектам, —

## **Преимущества использования ЕРИС для врачей и пациентов**

### *Для врачей:*

- Возможность получить оперативную консультацию эксперта в случае сложного диагностического случая. Таким образом снижается вероятность врачебных ошибок.
- Наличие централизованного архива снимков, что обеспечивает преемственность исследований и позволяет наблюдать за пациентом в динамике.
- Автоматизация рутинных действий и введение безбумажного документооборота.

### *Для пациентов:*

- Снижение лучевой нагрузки, т.к. нет необходимости проходить обследование повторно — все хранится в архиве.
- Нет необходимости приносить исследование на прием — врач может загрузить необходимые файлы непосредственно во время общения с пациентом.
- ЕРИС оснащен системой защиты информации, а значит, данные не будут утеряны или перепутаны.
- Благодаря мониторингу загруженности и перенаправлению пациентов попасть на исследование намного проще.



## Единый радиологический информационный сервис (ЕРИС)



### Преимущества ЕРИС

#### Эффективность

- Высокая скорость передачи данных
- Автоматическое аккумулирование статистических данных
- Возможность удаленной работы рентгенолога

#### Качество

- Ретроспективный анализ качества 10% исследований экспертами НПЦ МР
- Предоставление «второго мнения» экспертами НПЦ МР в режиме реального времени
- Контроль отделений, образовательной деятельности

#### Безопасность

- Высокая безопасность передачи данных
- Контроль за лучевой нагрузкой\*
- Контроль проведения контрастных исследований\*

\*В разработке

#### Результат

**Создание ситуационного центра  
Подключение всех стационаров в 2017 году**

# ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА МОСКВЫ: ПОД ЗНАКОМ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ

Работа по реформированию лабораторной службы Москвы началась в 2011 году. Основной тренд – централизация лабораторий

Централизация лабораторных исследований является приоритетным направлением реформирования лабораторной службы. Это означает создание крупных автоматизированных лабораторных комплексов, обслуживающих группу лечебно-профилактических учреждений и выполняющих широкий перечень лабораторных исследований. Внедрение принципов централизации лабораторных исследований позволяет увеличить производительность централизованных клинично-диагностических лабораторий (ЦКДЛ) и оптимизировать расходы на лабораторную диагностику, в частности, за счет применения более рациональных методов контроля и управления ресурсами, внедрения технологий управления качеством лабораторных исследований, автоматизации процесса проведения исследований.

На первом этапе реорганизации лабораторной службы проведено формирование одиннадцати окружных ЦКДЛ и пяти централизованных бактериологических лабораторий. В задачи ЦКДЛ входило выполнение гематологических, биохимических, иммуногематологических, гормональных и ряда других исследований для ЛПУ своего округа. Формирование ЦКДЛ осуществлялось на базе крупных многопрофильных стационаров, диагностических центров, амбулаторно-поликлинических центров (АПЦ) и поликлиник. Решение о формировании ЦКДЛ на базе того или иного ЛПУ принималось с учетом удобства доставки материала на данную базу из всех ЛПУ округа, наличия достаточного по количеству и соответствующих по качеству помещений, а также квалифицированного персонала. До переключения потоков материала из ЛПУ в соответствующие ЦКДЛ проведено их дооснащение необходимым оборудованием, обучение персонала, отработаны маршруты движения материала и особенности документооборота (заявки на исследования, бланки результатов исследований, регистрационные журналы и т.д.). На первом этапе централизации проведено переоснащение ЦКДЛ. Только в период с 2011-го по 2013 г. за счет средств Департамента здравоохранения города Москвы закуплены 1102 единицы нового оборудования. Кроме того, проведена



**Александр ЦИБИН,** главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике, заведующий отделом организации и контроля деятельности лабораторной службы ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Рисунок 1. Динамика количества лабораторных исследований, выполненных лабораторной службой Департамента здравоохранения города Москвы

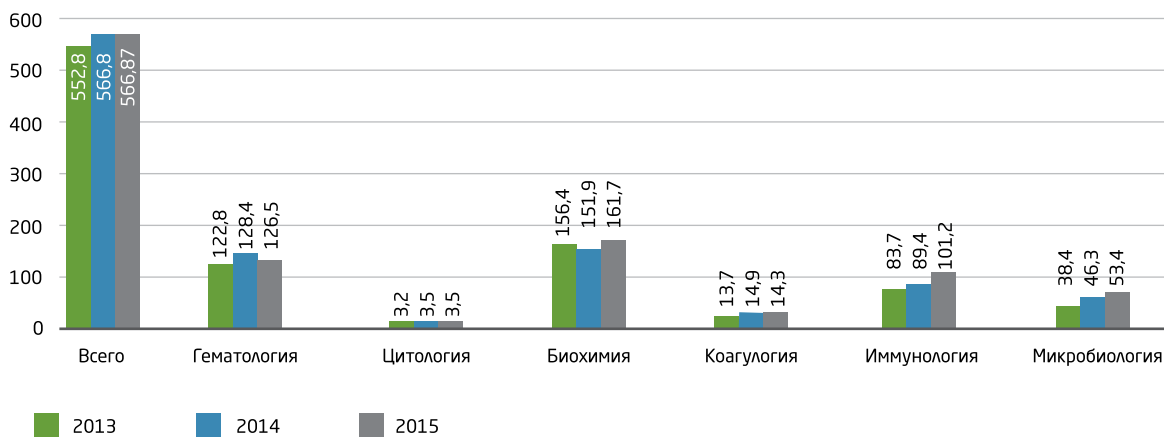


Рисунок 2. Динамика удельного количества исследований

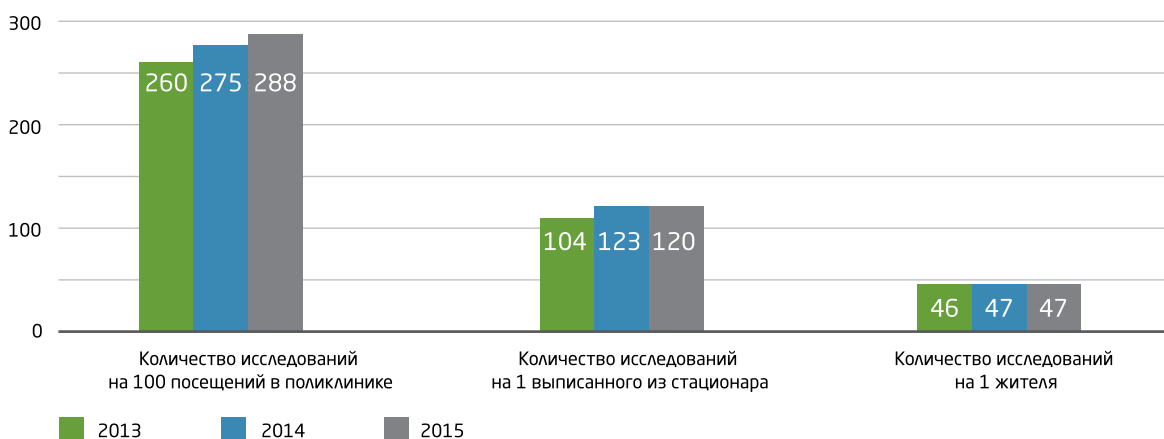
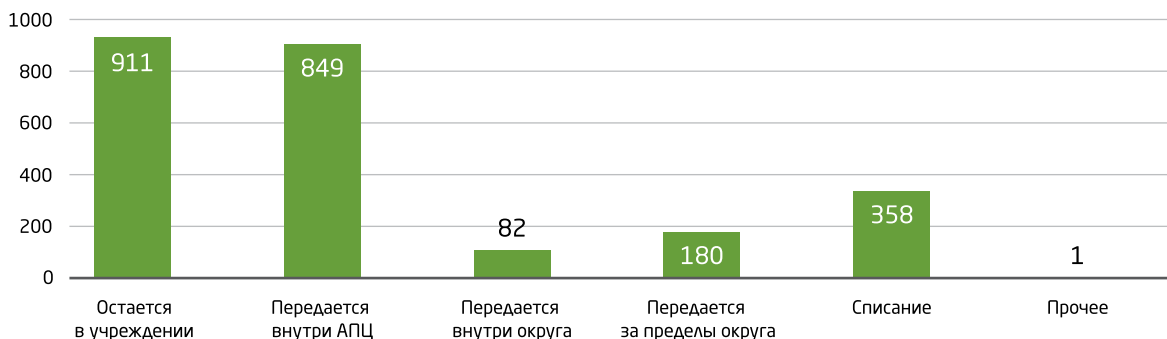


Рисунок 3. Перераспределение парка оборудования КДЛ ЛПУ Москвы



### Основные этапы оптимизации работы лабораторной службы города Москвы:

- 2011–2014 гг. — централизация в рамках программы модернизации;
- 2015–2016 гг. — реорганизация лабораторной службы амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения;
- 2016 год — оптимизация выполнения специализированных исследований;
- 2017–2018 гг. — оптимизация работы лабораторной службы стационаров.

концентрация (сбор на единой базе) оборудования мелких лабораторий, располагавшихся на базе нескольких ЛПУ округа, что позволило существенно увеличить нагрузку на аппаратуру и снизить себестоимость ее эксплуатации.

Второй этап реорганизации лабораторной службы Москвы начался после выхода приказа Департамента здравоохранения города Москвы №1051 от 12.12.2014 г. и ознаменовался созданием трехуровневой системы лабораторной службы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

В данном приказе сформулированы понятия и принципы формирования:

Клинико-диагностических лабораторий 1-го уровня с сетью пунктов приема биологического материала. Окружных ЦКДЛ 2-го уровня.

ЦКДЛ 3-го уровня.

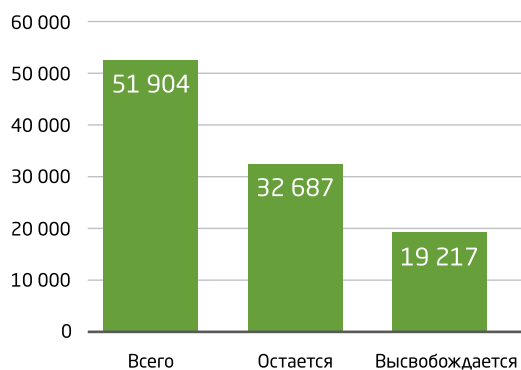
Приказом Департамента здравоохранения города Москвы №515 от 22.06.2015 г. утвержден перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, в которых организуются клинико-диагностические лаборатории (КДЛ) 1-го уровня (111) и пункты приема биологического материала (313), определены сроки начала их функционирования.

Таким образом, в 2014–2015 гг. в первичном звене амбулаторно-поликлинической сети сокращены малопроизводительные лаборатории. В части этих учреждений сформированы пункты приема биологического материала, а также дополнительно организованы пункты приема в ЛПУ, ранее не имевших лаборатории для повышения доступности лабораторных исследований пациентам. ЦКДЛ 2-го уровня сформированы на базе имеющихся окружных лабораторий и при необходимости образованы новые лабораторные подразделения. При формировании ЦКДЛ на базе какого-либо ЛПУ учитывалось наличие квалифицированного кадрового состава.

В ряде случаев произведен перевод наиболее квалифицированных сотрудников на работу в ЦКДЛ из других ЛПУ. В связи с этим удалось сохранить ведущих специалистов лабораторной службы Москвы.

С целью обеспечения высокого качества клинико-диагностических исследований регламентировано обязательное участие всех лабораторий в системе ФСВОК, централизованных лабораторий 2-го и 3-го уровней не менее чем в двух системах

Рисунок 4. Высвобождение площадей в ЛПУ, связанное с централизацией лабораторной службы



**Нормативная база реорганизации лабораторной службы:**

- Приказ Департамента здравоохранения города Москвы №752 от 19.08.2011 «Об обеспечении доступности лабораторных исследований для пациентов медицинских учреждений амбулаторно-поликлинической сети»;
- Приказ Департамента здравоохранения города Москвы №481 от 25.05.2012 «О мерах по дальнейшему совершенствованию проведения лабораторных исследований населению города Москвы»;
- Приказ Департамента здравоохранения города Москвы №565 от 21.06.2012 «О раскреплении административных округов Москвы между скрининговыми лабораториями диагностики ВИЧ-инфекции»;
- Приказ Департамента здравоохранения города Москвы №1351 от 31.12.2013 «Об утверждении Регламента назначения лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи»;
- Приказ Департамента здравоохранения города Москвы №405 от 22.04.2014 «О мерах по улучшению организации лабораторных исследований жителям города Москвы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

**Основные цели оптимизации работы лабораторной службы города Москвы:**

- улучшение обеспечения лечебно-диагностического процесса современной и качественной лабораторной диагностикой;
- повышение территориальной доступности услуги по приему биоматериалов у населения;
- повышение эффективности использования высокотехнологичного дорогостоящего оборудования, в т.ч. приобретенного по программе модернизации;
- повышение качества лабораторных исследований;
- оптимизация расходов на лабораторные исследования;
- оптимизация использования материально-технических ресурсов.

внешнего контроля качества. Поставлена задача сертификации централизованных лабораторий 2-го и 3-го уровней по ГОСТ Р ИСО 15189.

Программа централизации лабораторных исследований в Москве позволила создать трехуровневую систему лабораторной службы амбулаторно-поликлинического звена, переоснастить и укрепить приборную базу, сократить штатное расписание без качественных потерь кадрового состава лабораторной службы. В результате проводимых реформ значительно повысилась доступность лабораторных исследований для населения, включая дорогостоящие и высокотехнологичные.

*Подготовлено по материалам,  
опубликованным в журнале «Лабораторная служба», том 5, 4/2016.*

# МОСКОВСКАЯ «ИНФАРКТНАЯ СЕТЬ» ОПЫТ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Московская инфарктная сеть существует уже четвертый год. За это время удалось достичь поразительных результатов.



**ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВА,**  
главный внештатный  
специалист кардиолог  
Департамента здра-  
воохранения города  
Москвы

## Идеология выбора

Почему именно инфаркт миокарда? Ведь это всего лишь одно из множества кардиологических заболеваний? Дело в том, что инфаркт миокарда является одной из ведущих причин смертности во всем мире. Кроме того, даже переживший инфаркт миокарда пациент нередко оставался пожизненно инвалидом из-за тяжелой сердечной недостаточности. Именно поэтому модернизацию системы лечения пациентов кардиологического профиля начали с этого заболевания. Причиной наиболее грозного острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМнST) является полная окклюзия одной из основных коронарных артерий. В настоящее время ключевым моментом в лечении такого инфаркта миокарда является реперфузионная терапия, т.е. восстановление кровотока в окклюзированной коронарной артерии. Существуют два основных способа проведения реперфузионной терапии: тромболитическая терапия и первичное чрескожное коронарное вмешательство (пЧКВ). По данным целого ряда рандомизированных исследований, пЧКВ является наиболее эффективным методом реперфузии.



**АЛЕКСАНДР  
ШПЕКТОР,**  
заведующий кафед-  
рой кардиологии  
Московского медико-  
стоматологического  
университета имени  
А.И. Евдокимова

Согласно современным рекомендациям Европейского общества кардиологов, для наиболее эффективного оказания помощи больным с ОИМнСТ необходимо обязательное создание «инфарктной сети» в структуре организации медицинской помощи данного региона. Эта сеть представляет собой четко отлаженный скоординированный процесс взаимодействия между пациентом, службой «Скорой и неотложной медицинской помощи» и стационаром. Основной задачей такой «инфарктной сети» является максимально быстрое оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда, прежде всего за счет увеличения числа первичных ангиопластик.

К 2013 году столица была оснащена достаточным количеством ангиографических установок для того, чтобы обеспечить всех москвичей первичной высокотехнологичной медицинской помощью. В то же время большинство из них не работали в круглосуточном режиме и даже в стационаре нередко проводили сначала тромболитическое исследование. При таком подходе ангиопластика проводилась только в трети случаев. Заместителем мэра Москвы в правительстве Москвы по вопросам социального развития Л.М. Печатниковым была поставлена задача внедрения современных методов лечения острого инфаркта миокарда и повышения числа первичных чрескожных коронарных вмешательств до 80% и более, что, по предварительным оценкам, должно было привести к снижению летальности от ОИМнСТ не менее чем в два раза.

### На догоспитальном этапе

В организации работы «инфарктной сети» можно выделить несколько этапов.

Прежде всего были разработаны современные алгоритмы лечения больных с острым инфарктом миокарда, которые основывались на современных международных рекомендациях.

Крайне важным для нас было наладить постоянно действующий механизм взаимодействия с городской службой скорой помощи.

При возникновении боли в груди любой находящийся в Москве человек имеет возможность позвонить в службу

«Скорой и неотложной медицинской помощи» (СМП) по телефону «03» или «112» (с мобильного телефона).

Звонок принимает оператор круглосуточно работающей диспетчерской приема и передачи вызовов. При поступлении жалоб на боли в грудной клетке оператор проводит опрос пациента в соответствии с утвержденным алгоритмом. В зависимости от тяжести состояния и месторасположения пациента оператор выбирает бригаду СМП, которая отправится на данный вызов. Основной принцип выбора бригады — скорость доезда

до пациента. При наличии возможности к пациенту с болями в грудной клетке преимущественно отправляются врачебные бригады, а при развитии угрожающих жизни состояний (например, потеря сознания) — реанимационные бригады. Все бригады СМП укомплектованы электрокардиографами и дефибрилляторами.

Врач или фельдшер бригады скорой и неотложной медицинской помощи при подозрении на острый коронарный синдром максимально

быстро (в течение 10 минут) снимает электрокардиограмму (ЭКГ). Фельдшеры бригады скорой и неотложной медицинской помощи в обязательном порядке передают ЭКГ на дистанционный кардиопульт, где происходит ее оценка и расшифровка. При этом врачи СМП, в случае необходимости, имеют возможность проконсультироваться со специалистами кардиопульта.

В случае диагностики острого коронарного синдрома врач/фельдшер бригады СМП запрашивает место госпитализации в «отделе госпитализации». Выбор стационара проводится сотрудниками «отдела госпитализации», основываясь на онлайн информации о транспортной доступности, наличии свободных мест и работе ангиографической установки для проведения ЧКВ в близлежащих к пациенту стационарах. Одновременно с выдачей места госпитализации данные о пациенте передаются на систему «АС-стационар». «АС-стационар» представляет собой онлайн программу, в которой указываются номер наряда, Ф.И.О., возраст, диагноз пациента, которому выдано место госпитализации. В стационаре эта программа немедленно информирует врачей кардиореанимационного блока и ангиографической службы о пациенте с острым



**СОЗДАННАЯ В МОСКВЕ СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ  
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТВЕЧАЕТ  
ЛУЧШИМ МИРОВЫМ СТАНДАРТАМ, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ  
ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ ОБЩУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ  
ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И КОЛИЧЕСТВО ПОВТОРНЫХ  
ИНФАРКТОВ МИОКАРДА.**

коронарным синдромом, который в данный момент направляется на госпитализацию в этот стационар. Это позволяет еще до прибытия пациента подготовить рентгеноперационную к проведению ЧКВ.

На догоспитальном этапе врачи/фельдшеры бригад СМП, согласно «Алгоритмам оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы Скорой медицинской помощи города Москвы», проводят следующую терапию пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST):

- ацетилсалициловая кислота 250–350 мг внутрь,
- обезболивание дробным введением морфина (при болевом синдроме),
- тикагрелор 180 мг или клопидогрел 600 мг, в случае транспортировки для проведения пЧКВ,
- при невозможности в течение 90 минут госпитализировать пациента в стационар для проведения экстренного ЧКВ и давности от появления симптомов не более 3-х часов: тромболитическая терапия; клопидогрел 300 мг внутрь, больным старше 75 лет — 75мг; гепарин натрия 60 ЕД/кг внутривенно, не более 4 тыс. ЕД или эноксапарин 1 мг/кг подкожно.

Время доставки пациента с ОИМпST в стационар с возможностью проведения экстренного ЧКВ за редким исключением не должно превышать 60 минут.

## **В стационаре**

На стационарном этапе помощи пациент с ОИМпST поступает в специально выделенное помещение, располагающееся в непосредственной близости от рентгеноперационной, минуя как приемное отделение, так и отделение кардиореанимации. В этом помещении происходит быстрый опрос, забор крови, снятие ЭКГ параллельно с подготовкой к проведению экстренного ЧКВ.

Целевой промежуток времени от поступления пациента до открытия инфаркт-связанной коронарной артерии (время «дверь — баллон») — 60 минут. В некоторых больницах были специально перестроены въезды в приемный покой для того, чтобы больные с ОИМпST попадали сразу в рентгеноперационную. Это позволило уменьшить время «дверь — баллон» в среднем до 30 минут.

После проведения ЧКВ пациент переводится в кардиореанимационное отделение, где находится под постоянным мониторным наблюдением не менее суток.

Информация обо всех пациентах с ОИМпST ежедневно направляется в организационно-методический отдел по кардиологии г. Москвы.

Кроме того, ежемесячно суммируется и анализируется информация обо всех пациентах с ОИМ и проведенном им лечении.

В случае, если диагноз ОИМпST был поставлен в стационаре без возможности проведения ЧКВ, согласно существующим алгоритмам, пациент должен быть незамедлительно переведен в стационар с возможностью проведения ЧКВ. Единичные ошибки в диагностике на догоспитальном этапе, конечно, бывают, но от них не застрахован никто в мире.

Важной составной частью работы «инфарктной сети» является информирование населения об инфаркте миокарда и о способах его лечения. Особое внимание уделяется необходимости немедленного обращения за медицинской помощью при возникновении болей в груди. С этой целью изданы и распространены по медицинским учреждениям Москвы постеры, транслируются телевизионные ролики, проводятся лекции и семинары.

## **В сравнении с лидерами**

Впервые понятие «инфарктная сеть» начали использовать в Чехии в 2001 году. P. Widimsky с соавторами, проанализировав результаты крупных рандомизированных исследований Prague Study и Prague 2 Study, пришли к выводу о необходимости разработки четкой логистики оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда. И в 2001 году Общество кардиологов Чехии подготовило документ, в котором было описано поэтапное оказание помощи больным с заболеваниями сердца, в том числе острым инфарктом миокарда.

В дальнейшем «инфарктные сети» стали появляться в Голландии, Швеции, Дании, Австрии и Германии, а затем и практически во всех европейских странах. В 2012 году указание о необходимости создания «инфарктной сети» для наиболее эффективного оказания помощи больным с острым инфарктом миокарда было включено в рекомендации Европейского общества кардиологов. Особенности Москвы являются огромная территория (2511 кв.м.), численность населения, превышающая 13 млн, и сложная транспортно-дорожная обстановка.

В первый же год была отработана маршрутизация больных по скорой медицинской помощи. Так, в настоящее время любой пациент с подозрением на острый коронарный синдром доставляется в близлежащий стационар с возможностью проведения ЧКВ первой бригадой СМП, независимо от того, укомплектована бригада фельдшерами или врачами.

В состав «инфарктной сети» города в 2015 году вошел еще один стационар, где экстренное ЧКВ осуществляется круглосуточно (ГКБ №3 г. Зеленограда). Таким образом, число таких центров в городе достигло 24, что значительно повысило доступность экстренной помощи кардиологическим пациентам. Все центры работают 24 часа в сутки 7 дней в неделю.

С учетом численности населения города Москвы на один центр приходится приблизительно 650 000 человек. Этот



показатель значительно ниже, чем во многих европейских странах. Так, в Финляндии — 1 792 000 человек, в Латвии — 1 114 800 человек.

Благодаря скоординированной работе СМП и сотрудников стационара удалось в 2015 году повысить процент проводимых ЧКВ при ОИМ до 87%, что соответствует показателям стран-лидеров: Чехии, Германии, Словении и Швейцарии (92, 81, 86 и 81% соответственно).

Информация обо всех пациентах, госпитализированных с диагнозом острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, и проведенном лечении направляется стационарами в оргметодотдел по кардиологии ежедневно. Анализ поступающей информации позволяет быстро реагировать и координировать действия экстренных служб. Согласно данным скорой медицинской помощи, количество больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, госпитализированных в специализированные центры, увеличилось с 75,6% в 2013 году до 99% в 2015 году.

Среднее время от поступления больного в специализированный стационар до введения инструмента в инфаркт-связанную артерию (время дверь — баллон) уменьшилось с 50 минут в 4 квартале 2013 года до 35 минут в 3 квартале 2016 года (рис. 1), что соответствует мировым стандартам. Дальнейшее уменьшение этого времени является нецелесообразным и может привести к снижению качества оказания медицинской помощи.

Общее количество ЧКВ у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST увеличилось с 3067 в 2013 году до 7382 в 2015 году (прирост составил 140%) (рис. 2).

Процент больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, получивших этот наиболее эффективный способ лечения, возрос с 33,0% в 1 квартале 2013 года до 85,3% в 3 квартале 2016 года, что способствовало снижению госпитальной летальности за эти периоды с 16,1 до 7,78% (рис. 3).

Рисунок 1. Динамика времени «дверь — баллон»

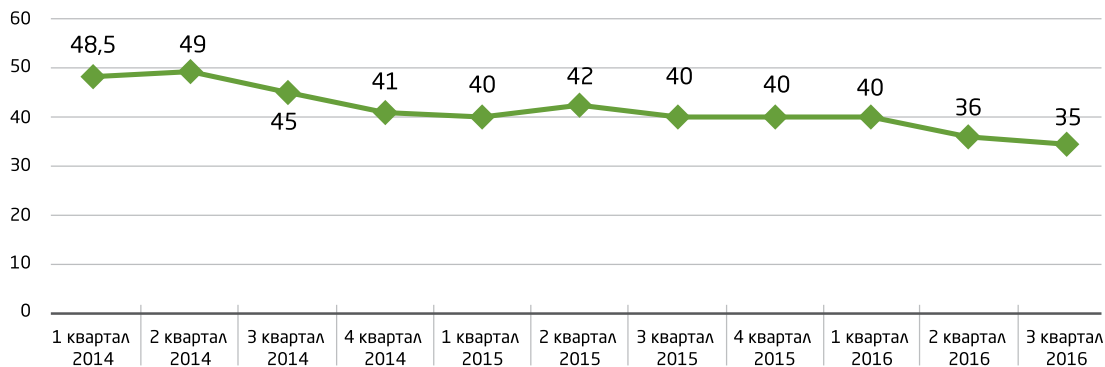


Рисунок 2. Количество выполненных ЧКВ больным ОИМпST в Москве в 2013–2016 гг.

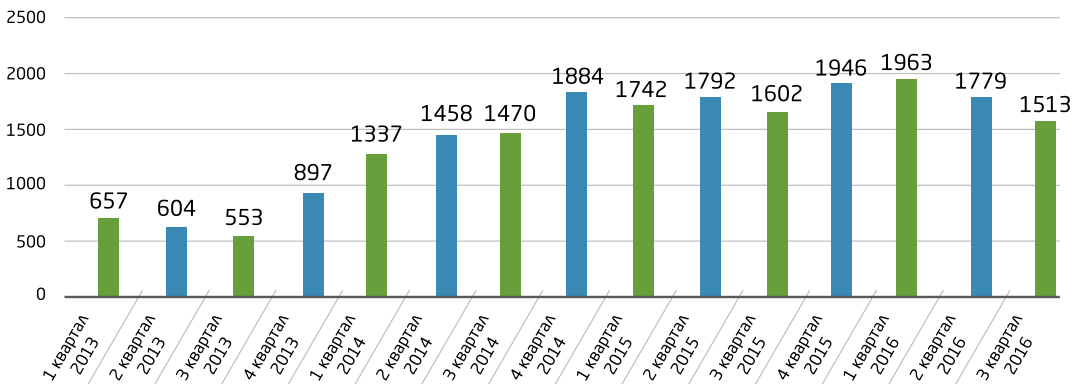
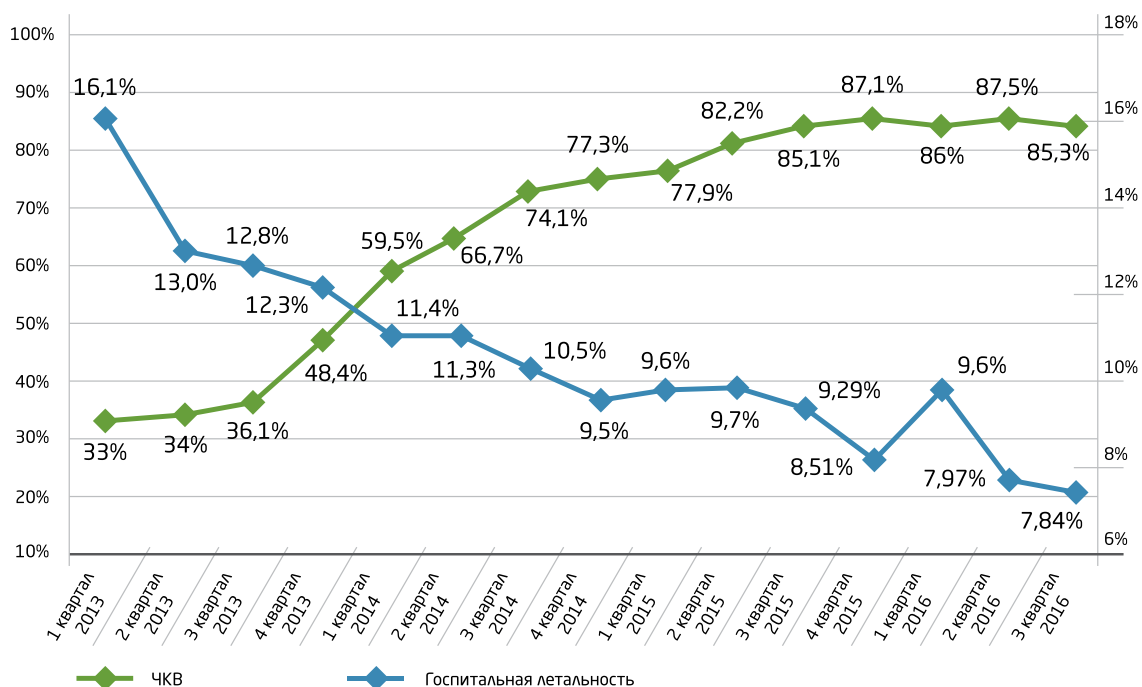


Рисунок 3. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST в Москве (2013–2016)



Уменьшение количества тромболитической терапии на догоспитальном этапе с 1797 в 2012 году до 293 в 2015 году (снижение на 84%) отражает переход на первичное чрескожное коронарное вмешательство как более эффективный способ реперфузии и соответствует общемировым тенденциям. За 9 месяцев 2016 года число пациентов, которым был проведен тромболитизис при остром инфаркте миокарда, составило 64.

Сохраняется необходимость госпитализации всех форм острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST по скорой помощи в центры с возможностью проведения ЧКВ в круглосуточном режиме. С сентября 2014 года количество пациентов с этим диагнозом, госпитализированных в специализированные центры, превысил 99,0%, что сохраняется и по настоящее время.

Процент больных с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST, которым было проведено ЧКВ увеличился с 11,0% в 1 квартале 2013 года до 47,1% в 3 квартале 2016 года, что способствовало снижению летальности среди этой группы пациентов с 10,8 до 6,0% соответственно (-37%).

### Факторы роста

Существуют ли перспективы для дальнейшего улучшения лечения пациентов с ОИМнST? Так как вопросы

логистики в основном решены, то ключевым фактором дальнейшего развития становится повышение квалификации медицинского персонала. В первую очередь это касается техники проведения эндоваскулярных вмешательств и ведения больных в острейшей фазе заболевания. Последнее особенно актуально, так как мы — единственная страна в Европе, где формально нет специализированных кардиореанимационных отделений! Странная ситуация, при которой больных с ОИМ могут лечить не кардиологи, получившие специальную подготовку, а анестезиологи-реаниматологи, не может не сказываться на качестве лечения.

Не менее важно и повышение «квалификации» населения. Поздний вызов скорой помощи резко снижает наши возможности помочь больному с ОИМ!

В дальнейших планах — развитие инфарктной сети и для больных с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST. Это менее опасный вид инфаркта, когда имеется лишь частичная окклюзия инфаркт-связанной артерии. Тем не менее чрескожное коронарное вмешательство согласно международным рекомендациям должно проводиться и этим пациентам, хотя и не в столь экстренном порядке, как при ОИМспST. При стабильном состоянии пациента его следует провести в течение 24 часов.

# ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В 2015 году высокотехнологичную медицинскую помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы получили 52 135 человек. Финансирование ВМП в 2016 году по сравнению с 2010 годом увеличилось в 5,5 раза.

В настоящее время перечень ВМП включает более 1500 видов (методов) ВМП.

В медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы более половины видов ВМП составляют операции по профилям: сердечно-сосудистая хирургия — 29%, травматология и ортопедия — 18%, онкология — 15%.

В 2016 году в базовую программу обязательного медицинского страхования дополнительно погружено 54 метода ВМП, общее количество методов ВМП составляет 513.

Кроме того, правительством Москвы в целях повышения доступности ВМП реализуются следующие шаги:

- увеличивается техническая оснащенность медицинских организаций;
- проводятся программы по повышению профессионального уровня врачей;
- правительством Москвы увеличено финансирование ВМП, прежде всего для обеспечения наиболее востребованных видов помощи (радиология, химиотерапия, 3D-моделирование и др.);
- вводится новый метод ВМП — Гамма-нож. Сегодня этот метод лечения доступен на безвозмездной основе для москвичей в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» (в 2016 году планируется оказать помощь 150 пациентам).

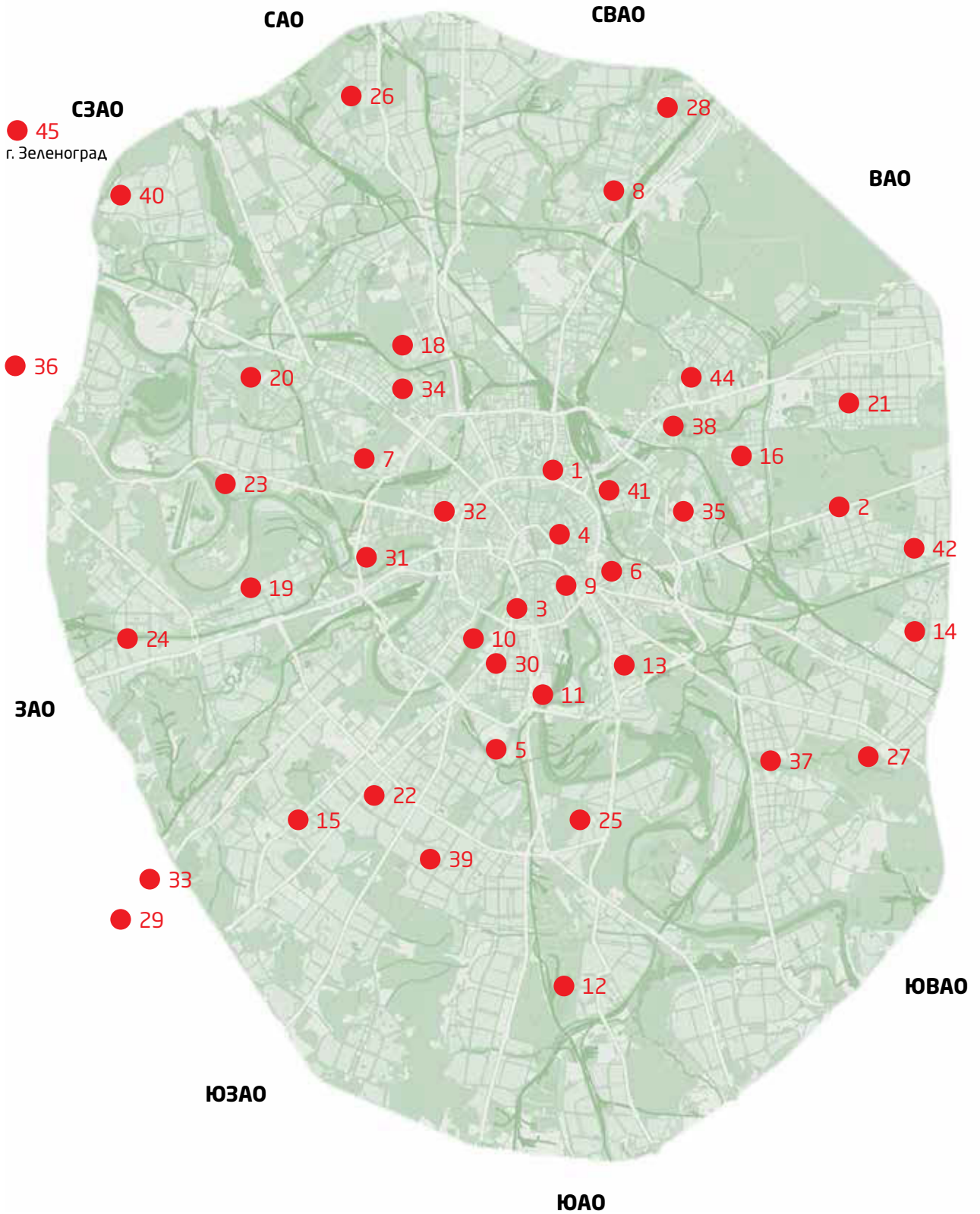
В медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы объемы ВМП (средства бюджета Москвы и софинансирование) за 5 лет возросли по всем профилям. В 2016 году в сравнении

с 2011 годом по профилям: ССХ в 2,5 раза, по онкологии в 28 раз, по травматологии-ортопедии в 1,9 раза (протезирование суставов на 51%), по нейрохирургии в 2,3 раза, (появился метод неинвазивного лечения опухолей головного мозга с использованием Гамма-ножа), по урологии в 12,1 раза, в т.ч. с использованием робототехники, по абдоминальной хирургии в 3 раза, в т.ч. робототехники, по комбустиологии в 6,2 раза, лор в 38 раз.

В 2016 году за счет средств бюджета ВМП оказывается по 17 профилям, более чем по 1000 видам (методикам) ВМП. Запланированный объем 25 339 случаев госпитализации. В том числе: по профилям «Сердечно-сосудистая хирургия» — 8134 (в 2015 — 5667), по «Травматологии и ортопедии» — 5091 (в 2015 — 3620), по «Онкологии» — 5579 (в 2015 — 963), по «Нейрохирургии» — 1454 (в 2015 — 1127).


На сегодняшний день большинство крупных многопрофильных и специализированных медицинских организаций здравоохранения города Москвы имеют лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, высокий уровень подготовки медицинских кадров, достаточный уровень материально-технических ресурсов и необходимый арсенал применяемых методик для оказания ВМП. В 2015 году в государственной системе здравоохранения города Москвы высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась в 39 городских стационарах.


Клиники Департамента здравоохранения города Москвы, оказывающие ВМП, на карте города




## 01 ДОСЬЕ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Большая Сухаревская пл., д. 3

 **Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- комбустиология
- нейрохирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- торакальная хирургия
- травматология и ортопедия
- трансплантация

 **Директор:**  
Хубутия Могли Шалвович


## 02 ДОСЬЕ

Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Шоссе Энтузиастов, д. 86


 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- онкология
- урология
- акушерство и гинекология
- гастроэнтерология
- ревматология
- эндокринология

 **Директор:**  
Хатьков Игорь Евгеньевич


## 03 ДОСЬЕ

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Большая Полянка, д. 22

 **Профили ВМП:**


- нейрохирургия
- травматология и ортопедия

 **Директор:**  
Митиш Валерий Афанасьевич


## 04 ДОСЬЕ

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Сверчков пер., д. 5


 **Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия


 **Директор:**  
Иоселиани Давид Георгиевич

## 05 ДОСЬЕ

Научно-исследовательский  
клинический институт  
оториноларингологии  
им. Л.И. Свержевского  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

 **Адрес:**  
Загородное шоссе, д. 18А, стр. 2

 **Профили ВМП:**  
• оториноларингология


 **Директор:**  
Крюков Андрей Иванович

## 06 ДОСЬЕ

Московский научно-практический  
центр медицинской реабилитации,  
восстановительной и спортивной  
медицины Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Земляной Вал, д. 53


 **Профили ВМП:**  
• травматология и ортопедия

 **Директор:**  
Разумов Александр Николаевич

## 07 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
имени С.П. Боткина Департамента  
здравоохранения города Москвы


 **Адрес:**  
2-й Боткинский проезд, д. 5


 **Профили ВМП:**  
• абдоминальная хирургия  
• акушерство и гинекология  
• нейрохирургия  
• онкология  
• офтальмология  
• сердечно-сосудистая хирургия  
• травматология и ортопедия  
• урология  
• челюстно-лицевая хирургия  
• ревматология  
• оториноларингология

 **Главный врач:**  
Шабунин Алексей Васильевич

## 08 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
имени А.К. Ерамишанцева  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Ленская, д. 15

 **Профили ВМП:**  
• абдоминальная хирургия  
• сердечно-сосудистая хирургия  
• травматология и ортопедия  
• урология  
• нейрохирургия

 **Главный врач:**  
Крапивин Андрей Александрович

## 09 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. И.В. Давыдовского  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



**Адрес:**

Яузская ул., д. 11



**Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия



**Главный врач:**

Хрупкин Валерий Иванович

## 10 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 1 им. Н.И. Пирогова Департа-  
мента здравоохранения города  
Москвы



**Адрес:**

Ленинский проспект, д. 8



**Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- оториноларингология
- офтальмология
- ревматология
- урология
- челюстно-лицевая хирургия



**Главный врач:**

Свет Алексей Викторович

## 11 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 4 Департамента здравоохра-  
нения города Москвы



**Адрес:**

ул. Павловская, д. 25



**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- ревматология



**Главный врач:**

Хрупалов Андрей Александрович

## 12 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. В.М. Буянова Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

ул. Бакинская, д. 26



**Профили ВМП:**

- нейрохирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- гастроэнтерология
- офтальмология
- ревматология
- урология





**Главный врач:**

Саликов Александр Викторович

## 13 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 13 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Велозаводская, д. 1/1

 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- эндокринология
- нейрохирургия
- неонатология
- офтальмология

 **Главный врач:**  
Аронов Леонид Семенович

## 14 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 15 им. О.М. Филатова  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Вешняковская, д. 23


 **Профили ВМП:**


- нейрохирургия
- офтальмология
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- неонатология
- ревматология

 **Главный врач:**  
Тюлькина Екатерина Евгеньевна

## 15 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 31 Департамента  
здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Лобачевского, д. 42

 **Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- травматология и ортопедия
- акушерство и гинекология
- урология

 **Главный врач:**  
Ефремова Наталья Михайловна

## 16 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 36 им. Ф.И. Иноземцева

 **Адрес:**  
ул. Фортунатовская, д. 1

 **Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- комбустиология
- нейрохирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- челюстно-лицевая хирургия
- урология

 **Главный врач:**  
Митичкин Александр Евгеньевич



## 17 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 40 Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

ул. Касаткина, д. 7



**Профили ВМП:**

- онкология
- абдоминальная хирургия



**Главный врач:**

Фатуев Олег Эдуардович

## 18 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. С. И. Спасокукоцкого  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



**Адрес:**

ул. Вучетича, д. 21



**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- онкология
- торакальная хирургия
- урология
- оториноларингология



**Главный врач:**

Торубаров Сергей Феликсович

## 19 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 51 Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

ул. Алябьева, д. 7/33



**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- сердечно-сосудистая хирургия
- урология



**Главный врач:**

Бражник Виктория Алексеевна

## 20 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 52 Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

ул. Пехотная, д. 3



**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- сердечно-сосудистая хирургия
- эндокринология
- гематология
- офтальмология
- оториноларингология
- ревматология
- урология



**Главный врач:**

Лысенко Марьяна Анатольевна

## 21 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. Д. Д. Плетнёва Департамента  
здравоохранения города Москвы



### Адрес:

11-я Парковая ул., д. 32



### Профили ВМП:

- акушерство и гинекология
- онкология
- сердечно-сосудистая хирургия
- урология
- абдоминальная хирургия



### Главный врач:

Назарова Ирина Александровна

## 22 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 64 Департамента  
здравоохранения города Москвы



### Адрес:

ул. Вавилова, д. 61



### Профили ВМП:

- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- урология



### Главный врач:

Шарапова Ольга Викторовна

## 23 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
№ 67 им. Л.А. Ворохобова  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



### Адрес:

ул. Саляма Адила, д. 2/44



### Профили ВМП:

- абдоминальная хирургия
- нейрохирургия
- травматология и ортопедия
- оториноларингология
- офтальмология
- сердечно-сосудистая хирургия
- урология
- эндокринология



### Главный врач:

Шкода Андрей Сергеевич

## 24 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. М.Е. Жадкевича  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



### Адрес:

Можайское шоссе, д. 14



### Профили ВМП:

- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- нейрохирургия



### Главный врач:

Мясников Александр Леонидович

## 25 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. С.С. Юдина Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

ул. Академика Миллионщикова, д. 1



**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- сердечно-сосудистая хирургия
- нейрохирургия
- неонатология
- травматология и ортопедия
- урология



**Главный врач:**

Косаченко Алина Георгиевна

## 26 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница  
им. В.В. Вересаева Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

ул. Лобненская, д. 10



**Профили ВМП:**

- нейрохирургия
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- абдоминальная хирургия
- эндокринология



**Главный врач:**

Верткина Наталия Викторовна

## 27 ДОСЬЕ

Госпиталь для ветеранов войн № 2  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



**Адрес:**

Волгоградский просп., д. 168



**Профили ВМП:**

- травматология и ортопедия



**Главный врач:**

Местергази Георгий Михайлович

## 28 ДОСЬЕ

Госпиталь для ветеранов войн № 3  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



**Адрес:**

ул. Стартовая, д. 4А



**Профили ВМП:**

- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия



**Главный врач:**

Румянцев Олег Николаевич

## 29 ДОСЬЕ

Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы Департамента здравоохранения города Москвы



### Адрес:

ул. Авиаторов, д. 38



### Профили ВМП:

- нейрохирургия
- онкология



### Главный врач:

Притыко Андрей Георгиевич

## 31 ДОСЬЕ

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы



### Адрес:

Шмитовский проезд, д. 29



### Профили ВМП:

- комбустиология
- нейрохирургия
- травматология и ортопедия
- урология
- оториноларингология



### Главный врач:

Корсунский Анатолий Александрович

## 30 ДОСЬЕ

Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы



### Адрес:

4-й Добрынинский пер., д. 1



### Профили ВМП:

- акушерство и гинекология
- нейрохирургия
- онкология
- оториноларингология
- педиатрия
- травматология и ортопедия
- урология
- абдоминальная хирургия
- гастроэнтерология
- неонатология
- офтальмология
- ревматология
- эндокринология



### Главный врач:

Колтунов Игорь Ефимович

## 32 ДОСЬЕ

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы



### Адрес:

ул. Садовая-Кудринская, д. 15



### Профили ВМП:

- детская хирургия в период новорожденности
- сердечно-сосудистая хирургия
- травматология и ортопедия
- неонатология
- педиатрия





### Главный врач:

Чубарова Антонина Игоревна

## 33 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Волынская, д.7

 **Профили ВМП:**


- акушерство и гинекология
- травматология и ортопедия

 **Главный врач:**  
Завьялов Борис Георгиевич

## 34 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Писцовая, д. 10

 **Профили ВМП:**


- абдоминальная хирургия
- онкология
- неонатология

 **Главный врач:**  
Родоман Григорий Владимирович

## 35 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Госпитальная пл., д. 2


 **Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- травматология и ортопедия
- сердечно-сосудистая хирургия
- урология

 **Главный врач:**  
Папышева Ольга Виуленовна

## 36 ДОСЬЕ

Московская городская онкологическая больница № 62 Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
МО, Красногорский район, п/о Степановское, п. Истра, д.27

 **Профили ВМП:**

- онкология

 **Главный врач:**  
Махсон Анатолий Нахимович

## 37 ДОСЬЕ

Городская клиническая  
больница № 68 Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

ул. Шкулева, д.4



**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- акушерство и гинекология
- нейрохирургия
- онкология
- травматология и ортопедия
- сердечно-сосудистая хирургия
- урология
- эндокринология



**Главный врач:**

Переходов Сергей Николаевич

## 38 ДОСЬЕ

Детская городская клиническая  
больница Святого Владимира  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



**Адрес:**

ул. Рубцовско-Дворцовая, 1/3



**Профили ВМП:**

- оториноларингология
- травматология и ортопедия



**Главный врач:**

Попов Владимир Васильевич

## 39 ДОСЬЕ

Центр планирования семьи и  
репродукции Департамента  
здравоохранения города Москвы



**Адрес:**

Севастопольский проспект, 24 «А»



**Профили ВМП:**

- акушерство и гинекология



**Главный врач:**

Олег Александрович Латышкевич

## 40 ДОСЬЕ

Детская городская клиническая  
больница им. З.А. Башляевой  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



**Адрес:**

ул. Героев-Панфиловцев, д. 28



**Профили ВМП:**

- абдоминальная хирургия
- гастроэнтерология
- нейрохирургия
- неонатология
- оториноларингология
- офтальмология
- педиатрия
- травматология и ортопедия
- урология
- эндокринология



**Главный врач:**

Исмаил Магомедович Османов

## 41 ДОСЬЕ

Онкологический клинический диспансер № 1 Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Бауманская, д.17/1


 **Профили ВМП:**  
• онкология

 **Главный врач:**  
Сдвижков Александр Михайлович

## 42 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница имени Е.О. Мухина Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
Федеративный пр-т, д. 17

 **Профили ВМП:**  
• акушерство и гинекология  
• неонатология  
• сердечно-сосудистая хирургия

 **Главный врач:**  
Предтеченская Анна Вячеславовна

## 43 ДОСЬЕ

Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
ул. Каховка, 37


 **Профили ВМП:**  
• Дерматовенерология

 **Главный врач:**  
Потекаев Николай Николаевич

## 44 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница имени братьев Бахрушиных Департамента здравоохранения города Москвы


 **Адрес:**  
ул. Стромынка, 7


 **Профили ВМП:**  
• абдоминальная хирургия  
• акушерство и гинекология  
• онкология  
• травматология и ортопедия  
• сердечно-сосудистая хирургия

 **Главный врач:**  
Гайнулин Шамиль Мухтарович

## 45 ДОСЬЕ

Городская клиническая больница № 3 Департамента здравоохранения города Москвы

 **Адрес:**  
г. Зеленоград, Каштановая аллея, д.2, стр.1

 **Профили ВМП:**  
• неонатология  
• онкология  
• травматология и ортопедия  
• сердечно-сосудистая хирургия

 **Главный врач:**  
Гриднев Олег Владимирович

# АТТЕСТАЦИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ

В практической деятельности решение стратегических задач, а вместе с ними проблем, потребностей, рисков, последствий, требует колоссальных знаний и умений в области управления всеми этими процессами и имеющимися ресурсами. Одним из направлений кадровой политики Департамента здравоохранения Москвы является развитие и совершенствование системы подготовки управленческих кадров.

## По решению комиссии

Традиционно повышение квалификации руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы осуществляется на циклах повышения квалификации по программе «Организация здравоохранения и общественное здоровье», которая включает общие вопросы управления организациями. Однако современный руководитель медицинской организации должен быть компетентен как в сфере управления здравоохранением, так и в вопросах менеджмента, маркетинга, финансов, экономики и юриспруденции. Потому при назначении на должность руководителя многие испытывают затруднение, осваивая новую для себя профессию, предполагающую знание принципов управления коллективом, стандартизацию и иные знания. Освоить данные компетенции, пройдя двухнедельный курс повышения квалификации, невозможно. Поэтому с 2013 года Департаментом здравоохранения Москвы совместно с Государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Московский городской университет управления Правительства Москвы» (далее — ГАОУ ВПО «МГУУ Правительства Москвы») начата аттестация руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на соответствие занимаемой должности.



**Татьяна  
МУХТАСАРОВА,**  
первый заместитель  
руководителя  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы



Аттестация предполагает:

- тестирование по оценке личностного и управленческого потенциала;
- собеседования.

Тестирование проводится по пяти направлениям:

- Государственная политика в сфере здравоохранения.
- Правовые основы управления.
- Финансово-экономические основы управления.
- Деловое администрирование.
- Современные технологии в здравоохранении.

Результатом аттестационных процедур является решение комиссии о соответствии должности «руководитель» или несоответствии должности «руководитель».

## Первый шаг

По результатам проведенной комплексной оценки руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы правительством Москвы и Департаментом здравоохранения города было принято решение об организации дополнительного обучения руководителей столичного здравоохранения по образовательной программе, которая направлена на получение знаний по вопросам менеджмента, маркетинга, финансов, экономики и юриспруденции в сфере государственного управления здравоохранением.

Первыми слушателями образовательных программ должны стать руководители, набравшие максимальное количество баллов по оценке личностных и управленческих компетенций.

Цели обучения:

1. Формирование единых представлений об идеологии, стратегии, системе целей и механизмах развития столичного здравоохранения.
2. Совершенствование профессиональных управленческих компетенций в области юриспруденции, менеджмента, маркетинга, финансов и экономики в сфере государственного управления здравоохранением.
3. Инновационное развитие государственной системы здравоохранения города Москвы.
4. Совершенствование профессионального мастерства управленческих кадров на примерах регионального и международного опытов.

Вначале это была небольшая отраслевая образовательная программа повышения квалификации по теме «Управление развитием здравоохранения Москвы», которая включала профессиональные модули, обучающие семинары, тренинги и образовательные кейсы (деловые ситуации и задачи) по темам: «Информационные технологии в здравоохранении», «Платные услуги как механизм развития медицинской организации», «Клиентоориентированность в медицине».

По этой программе уже прошли обучение более 500 руководителей и их заместителей.

## Специалист по управлению

Помимо этого, учитывая необходимость совершенствования общих управленческих навыков и обучения руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы основам менеджмента, экономики, правового регулирования деятельности медицинских организаций, с 2014 года Департаментом здравоохранения города Москвы совместно ГАОУ ВПО «МГУУ Правительства Москвы» начато обучение руководителей медицинских организаций по программе «Специалист по государственному и муниципальному управлению — Master of Public Administration (MPA)», специализация «Управление в здравоохранении». Занятия предполагают проведение



**СОВРЕМЕННЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ ДОЛЖЕН БЫТЬ КОМПЕТЕНТЕН КАК  
В СФЕРЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ, ТАК  
И В ВОПРОСАХ МЕНЕДЖМЕНТА, МАРКЕТИНГА,  
ФИНАНСОВ, ЭКОНОМИКИ И ЮРИСПРУДЕНЦИИ.**

деловых игр, мастер-классов, тренингов, круглых столов, основу которых составляет практика, занимающая около 70% времени, что позволяет максимально быстро увидеть результат и избежать ошибок при использовании полученных знаний и инструментов. Применяемые современные технологии записи аудиторных занятий позволяют слушателям знакомиться с учебными материалами дистанционно и сократить временные потери. В рамках программы:

- заместители руководителя Департамента здравоохранения Москвы, начальники управлений департамента участвуют в проведении открытых лекций, круглых столов и мастер-классов по актуальным вопросам развития московского здравоохранения;
- для проведения занятий привлекаются лучшие отечественные и международные эксперты и консультанты по развитию управленческих кадров;
- организованы стажировки в лучшие зарубежные клиники.

С учетом современных тенденций развития московского здравоохранения мы уделили большое внимание такой форме обучения, как зарубежные стажировки, сделав доступным освоение передового международного управленческого опыта в медицинских организациях государства Израиль, Федеративной Республики Германии, Швейцарской Конфедерации, Итальянской Республики, Республики Словения и Южной Кореи. Совместно с зарубежными коллегами были разработаны уникальные тренинг-программы, соответствующие потребностям московской системы здравоохранения. Программа МРА позволяет решить задачу повышения квалификации руководителей организаций государственной системы здравоохранения и повысить престиж руководителя за счет развития личной эффективности и продвижения команды.

## ПОДРОБНОСТИ

### Практические результаты

Результатом зарубежной стажировки руководителей стал ряд прогрессивных изменений в деятельности медицинских организаций:

- внедрена система менеджмента качества медицинской помощи;
- ведется вовлечение среднего медицинского персонала в активную работу с хроническими пациентами, расширяются их функциональные обязанности;
- используется принцип маршрутизации пациентов;
- появилась практика ведения пациентов на дому;
- соблюдаются условия непрерывности лечения и ухода за больными.

Кроме того, в медицинских организациях созданы Call-центры, ведется укрепление связи между пациентами и медицинскими организациями, введены в практику методики Time-out и управления рисками, осуществляется стандартизация деятельности медицинского персонала, разрабатываются внутренние алгоритмы при мультидисциплинарном подходе и в условиях массового поступления. Для оценки и повышения качества работы вовлекаются пациенты, применяется принцип «обратной связи». Согласно концепции непрерывного медицинского образования на регулярной основе проводятся тренинги сотрудников, тематические курсы повышения квалификации на рабочих местах и научно-практические мероприятия. Созданы локальные учебно-методические центры для непрерывного повышения квалификации медицинских сестер.

# РАСШИРЯЯ СОЗНАНИЕ

## СТАЖИРОВКИ ЗА ГРАНИЦЕЙ ПОМОГАЮТ МОСКОВСКИМ МЕДИКАМ НАЙТИ СВОЕ МЕСТО В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В процессе интенсивных профессиональных тренингов медицинские работники осваивают международные протоколы ведения пациентов, высокотехнологичные методы диагностики и лечения — получают все те знания, которые необходимы для достижения целей проходящих в здравоохранении столицы реформ.

Обширная география стран для стажировок:

- Медицинская организация «Хадасса» (Иерусалим, Израиль);
- Медицинский центр Рамат Авив (Тель-Авив, Израиль);
- Фонд развития инфраструктуры медицинских исследований и услуг в сфере здравоохранения медицинского центра «ШИБА» Тель-Авив, Израиль);
- Баварское государственное министерство окружающей среды и здравоохранения (ФРГ);
- Некоммерческая организацией Healthcare Belgium (Бельгия), представляющая собой конфедерацию бельгийских учреждений здравоохранения;
- Госпиталь Бундан Сеульского национального университета (Южная Корея);
- Ассоциация госпиталей «Город здоровья и науки» Турина (Италия);
- Университетский госпиталь г. Тюбингена (ФРГ);
- Детская больница принцессы Маргарет города Дармштадт (ФРГ).

Разработка программ повышения квалификации за рубежом осуществляется с учетом и теоретической, и практической составляющих. Так, например, главным внештатным специалистом по неонатологии Департамента здравоохранения Москва профессором Ириной Солдатовой совместно с европейскими коллегами разработана эффективная программа обучения. Врачи прослушали курс лекций ведущих европейских профессоров по неонатологии (проф. Кристан Поэтс, Университетский госпиталь Тюбингена, проф. Георг Фрай, Детская больница принцессы Маргарет в городе Дармштадт, проф. Паоло Манцони, Ассоциация госпиталей «Город здоровья и науки» Турина). Эти госпитали занимают лидирующие европейские позиции в области неонатологии. Для практической реализации знаний и опыта, полученного за рубежом, соблюдается командный принцип обучения — практический курс включает в себя подготовку не только врача, но и работающей с ним медицинской сестры. Программы обучения в Южной Корее особенно ценны для врачей хирургических специальностей. Достаточно



сказать, что мировой опыт лапароскопической резекции печени включает 2500 наблюдений, при этом 500 операций выполнено в Госпитале Бундан Сеульского национального университета. То же самое касается и хирургии желудка, где госпиталь занимает лидирующие позиции, имея опыт выполнения 600 лапароскопических резекций желудка и гастрэктомий (90% операций при раке желудка выполняется лапароскопическим способом). Программы обучения включают лекции и семинары по инновационным методам лечения, клинические разборы, life-surgery (наблюдение технических аспектов операций, выполняемых профессорами госпиталя), а также отработку мануальных навыков на тренажерах и в симуляционном центре, где каждый стажер под руководством корейских коллег осваивает высокотехнологичные операции.

При разработке программ обучения учитываются особенности развития московской государственной системы здравоохранения. В связи с необходимостью подготовки специалистов в области роботической хирургии

Департамент здравоохранения Москвы организовал тренинг-курс в Институте роботической хирургии OLV (ORSI, г. Гент, Бельгия). Программа обучения включает в себя теоретическую подготовку, принципы размещения роботизированного комплекса, наложения троакаров, использования инструментов, основы интракорпорального наложения швов и вязания узлов, хирургические аспекты этапов оперативных вмешательств. Первый этап освоения мануальных навыков — на симуляторах, второй — операция в ветлаборатории, выполняемая стажером под руководством бельгийских коллег. Немаловажно соблюдение командного принципа — одновременное обучение всей хирургической бригады (врачи, операционная медсестра).

Сразу после прохождения программы стажировки зарубежные кураторы проводят аттестацию медицинских работников с выдачей соответствующего сертификата.

Чтобы стать участником программы, специалист должен четко сформулировать цель обучения, чтобы



**МОЖНО С УВЕРЕННОСТЬЮ СКАЗАТЬ:  
ПРОГРАММА СТАЖИРОВОК СЕБЯ  
ОПРАВДЫВАЕТ. ПО НАБЛЮДЕНИЯМ  
ОРГАНИЗАТОРОВ, СПЕЦИАЛИСТЫ,  
ПРОШЕДШИЕ ОБУЧЕНИЕ, РАБОТАЮТ  
С БОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ.**

отправляющая и принимающая стороны смогли предложить ему наиболее подходящую и эффективную программу.

Критерии конкурсного отбора на первый взгляд просты: стаж работы от пяти лет, возраст до 45 лет, рекомендация главного врача и одобрение главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения по соответствующей специальности, а также владение английским языком не ниже уровня B1 (в соответствии с общеевропейскими компетенциями владения иностранным языком. – Прим. ред.). Однако именно знание, а точнее — незнание языка становится камнем преткновения для российских специалистов. И тем не менее, если стажер не владеет английским языком в необходимой мере, ему не отказывают, а направляют на курсы интенсивного медицинского английского (Medical English), организованные департаментом.

Группы по изучению английского формируются по специальностям, поэтому, например, гинекологи и хирурги учатся отдельно. В программу входит не только изучение лексики, но и знакомство с материалами о госпитале, в который они едут, а также с публикациями своих кураторов, ведь кураторы — люди с мировым именем. Стандартный курс длится три месяца. Если же требуется интенсивная подготовка, то занятия проводятся ежедневно в течение четырех недель. После этого врачи повторно проходят тестирование. Главная цель такого рода программ — повысить профессиональную компетенцию специалистов. И конечно, практика — один из самых интересных моментов для стажера. Пройдя теоретическую подготовку, побывав на операциях ведущих профессоров мира, имеющих богатейший опыт выполнения манипуляций, он допускается к работе в симуляционном центре, где

самостоятельно, под руководством куратора, выполняет операцию, которую должен освоить.

Интересно, что согласно законодательству многих стран иностранный врач не может участвовать в лечебном процессе и операциях, он лишь сторонний наблюдатель. Однако есть программы, которые дают возможность врачам выполнить высокотехнологичную операцию в ветеринарной лаборатории, на лабораторном животном. Для человека, который провел две недели в госпитале и прослушал лекции ведущих профессоров, тренинг очень эффективен.

Существенно и то, что во время стажировки обмен опытом двусторонний: лекторы и профессора не только рассказывают об инновационных методах диагностики и лечения, проблемах и перспективах развития данной отрасли, но и интересуются тактическими подходами и техническими аспектами, применяемыми в России.

Можно с уверенностью сказать: программа стажировок себя оправдывает. По наблюдениям организаторов, специалисты, прошедшие обучение, работают с большей эффективностью. Пройдя обучение у лучших специалистов, врачи уже у себя в клинике применяют опыт и знания, полученные за рубежом. Так, после курса по роботической хирургии урологи начали выполнять такие оперативные вмешательства, как простатэктомия, цистэктомия, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента с использованием роботизированного комплекса.



**ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММ ОБУЧЕНИЯ  
УЧИТЫВАЮТСЯ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ  
МОСКОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ  
ПРОГРАММЫ ПРОВОДИТСЯ АТТЕСТАЦИЯ  
С ВЫДАЧЕЙ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО  
СЕРТИФИКАТА.**

Донесение информации до коллег — это обязательное условие для всех стажеров, по возвращении они должны отчитаться на рабочих местах, подготовить презентацию.

# ВИРТУАЛЬНАЯ КЛИНИКА МОСКВЫ

Медицинский симуляционный центр (МСЦ) Департамента здравоохранения города Москвы был открыт на базе ГКБ имени С.П. Боткина в октябре 2015 года. За год его работы пройти обучение смогли уже более 6,2 тыс. сотрудников лечебных учреждений города.

Уникальность многопрофильного образовательного центра Боткинской больницы заключается в многообразии направлений и форм постдипломной подготовки. МСЦ ориентирован на инновационные подходы в организации дополнительного профессионального образования специалистов практического здравоохранения.

— Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы — это уникальное учебное заведение, созданное по типу «Виртуальной клиники» на базе крупнейшего городского многопрофильного стационара. Мощности центра и авторские образовательные программы позволяют обучать средний медицинский персонал и врачей разных специальностей. Преподаватели центра — ведущие врачи города Москвы. Обучение специалистов помогает повысить качество оказания медицинской помощи москвичам за счет безопасного применения высокотехнологичных способов лечения», — отметил главный внештатный специалист хирург, главный врач городской больницы им. С.П. Боткина Алексей Шабунин.

Центр оснащен комплексом симуляторов высшего уровня реалистичности, современными манекенами-имитаторами, электронными фантомами, интерактивным и медицинским оборудованием. Работают в МСЦ и роботы, которые помогают обучающимся отрабатывать практические навыки, комплексы-фантомы, создающие на экране реалистичную иллюзию операции, а также манекены-имитаторы. Одним из наиболее

технологичных является робот Ceasar, который воспроизводит человеческий пульс, сердцебиение, артериальное давление. Он способен имитировать кровотечение, травмы, ожоги, ранения, человеческую реакцию на боль (может издавать звуки, сужать зрачки, звать на помощь). Робот реагирует на действия врачей и на введенные лекарства. Симуляторы младенцев BabySim, Prematur и Virtubor воспроизводят все физиологические реакции новорожденных. С роботом, беременной женщиной Noelle, врачи могут отрабатывать действия на всех этапах родов. Подключенный к оборудованию в операционной робот HPS предназначен для отработки практических навыков, командных действий бригады врачей и клинического мышления, а также моделирования разнообразных клинических ситуаций. Симуляторы пациента в палате iStan и MetiMan также автоматически воспроизводят человеческую реакцию на внешние воздействия и лечение.

За период с сентября 2015 г. по октябрь 2016 г. разработаны и успешно реализуются более 40 дополнительных профессиональных программ повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала с использованием симуляционных технологий по:

- хирургии (в том числе рентгенэндоваскулярной и робот-ассистированной);
- эндоскопии;
- сердечно-легочной реанимации;
- ультразвуковой диагностике;



- артроскопии;
- гинекологии;
- оториноларингологии;
- нейрохирургии;
- инструментальной диагностике;
- терапии;
- офтальмологии;
- акушерству;
- урологии;
- сестринскому делу;
- паллиативной помощи.

В июне 2016 года в МСЦ стартовала инновационная программа для врачей-оториноларингологов по отработке навыков выполнения хирургических вмешательств при патологии среднего уха, околоносовых пазух и полости носа.

Слушатели программы «Сердечно-легочная реанимация. Базовый курс» отрабатывают навыки оказания неотложной и экстренной помощи в условиях,

приближенных к реальным и имитирующих техногенную катастрофу в метро.

С целью повышения качества профессионального общения специалистов в МСЦ разработана и успешно реализуется образовательная программа по бесконфликтному общению медицинских работников с пациентами и их родственниками и установлению с ними доверительных отношений (обучено более 600 специалистов).

С января 2016 года в рамках аттестации врачей-хирургов и врачей-эндоскопистов в МСЦ Боткинской больницы проводится оценка уровня практических навыков с использованием симуляционных технологий. А 11 октября 2016 года в центре возобновлен симуляционный курс «Мануальные навыки оказания паллиативной помощи». По особому распоряжению Департамента здравоохранения города Москвы этот курс в новом формате проводится специально для обучения навыкам оказания паллиативной помощи

#### На стадии разработки и внедрения находятся образовательные программы:

- «Интенсивная терапия неотложных состояний в педиатрии» (для врачей-педиатров, врачей-неонатологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов);
- «Взаимодействие среднего медицинского персонала в операционном блоке» (для медицинских сестер операционных блоков);
- «Базовые навыки оказания первой помощи при жизнеугрожающих ситуациях» (для обучения населения, специалистов экстренных служб, военных, водителей транспортных средств навыкам оказания первой помощи при различных чрезвычайных ситуациях — социальных катастрофах, стихийных бедствиях);
- «Управленческие подходы к обеспечению качества сестринской помощи пациентам» (для обучения старших медицинских сестер навыкам планирования, анализа, контроля в организации сестринского процесса).



детям сотрудников БЧМУ детский хоспис «Дом с маяком». Детский хоспис бесплатно оказывает паллиативную помощь детям и их семьям, которые проживают в Москве.

— Современные подходы к повышению профессионального уровня врачей и медицинских сестер, а также оценке этого уровня в обязательном порядке включают в себя владение практическими навыками. Поэтому создание городского симуляционного центра является важным вкладом в образовательную деятельность Департамента здравоохранения и повышения профессионального мастерства московских медиков, — подчеркивает руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Алексей Хрипун. — Тем более что ресурсный потенциал симуляционного центра соответствует лучшим мировым стандартам, и этот потенциал уже реализуется. В этом году симуляционный центр при Боткинской больнице обучил свыше 6 тысяч курсантов, а в 2017 году и далее планируется в 3 раза больше.

В планах у сотрудников Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы прохождение общественной аккредитации, внедрение дистанционных форм обучения и развитие электронных информационно-образовательных ресурсов.

**Дополнительные профессиональные программы, разработанные совместно с главными внештатными специалистами Департамента здравоохранения города Москвы:**

- «Основы лапароскопической хирургии» (базовый и продвинутый курсы; руководитель программы — главный специалист хирург ДЗМ А.В. Шабунин);
- «Стандартизированный пациент в практике врача-терапевта» (руководитель программы — главный специалист терапевт ДЗМ Г.П. Арутюнов);
- «Методика использования симуляционных технологий в обучении врачей-урологов» (руководитель программы — главный специалист уролог ДЗМ Д.Ю. Пушкарь);
- «Сестринский процесс в паллиативной помощи» (руководитель программы — главный специалист по паллиативной помощи ДЗМ Д.В. Невзорова);
- «Комплекс расширенной сердечно-легочной реанимации и интенсивной терапии на догоспитальном этапе» (руководитель программы — главный специалист по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф ДЗМ Н.Ф. Плавунев);
- «Основные принципы эндоскопической эндоназальной хирургии и микрохирургии среднего уха» (руководитель — главный специалист оториноларинголог ДЗМ А.И. Крюков).



# В МАСШТАБАХ МЕГАПОЛИСА

ЕМИАС — один из самых масштабных, организационно сложных и социально значимых столичных IT-проектов последних лет. Никогда прежде городская программа не охватывала такое огромное количество участников.

Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС), создаваемая Департаментом информационных технологий города Москвы по заказу Департамента здравоохранения города Москвы в рамках программы «Информационный город», начала свое функционирование с 2011 года.

Основные задачи ЕМИАС — сделать использование бесплатных медицинских услуг доступным, качественным и удобным для граждан, избавить медицинских работников от бумажной рутинной работы и дать им простой и удобный доступ к необходимой информации для оказания медицинской помощи, а руководству государственных медицинских учреждений — достоверный и оперативный инструмент анализа и эффективного управления системой здравоохранения.

Функционал системы включает в себя:

- запись на прием к врачу и управление потоками пациентов (электронная регистратура);
- интегрированную медицинскую информацию (электронная медицинская карта);
- электронные медицинские документы (рецепты, листки нетрудоспособности, направления и другие);
- персонализированный учет медицинской помощи и консолидированный управленческий учет;
- управление медицинскими регистрами.

В планах дальнейшее развитие системы. В частности, будет развиваться и сервис «Дежурный врач», бригады скорой помощи оснастят планшетами, подключенными к ЕМИАС.

За последние три года удовлетворенность москвичей возможностями записи на прием к врачу через официальный сайт Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) выросла на 93%. Показатель рассчитывается с помощью индекса лояльности NPS (Net Promoter Score), который увеличился вдвое — с 29 (в 2013 году) до 56% (в 2016-м).



**ЕМИАС ОБЪЕДИНЯЕТ БОЛЕЕ 23 ТЫСЯЧ ВРАЧЕЙ И  
9 МЛН ПАЦИЕНТОВ.**

# Что такое ЕМИАС?

Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС) — создается в рамках программы модернизации московского здравоохранения



**Основная задача** — сделать использование бесплатных медицинских услуг доступным, качественным и удобным для граждан, избавить медицинских работников от бумажной рутины и дать им простой и удобный доступ к необходимой информации для оказания медицинской помощи, а руководству учреждений и отрасли — достоверный и оперативный инструмент анализа и эффективного управления системой здравоохранения



## Для ДЗМ\*

- Достоверные и оперативные данные для принятия грамотных управленческих решений
- Эффективное управление ресурсами



## Для граждан

- Удобная запись к врачам
- Меньше очередей
- Больше внимания врачей



## Для мед. работников

- Оперативный доступ к необходимой информации
- Автоматизированное заполнение бумаг
- Больше времени для пациента

## СЕРВИСЫ ЕМИАС

- **Ситуационный центр** — сбор и обработка данных о работе здравоохранения ежедневно
- **Электронная регистратура** — дистанционное управление потоками пациентов
- **Электронная медицинская карта** — сбор и хранение необходимой медицинской информации о пациентах
- **Электронный рецепт** — автоматизированное лекарственное обеспечение
- **Листки нетрудоспособности** — автоматизированная система больничных листов
- **Лабораторный сервис** — для клинико-диагностической работы
- **Персонифицированный учет** — всех оказанных медицинских услуг
- **Облачная бухгалтерия** — система управленческого учета

Кроме того, ведутся работы по организации информационного взаимодействия между амбулаторно-поликлиническим звеном и стационарами с использованием ЕМИАС

ЕМИАС

## СТАТИСТИКА

- Все 660 поликлиник Москвы подключено к системе
- 23 905 автоматизированных рабочих мест врачей установлено
- Более 23 600 медицинских работников в системе
- 9 млн уникальных пациентов обслужено
- 246 млн записей на прием произведено к врачам
- 25 млн электронных рецептов выписано

Москва — крупнейший мегаполис Европы, численность населения 12,5 млн человек



ЕМИАС

единая медицинская информационно-аналитическая система

\* Департамент здравоохранения города Москвы  
[emias.mos.ru](http://emias.mos.ru)

# 5 лет ЕМИАС

## будущее стало настоящим

За 5 лет существования Единой медицинской информационно-аналитической системы г. Москвы столичные поликлиники изменились в лучшую сторону.

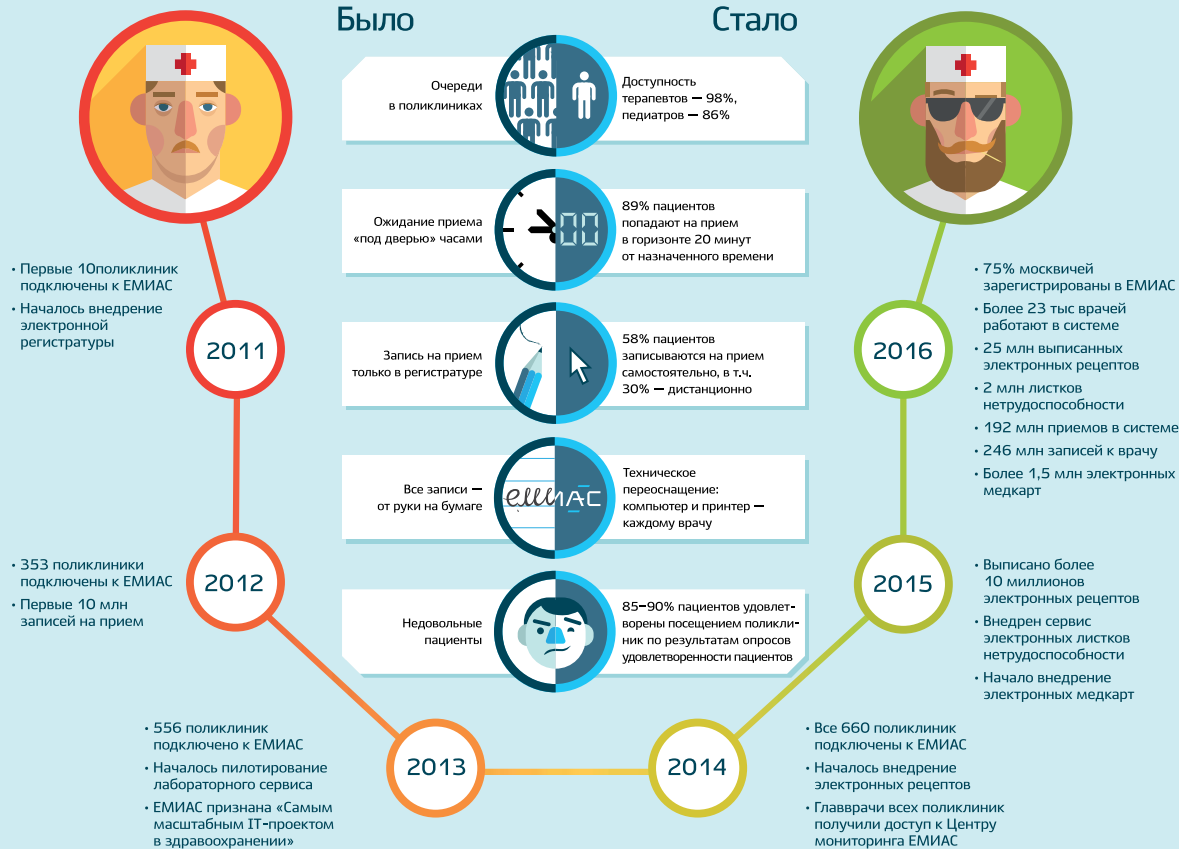


В дальнейшем, при внесении необходимых поправок в законодательство за 5 лет ЕМИАС сэкономит:

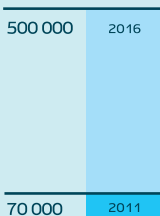
**8,5 млн**  
часов работы  
медиков

**310 тыс.**  
упаковок  
бумаги

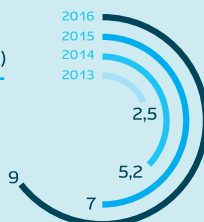
**14 млрд**  
рублей



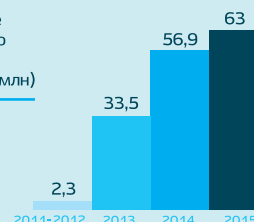
Количество транзакций ежедневно



Количество уникальных пациентов (млн)



Ежегодное количество приемов в ЕМИАС (млн)



ЕМИАС не останавливается на достигнутом. Впереди еще:



лабораторный сервис



персонализированный учет оказанных медицинских услуг



электронная медкарта во всех поликлиниках Москвы

# ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ НАУЧНОЙ ПРОГРАММЫ

## Роль детского гинеколога в выявлении факторов риска, диагностики, профилактики и лечения нарушений функции репродуктивной системы

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е., Богданова Е.А., Шарков С.М., Сибирская Е.В., Смаль Т.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Морозовская детская клиническая больница, Москва

Вопрос сохранения репродуктивного потенциала девочек и девушек очень актуален.

Цель: оценить состояние репродуктивной системы девочек и девушек города Москвы, выработать план для выявления факторов риска, диагностики, профилактики и лечения нарушений функции репродуктивной системы.

Задачи: путем статистических данных структурировать и проанализировать гинекологическую патологию у девочек и девушек от 0–18 лет за 2015 год, наблюдающихся в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы.

Материал и методы: около 2,5 тыс девочек разных возрастов от 0–18 лет наблюдаются в Центре Репродуктивного здоровья детей и подростков. Структуризация гинекологической патологии и девочек и девушек проводилась на основании статистических данных, полученных в Центре Репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы при Морозовской ДГКБ ДЗМ за 2015 год, которые находились под динамическими наблюдениями акушеров-гинекологов, работающих в Центре.

Результаты: в структуре гинекологической заболеваемости наибольший удельный вес занимают воспалительные заболевания наружных половых органов (от 50 до 75%), синехии малых половых губ (от 35 до 58%), дисменорея — около 60%, далее следуют нарушения менструальной функции (от 7 до 15%), задержка полового развития (от 1 до 13%), травмы половых органов (от 0,9 до 8%), новообразования половых органов (от 0,2 до 2,5%) и пороки развития половых органов (от 0,1 до 9%). Анализ структуры гинекологической заболеваемости у девочек показывает, что в течение первых трех лет жизни самые частые гинекологические патологии: синехии малых половых губ, воспалительные заболевания половых органов, аллергический вульвит. В дошкольном возрасте на первое место выходят воспалительные заболевания гениталий. У школьников существенную роль в структуре гинекологической заболеваемости приобретают травмы половых органов. С 11 лет на первое место выходят нарушения менструального цикла. В настоящее время 65% девушек спокойно относятся к внебрачным половым отношениям. К 15-летнему возрасту сексуальный дебют имеют 8,0% девушек.

Выводы: частота гинекологических заболеваний возрастает в возрасте 11–18 лет, поскольку именно в этом возрасте активизируется активная гормональная деятельность яичников и гонадотропная функция гипоталамо-гипофизарного комплекса. Пик обращаемости детей к детским гинекологам амбулаторно-поликлинического звена приходится на возраст 3–7 лет (60%), а в возрасте 11–15 лет отмечается наименьшая обращаемость девочек в гинекологические кабинеты (около 2%). Разработан план по снижению частоты встречаемости гинекологической патологии среди детей и подростков: проведения

санитарно-просветительской работы среди подростков (пропаганда здорового образа жизни, пропаганда института семьи), борьбы с ранним началом половой жизни среди подростков, с беспорядочными половыми связями, профилактика ранней беременности (информирование подростков о средствах контрацепции), борьбы с алкогольной, табако- и наркозависимостью среди подростков, создания кабинетов психологической и медицинской помощи детям и подросткам, пострадавшим от сексуального насилия, повышения уровня знаний врачей педиатров, детских хирургов, урологов-андрологов, эндокринологов о возможных проблемах в репродуктивном здоровье детей и подростков путем проведения совместных заседаний и конференций, преемственности в оказании медицинской помощи, своевременное направление к специалистам (детскому гинекологу, детскому урологу), продолжения проведения программы диспансеризации, с обязательным участием в диспансеризации школьниц, гинеколога детского и подросткового возраста, обеспечения всем необходимым оборудованием и оснащением кабинетов детского гинеколога в соответствии с нормативами и потребностями, консолидации работы всех гинекологов детского и подросткового возраста города Москвы путем проведения совместных заседаний, конференций, а также необходимо продолжать развитие службы планирования семьи, взаимодействие комитетов по делам молодежи, социальных служб, системы образования и здравоохранения.

## Беременность и роды у юных первородящих, опасности и как их преодолеть

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что функционирование репродуктивной системы женщин во многом определяется ее своевременным и гармоничным развитием в период полового созревания. Среди женщин основной группы детородного возраста отмечается снижение рождаемости, в группе женщин юного возраста число родов постоянно растет. В возрастной группе от 13 до 18 лет этот показатель достигает высокого уровня в развивающихся странах (86,7–112,6%). Распространенность беременности у юных варьирует от 12 на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет в развитых странах, до 102 на 1000 — в России. Примерно 30% подростковых беременностей заканчиваются абортными, 56% — родами и 14% — выкидышами. Показатели материнской смертности (35,04 на 100 тыс. родившихся живыми) среди подростков в 5–8 раз выше, чем в общей популяции. Частота осложненных родов у юных женщин составляет от 30 до 81%. Цель исследования: изучить особенности течения и ведения родов у девочек-подростков.

Задачи: на базе роддома проанализировать течение родов у юных беременных на доношенном сроке, выявить осложнения у юных первородящих во время родов и в послеродовом периоде.

Материал и методы: Нами было проанализировано течение родов у 48 родильниц в возрасте от 14 до 17 лет.

Результаты: в структуре методов контрацепции у обследованных нами беременных юного возраста преобладали низкоэффективные методы: презервативы (54,1%) и прерванный половой акт (31,3%). Все юные первородящие госпитализировались в родильный дом в сроке 38-39 недель для проведения подготовки к родам, профилактики аномалий родовой деятельности и определения метода родоразрешения. Роды протекали с осложнениями у 28 (63,6%) юных рожениц: несвоевременное излитие околоплодных вод было выявлено у 8 (28,6%) девушек, внутриутробная гипоксия плода — у половины, аномалия родовой деятельности у 11 (39,2%) рожениц, частичная отслойка нормально расположенной плаценты у 1 (3,6%). Кровотечение в послеродовом периоде отмечено у 2 (7,1%), травмы родовых путей — у 16 (57,1%) юных родильниц. Беременность закончилась срочными родами через естественные родовые пути у 38 (79,1%) юных женщин, преждевременными родами у 6 (12,5%), плановое кесарево сечение проведено у 4 (8,3%) девушек в связи с тазовым предлежанием плода, фетоплацентарной недостаточностью и синдромом задержки роста плода. По данным нашего исследования, частота кесарева сечения у первородящих юных беременных не превышала показатели кесарева сечения у женщин репродуктивного возраста. Большинство исследователей считают, что беременность и роды в подростковом возрасте протекают с большим количеством осложнений (от 46,8 до 84,6%), чем у женщин старшего возраста, что соответствует и нашим данным. Рождением детей с низкой массой тела осложнились 11 (22,9%) родов, роды крупным плодом произошли у 4,2% юных первобеременных. Послеродовой эндометрит был выявлен у 2 юных родильниц, приведший к выскабливанию полости матки на 5 сутки послеродового периода, что удлинит период пребывания в родильном доме каждой родильницы на двое суток.

Выводы: в структуре осложнений родов чаще диагностируется несвоевременное излитие околоплодных вод, внутриутробная гипоксия плода, аномалия родовой деятельности. Таким образом, полученные нами данные подтвердили, что частота осложнений родов у девочек-подростков значительно превышает эти же показатели у женщин репродуктивного возраста.

### Оперативная гинекология у девочек

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В.  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Боли в животе у девочек-подростков — распространенное явление, часто служащее причиной госпитализации в стационар.

Цель: выявить причины гинекологических ошибок при диагностике, ведении и лечении болей в животе у девочек

Задачи: на базе приемного отделения Морозовской ДГКБ, проанализировать истории болезни девочек, госпитализированных в экстренном порядке с болями в животе, оценить частоту встречаемости патологий репродуктивной системы, идентифицировать причины диагностических ошибок.

Материал и методы: в основу работы положено ретроспективное и проспективное изучение 800 историй болезни девочек, госпитализированных в экстренном порядке с болями в животе в приемное отделение Морозовской детской городской клинической больницы с 2010 по 2013 г.

Результаты: возраст обследуемых девочек колебался от 11 до 17 лет 11 месяцев и 29 дней, средний возраст 14,2±3,6 лет (здесь и далее М±m). Абдоминальная боль, имеющая органическую причину, в 82% случаев была связана с хирургической патологией, и только в 18% случаев из всех обследуемых девочек и девушек с патологией репродуктивной системы. Частота встречаемости гинекологической патологии, сопровождающаяся болями в животе, по данным экстренной госпитализации в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу с 2010 по 2013 г.: апоплексия яичников — 12%, овulatory синдром — 15%, опухоли и опухолевидные образования яичников, осложненное течение — 42%,

воспалительные заболевания внутренних половых органов — 4%, перекрут неизмененных придатков матки-8%, первичная дисменорея — 12%, некоторые формы врожденных аномалий развития половых органов — 6%, ранения сводов влагалища, проникающие ранения брюшной полости — 1%.

Выводы: при возникновении болей в нижней части живота у девочек и девушек для правильной диагностики возникшего состояния следует учитывать основные положения доказательной медицины, с категорией доказательности А, относящиеся к данному симптомокомплексу: — боли в нижней части живота у девочек, девушек и женщин чаще связаны с патологией кишечника, а не с гинекологическими заболеваниями; — циклические боли, кровянистые выделения или выделения из половых путей с неприятным запахом обычно свидетельствуют о заболеваниях половой сферы; — болевой синдром при гинекологических заболеваниях возникает чаще у девочек старшего школьного возраста и связан с менструальной функцией, воспалительными процессами, пороками развития и новообразованиями половых органов. Причины диагностических ошибок и ошибок в выборе тактики ведения и лечения девочек и девушек с острыми болями в животе: недостаточно глубокие знания анатомии и физиологии репродуктивной системы, пренебрежение гинекологическим анамнезом, отсутствие дооперационного УЗИ мониторинга органов малого таза и ревизии органов малого таза при аппендэктомии, неправильная оценка интраоперационной ситуации, отсутствие онкологической настороженности при выявлении опухолей и опухолевидных образований яичников.

### Опыт отделения гинекологии Морозовской ДГКБ в лечение девочек с опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки. Анализ ошибок

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Тарбая Н.О.  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Проблема лечения опухолей и опухолевидных образований яичников остается актуальной во всем мире. Среди заболеваний репродуктивной системы у девочек, опухоли и опухолевидные образования яичников встречаются с частотой от 1,7% до 4,6% [Адамян Л.В., Богданова Е.А., Сибирская Е.В., 2016, Уварова Е.В., 2014, Гуркин Ю.А., 2014]. Появление и рост опухоли яичника у девочек чаще всего не вызывает каких-либо жалоб. Опухоль может достигать значительных размеров и быть случайно обнаружена при профилактическом осмотре девочки. Боль обычно появляется при нарушении кровообращения в яичниках.

Цель исследования: сбор и анализ статистических данных по количеству поступивших в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ девочек с опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки в период с 2013 по 2015 год.

Задачи: проанализировать статистические данные девочек и девушек, поступивших в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ с опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки в период с 2013 по 2015 год, выявить структуру заболеваемости, проследить динамику в разных возрастных группах.

Материал и методы исследования: было обследовано 994 девочки, поступивших в Морозовскую ДГКБ в период с 2013 по 2015 год в возрасте от 1 месяца до 18 лет (n=12,6±2,8). Всем девочкам в обязательном порядке проводился гинекологический осмотр, ректоабдоминальное исследование, у девочек живущих половой жизнью, — вагинальное исследование, лабораторные исследования (общий анализ крови, коагулограмма, УЗИ органов малого таза), при необходимости, оперативное лечение в объеме лапароскопии (цистэктомии, резекции яичника, аднексэктомии). Результаты исследования: общее количество девочек и девушек, обратившихся в Морозовскую ДГКБ с опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки в экстренном порядке в период с 2013 по 2015 год, составило 994 случая.

В 2013 году — госпитализировано 100 девочек (10,8% от общего количества госпитализированных) с опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки; в 2014 году — госпитализировано 339 девочек (23%); в 2015 году — госпитализировано 555 девочек (22,47%). В возрастной группе от 0 до 9 лет опухоли и опухолевидные образования придатков матки по частоте выявления отмечаются у 73 девочек (7,4%). В возрастной группе от 10 до 12 лет у 106 пациенток (10,7%). У девочек в возрасте от 13 до 15 лет у 656 подростков (66%). В возрастной группе от 16 до 18 лет у 159 девочек (16%). По структуре заболеваемости опухолей и опухолевидных образований придатков матки преобладают функциональные кисты яичников (фолликулярная киста яичника, киста желтого тела яичника) и составляют 76,5%. На доброкачественные новообразования придатков матки (тератома, цистаденома, параовариальная киста) приходится 19%. На долю осложнений опухолей и опухолевидных заболеваний (перекрут придатков матки, разрыв образования) приходится 4,5%. Выводы: учитывая данные проведенного нами исследования, отмечается тенденция к росту числа опухолей и опухолевидных образований придатков матки у девочек города Москвы. Объем и качество оперативного вмешательства при хирургическом лечении опухолей и опухолевидных образований яичников в значительной степени определяет эффективность восстановления репродуктивной функции и сохранение овариального резерва молодого поколения.

### **Аномальные маточные кровотечения — наиболее частая экстренная гинекологическая патология у девочек и девушек**

Адамьян Л.В., Сибирская Е.В., Логинова О.Н., Арсланян К.Н., Смаль Т.А. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Проблема аномальных маточных кровотечений пубертатного периода (АМКПП) очень актуальна и имеет большое социальное значение.

Цель исследования: оценка состояния гормонального фона у девочек пубертатного возраста, у которых возникло маточное кровотечение, в связи с чем они были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям.

Задачи: провести клиническое обследование девочек, поступивших в отделение гинекологии с маточным кровотечением и выявить патологию репродуктивной системы.

Материал и методы исследования: исследование выполнено на базе гинекологического отделения Морозовской детской городской клинической больницы. В основу работы положены результаты клинического обследования 110 девочек с МКПП. Возраст обследованных девочек колебался от 11 до 15 лет, средний возраст  $12,6 \pm 1,4$  года (здесь и далее  $M \pm m$ ). Длительность кровотечения составляла 3–48 дней. Гинекологический осмотр проводили по общепринятому плану. Гормональное исследование включало определение уровня гормонов в сыворотке крови в 1-й день после поступления девочек в стационар до начала гормональной терапии: фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ), гормонов, пролактина (ПРЛ), тиреотропного гормона (ТТГ), эстрадиола 17 $\beta$  (Э), прогестерона (П), тестостерона (Т). У всех девочек при поступлении в стационар по экстренным показаниям проводили оценку показателей клинического анализа крови (содержание гемоглобина, эритроцитов, гематокрит). Все обследованные были разделены на три группы: 1-я группа — 24 (21,8%) девочки (средний возраст  $12,8 \pm 1,2$  года), поступившие в стационар в связи с обильным маточным кровотечением длительностью 3–9 дней, анемией средней степени тяжести или тяжелой; 2-я группа — 40 (36,4%) девочек (средний возраст  $13,1 \pm 0,6$  года), госпитализированных в стационар в связи с умеренно выраженными кровянистыми выделениями из половых путей длительностью 9–28 дней, анемией легкой или средней степени тяжести или без таковой; 3-я группа — 46 (41,8%) девочек (средний возраст

$13,2 \pm 0,8$  года), поступивших в стационар в связи со скудными кровянистыми выделениями из половых путей длительностью 12–48 дней, анемией легкой степени или без таковой.

Результаты: гинекологическая патология у девочек пубертатного возраста, у которых возникают маточные кровотечения, представлена выраженными нарушениями становления менструальной функции, проявляющимися более поздним менархе ( $12,6 \pm 0,5$  года против  $11,9 \pm 0,6$  года в контрольной группе), длительными, интенсивными или, наоборот, скудными, нерегулярными кровянистыми выделениями из половых путей. У девочек 1-й и 2-й групп кровотечение сопровождалось относительной гиперэстрогенией при несколько повышенном или нормальном уровне ФСГ и нормальном или незначительно сниженном уровне ЛГ в сравнении со средне-статистическими возрастными показателями нормы. У девочек 3-й группы выявлена гипозэстрогения при несколько сниженных уровнях ФСГ и ЛГ. Уровень гормонов у девочек контрольной группы не отличался от показателей возрастной нормы. Обращают на себя внимание различия в нарушениях менструального цикла у девочек разных групп. Для девочек 1-й и 2-й групп характерна задержка менструации на 2–3 нед, после которой возникают очень обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. У девочек 3-й группы отмечалась задержка менструации на 2 мес и более, после чего появлялись скудные длительные кровянистые выделения из половых путей. При исследовании свертывающей системы крови девочек патологии системы гемостаза не выявлено. Согласно результатам УЗИ внутренних половых органов девочек контрольной группы, на 5–7-й день менструального цикла размеры матки соответствовали общепринятым возрастным нормам, объем яичников не превышал  $9 \text{ см}^3$ , а разница между объемами правого и левого яичников была не более 9,5%.

Выводы: согласно данным оценки результатов определения содержания половых гормонов в сыворотке крови, МКПП развиваются при различных вариантах гипотензивной активности. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что МКПП обычно протекают на фоне относительной гипер- или гипозэстрогении, что согласуется с данными других авторов.

### **Проблемы травм половых органов у девочек и девушек города Москвы. оптимизация тактики лечения**

Адамьян Л.В., Сибирская Е.В., Моксякова Е.Г. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Травмы половых органов у девочек и девушек наблюдаются, преимущественно в возрасте от 2 до 11 лет в основном в результате падения на тупые и острые предметы, относящиеся к категории бытовых травм. Реже встречаются: насильственные, ятрогенные и транспортные травмы. По данным статистики, травмы у детей занимают третье место в общей структуре заболеваемости, уступая заболеваниям органов дыхания и кровообращения. При этом, травмы наружных половых органов и промежности у девочек составляют 3–4% по отношению к травмам других локализаций. Цель исследования: сбор и анализ статистических данных по количеству поступивших в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ девочек и девушек с травмами наружных половых органов в период с 2013 по 2015 год.

Задачи: определить группы девочек по возрастам, обратившихся в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ с травмами наружных половых органов, провести гинекологический осмотр, клинико-диагностическое обследование, проанализировать характер полученных травм, подобрать оптимальные методы лечения. Материал и методы: было обследовано 489 девочек, поступивших в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ с травмами наружных половых органов в период с 2013 по 2015 год в возрасте от 2 до 17 лет. Всем девочкам в обязательном порядке проводились: сбор анамнеза, физикальный осмотр, гинекологический осмотр, ректоабдоминальное исследование, у девочек, живущих половой

жизнью, — влагалищное исследование, лабораторные исследования (общий анализ крови, коагулограмма, УЗИ органов малого таза), при необходимости, применялось оперативное лечение в объеме ушивания разрывов промежности, разрывов слизистой вульвы, вскрытия и дренирования гематом малых и больших половых губ.

Результаты исследования: общее количество девочек и девушек, обратившихся в Морозовскую ДГКБ с травмами наружных половых органов в экстренном порядке в период с 2013 по 2015 год составило 489 случаев. В 2013 году — госпитализировано 85 девочек с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 30 (22%). В 2014 году — госпитализировано 142 девочки с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 120 (86%). В 2015 году — госпитализировано 262 девочки с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 247 (94%). Распределение общего количества травм наружных половых органов по возрастным группам: 2–5 лет — 247(53%), 5–8 лет — 132(37%), 8–12 лет — 63 (21%), 12–17 лет — 39(10%). В возрастной группе от 2 до 5 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст — 83 (38%), гематомы — 59 (30%), отрыв малых половых губ — 47 (22%), ссадины вульвы — 22 (10%). В возрастной группе от 5 до 8 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст — 60 (39%), гематомы больших и малых половых губ — 40 (32%), частичный отрыв малых половых губ — 19 (20%), ссадины вульвы — 10 (9%). У девочек более старшего возраста от 8 до 12 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст — 17 (22%), гематомы — 35 (49%), разрывы влагалища — 13 (19%), частичный отрыв малых половых губ — 4 (10%). У девушек в возрастной группе от 12 до 17 лет по частоте выявления травм отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст — 3 (10%), гематомы — 29 (52%), разрывы влагалища — 10 (25%), отрыв малых половых губ — 7 (3%).

Выводы: учитывая данные проведенного нами исследования на базе отделения гинекологии Морозовской ДГКБ, отмечается тенденция роста числа травм наружных половых органов, а также увеличилось количество травм, требующих экстренного оперативного лечения. Более легкие травмы наблюдаются у детей в возрастной группе от 2 до 5 лет. У девочек старшего возраста заметна тенденция к снижению частоты встречаемости травм, в общем спектре экстренной обращаемости, но при диагностировании таковых наблюдаются более тяжелые травмы.

### Сравнительная оценка эффективности тромболиза и степени эндотелиальной дисфункции при использовании фибрин-специфичных липосом в эксперименте *in vivo*

Адзериho И.Э., Лутик И.Л., Владимирская Т.Э., Ермолинская Д.Л., Шерстюк Г.В. Белорусская медицинская академия последипломного образования, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Целью исследования было проведение сравнительной оценки эффективности тромболиза и степени эндотелиальной дисфункции при использовании фибрин-специфичных липосом со стрептокиназой (ИммЛипСК) в сравнении с обычной лекарственной формой стрептокиназы (СК) по данным морфометрического анализа степени свободного просвета сосуда (ССПС) и индексов экспрессии (ИЭ) фактора Виллебранда (ФВ), ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1) и CD40L в эндотелиальных клетках (ЭК) на модели острого артериального тромбоза у собак.

Материалы и методы: в экспериментах использовали 30 беспородных самцов собак массой 15–18 кг с моделированными 2-часовыми артериальными тромбозами. Животные были разделены на 6 групп (n=5 в группах) в зависимости от введенных препаратов. В первых трех группах вводили ИммЛипСК: в 1-й группе — внутривенно из расчета СК 25 тыс. ЕД/кг, во 2-й группе — в той же дозе локально в зону тромба, в 3-й группе — половинную дозу СК локально. В качестве групп контроля выступали обычная

лекарственная форма СК, введенная системно и локально, тромбированная и интактная артерии. Время наблюдения составило 3 часа после введения препаратов. Морфометрический анализ ССПС и ИЭ ЭК проводили при помощи программ количественной микроскопии для анализа и обработки изображений.

Результаты: Согласно полученным данным, формирование тромба сопровождалось значимым ( $p<0,05$ ) приростом ССПС и ИЭ по сравнению с интактной артерией. Введение ИммЛипСК показало статистически значимую динамику ССПС и ИЭ по отношению к тромбированной артерии во всех группах сравнения ( $p<0,05$ ), которая варьировала в зависимости от дозы СК и пути введения. Системное введение ИммЛипСК в стандартной дозе приводило к освобождению просвета сосуда, сопоставимому с локальным введением обычной формы СК (70% против 69%,  $p<0,05$ ). При этом для ИммЛипСК прирост ИЭ ФВ и PAI-1 по отношению к интактной артерии был в 1,1 и 1,06 раза соответственно ( $p<0,05$ ). В то же время при системном введении обычной формы СК наблюдали превышение ИЭ ФВ, PAI-1 и CD40L в 1,6; 1,09 и 1,13 раза соответственно ( $p<0,05$ ). Введение ИммЛипСК в стандартной дозе локально сопровождалось значимым ( $p<0,05$ ) приростом ССПС на 4%, ИЭ ФВ — на 3,3%, ИЭ PAI-1 — на 0,5%, CD40L — на 2,2% по отношению к 1-й группе. значения показателей ССПС, ИЭ ФВ, PAI-1 и CD40L при локальном использовании обычной формы СК были достоверно выше, чем при системном введении (на 30%, 3%, 0,7% и 2,4% соответственно,  $p<0,05$ ). При снижении дозы СК в составе липосом значения ССПС и ИЭ ФВ и CD40L не имели достоверных отличий от 1-й группы ( $p>0,05$ ), ИЭ PAI-1 снизился по отношению к ней на 4,3%. При этом ССПС при локальном введении половинной дозы СК была достоверно выше, чем при системном введении обычной формы СК (69% против 53%,  $p<0,05$ ). В группе интактной артерии значимых различий между показателями ССПС, ИЭ ФВ, PAI-1 и CD40L на протяжении всего периода наблюдения не отмечали.

Выводы: введение фибрин-специфичных липосом, содержащих стандартную и половинную дозы СК, системно и локально в зону тромба приводит к высокоэффективному тромболизу при отсутствии выраженной дисфункции эндотелия к 3-м часам наблюдения. Выявлены преимущества локального введения фибрин-специфичных липосом с половинной дозой СК перед системным введением обычной лекарственной формы препарата в виде достоверного превышения ССПС, а также статистически меньшего прироста ИЭ ФВ и PAI-1 и отсутствия значимой динамики CD40L ЭК по отношению к интактной артерии за аналогичный период наблюдения.

### Лечебные воды Москвы

Адилев В.Б., Львова Н.В., Морозова Е.Ю. Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Основным природным лечебным фактором большинства курортов мира являются подземные минеральные воды, а их удивительное свойство исцелять болезни человека овеяно легендами. Подземные минеральные воды, разнообразные по своему химическому и газовому составу, физическим свойствам, подразделены на генетические виды, типы и группы.

В недрах Москвы и ее окрестностях детально разведаны два типа минеральных вод: на глубинах 300–420 м распространены маломинерализованные (М 3–5 г/л) сульфатные натриево-магниево-кальциевые питьевые лечебно-столовые воды; на глубинах 800–1200 м и более находятся бромные хлоридные натриевые рассолы (в зависимости от глубины, общая минерализация воды М от 80 до 270 г/л, содержание брома от 50 до 500 мг/л).

Питьевая минеральная лечебно-столовая вода, получившая название «Московская», промышленно разливалась до начала 90-х годов прошлого столетия и успешно использовалась в питьевых бюветах ряда клиник и санаториев Московского региона при следующих заболеваниях. Болезни органов пищеварения: рефлюкс-эзофагит, хронический гастрит вне фазы обострения с

нормальной или повышенной секреторной функцией; язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки неосложненного течения в фазе ремиссии или затухающего обострения; болезни кишечника вне фазы обострения; болезни печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей; хронический панкреатит легкой и средней степени; нарушения органов пищеварения после оперативных вмешательств. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ: сахарный диабет легкой и средней формы, в стадии компенсации, нарушение толерантности к глюкозе; нарушение солевого обмена; гиперхолестеринемия. Болезни мочевыводящих путей: остаточные явления после острого пиелонефрита, хронический пиелонефрит; мочекаменная болезнь; хронический цистит, уретрит, тригонит в фазе ремиссии.

Хлоридные натриевые минеральные воды представляют собой эффективный бальнеотерапевтический фактор. Уникальным моментом в механизме лечебного действия хлоридных натриевых ванн является выраженное их влияние на тепловой обмен, большее нагревание организма, чем при приеме ванн из обычной воды или газовых (углекислых, радоновых, сероводородных). Это связано с тем, что образование на коже «солевого плаща» уменьшает испарение воды с кожи, вызывая перестройку систем терморегуляции. Минеральную воду можно использовать для общих и местных бальнеологических процедур, для плавания и занятий в бассейне. Бальнеотерапевтическое лечение с использованием бромной хлоридной натриевой воды показано при: болезнях системы кровообращения, нервной, костномышечной, бронхолегочной; почек и мочевыводящих путей; болезнях мужских и женских половых органов; болезнях кожи; системы пищеварения; эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ. Бальнеотерапевтическое лечение бромными хлоридными натриевыми водами показано и детям, преимущественно в возрасте 2–15 лет при болезнях: сердечно-сосудистой системы; эндокринной, костномышечной, нервной системы; болезнях кожи; женских половых органов; мочевой системы; болезнях органов пищеварения. Кроме того, бромные хлоридные натриевые ванны могут применяться детям с патологией лор-органов, часто и длительно болеющих для общеукрепляющего лечения.

К сожалению, по разным причинам минеральные воды Москвы и ее окрестностей, представляющие собой специфический, эффективный, малозатратный в эксплуатации природный лечебный ресурс, в настоящее время используются в крайне ограниченных количествах. Необходимо отметить, что уровень современных знаний о генезисе, особенностях формирования и распространения подземных минеральных вод Московского региона позволяет гарантировать их получение с высокой степенью точности по глубине залегания, химическому составу и возможной производительности скважин практически в любой точке этой огромной агломерации, а также разработать дифференцированные медицинские рекомендации по их лечебному применению при различных патологиях.

## **Бронхиальная астма и сопутствующие заболевания у детей**

Аксенова Н.С., Панков Д.Д., Панкова Т.Б., Федоскова Т.Г.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Государственный научный центр «Институт иммунологии», Москва

В настоящее время наблюдается неуклонный рост распространения аллергических заболеваний (АЗ) у детей, особенно бронхиальной астмы (БА). По данным Всемирной организации здравоохранения, за последнее десятилетие число аллергиков в России увеличилось на 20%, а распространенность БА в России составляет 6% [Ильина Н.И., Богова А.В., 2004]. Кроме того, в детском возрасте среди всех заболеваний респираторного тракта отмечается абсолютное преобладание ОРЗ. На их долю

приходится более 90% всех болезней респираторной системы в детском возрасте. Детей, подверженным частым острым респираторным заболеваниям, принято называть часто болеющими (ЧБД) [Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 1986]. В настоящее время считается, что распространенность ЧБД в популяции зависит от возраста, от эпидемиологических и социальных условий и составляет от 5 до 50%. Одновременно отмечено, что среди ЧБД часто встречаются не только хронические заболевания носоглотки и легких, но и тяжело протекающая бронхиальная астма, аллергический ринит, выше частота ревматизма, гломерулонефрита и ряда других заболеваний [Самсыгина Г.А., 2004]. В связи с этим мы целенаправленно занимаемся установлением связей между аллергопатологией и другими системными проблемами в организме [Панков Д.Д., Федоскова Т.Г., Аксенова Н.С., Панкова Т.Б., 2015 и др.], что, как выяснилось, коррелирует с феноменом ЧБД. Вполне понятно, что на этом направлении весьма востребованной является информация о частоте встречаемости у детей с БА сопутствующих аллергических и неаллергических заболеваний. Именно это стало целью данного исследования.

Нами наблюдалось 126 пациентов в возрасте от 10 до 17 лет с верифицированной атопической бронхиальной астмой, персистирующей, легкой и средней степени тяжести. Из них девочек и мальчиков было примерно поровну, соответственно 57 и 54,7%. Обследование являлось многоуровневым, охватывало соматическую, неврологическую и психическую сферы, а потому включало педиатрический, неврологический осмотры и обследования, проведение экспресс-теста «характер личности Панкова-Бородулиной», исследование вегетативной нервной системы с нагрузочными пробами, широкий спектр использованных функциональных и ультразвуковых методов, необходимых для уточнения соматических, гемодинамических и неврологических особенностей статуса пациентов.

Следует отметить, что примерно у половины обследованных пациентов БА началась в раннем детстве, до 5 лет. И около одной трети этих пациентов предместно наблюдалась в группе ЧБД. Практически у все обследованные детей с БА (98,4%) было установлено наличие сопутствующих аллергических заболеваний. Из них чаще всего (больше, чем в 50% случаев) встречался аллергический ринит, на втором месте — пищевая аллергия, на третьем — атопический дерматит. И у половины всех детей в возрасте до 5 лет имело место проявление обструктивного бронхита. Из сопутствующих неаллергических заболевания, которые с высокой вероятностью осложняли течение бронхиальной астмы, более чем у половины детей выявили заболевания желудочно-кишечного тракта. Причем процент детей с этой патологией не имел тенденции к снижению на фоне взросления, как у мальчиков, так и девочек. Примерно в половине случаев был выявлен синдром вегетативной дисфункции, выраженность и направленность которого заметно влияла на течение БА. И примерно у трети этих пациентов, как правило с выявленной по данным психологического обследования акцентуацией личности, имелись проявления невротических реакций. Таким образом, среди обследованных нами пациентов с БА не менее трети официально числились в разряде ЧБД. Но следует отметить, что речь идет о детях, которых мы не только обследовали, но и лечили с учетом всех сопутствующих заболеваний. Это позволяло обеспечивать им весьма продолжительные ремиссии. В ином случае ЧБД среди них могло быть существенно больше.

## **Еще раз о непрерывном медицинском образовании и врачебных ошибках**

Александровский А.А., Лещанкина Н.Ю., Столярова В.В., Селезнева Н.М., Гераскин А.Е.  
Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск

Цели работы: изучить уровень подготовки региональных терапевтов для диагностики и лечения неотложной сердечно-сосудистой патологии, оценить знание ими основных юридических документов в данной области, определить степень их осведомленности



в модулях непрерывного медицинского образования (НМО) по указанной тематике.

Метод. Работа проводилась в группе врачей, зачисленных на сертификационный цикл повышения квалификации. Каждому участнику предлагались 10 вопросов в форме клинических задач с 5 вариантами ответов, в которых только 1 был правильный. Чтобы избежать конфликтных ситуаций, из модулей Минздрава РФ (НМО МЗ) были выбраны 70 задач, сгруппированных в 15 заданий, отвечающих поставленной цели. Оригинальные тесты редактировались с учетом Стандартов и Порядков оказания медицинской помощи. Статистическая обработка включала расчет средней арифметической и ее ошибки. Для углубленного анализа цифрового множества определили характер найденного числового ряда (нормальное распределение), выполнили полный корреляционный и дисперсионный анализ. Повысить квалификацию пожелали 73 врача, в т.ч. 5 (7%) мужчин и 68 (93%) женщин. Ввиду малочисленности и неоднородности группы М. их исключили из дальнейшего анализа.

Результаты. Общий итог тестирования далек от желанного: стопроцентных результатов — ни одного, 90% (тоже отметка 5) отмечено у 3 слушательниц. Исследование связи стажа работы и успеваемости показало, что коэффициент корреляционной связи мал (0,002) и недостоверен, а критерий криволинейности связи равен 8,4 ( $P=0,001$ ). Криволинейное корреляционное соотношение составило  $0,50 \pm 0,07$  ( $P=0,001$ ), т.е. при равномерном росте величины стажа % правильных ответов сначала увеличивается, а потом заметно уменьшается, что графически отражается кривой второго порядка — параболой. Наибольшее количество правильных ответов дали врачи со стажем 15–24 г. Дисперсионный анализ показал, что влияние стажа на правильность ответа может составлять не менее 23, но и не более 77% ( $P=0,001$ ). Таким образом, математически и графически доказывается тезис, что очень большой стаж (а он, как правило, соответствует возрасту) довольно часто сопровождается ошибками, связанными с физиологическими и патофизиологическими факторами: феноменом полураспада знаний, эмоциональным выгоранием и появлением когнитивных расстройств. Итоговое тестирование дало хороший результат — все получили «зачтено». Правильных ответов  $92 \pm 1\%$ , 29 чел. дали 100% ответы и еще 17 чел. — 90%, т.е. их оценка тоже 5. Это 69%. Разница «вход» — «выход» высокодостоверна ( $P < 0,001$ ). Тем не менее важно, что более половины слушателей допустили единичные ошибки в вопросах по АГ и аритмиям. Цена этих «пробелов» может оказаться значительной и печальной для пациентов. При сравнении данных городских и районных врачей существенной разницы ни в стаже, ни в количестве правильных ответов «на входе» и «на выходе» не выявлено. Постоянная работа со студентами и врачами вызывает вопросы по методике начавшейся аккредитации специалистов-медиков. Предлагаемые модули на сайте МНО нуждаются в редактировании (ошибки, описки, двоя толкования, устаревшие литературные источники, отсутствие ссылок на юридические документы — Стандарты и Порядки диагностики и лечения и др.). Оценочный рубеж 70% правильных ответов «узаконивает» 30-типроцентную «норму» врачебных ошибок. Например, вопрос: «Можно ли гипертонический криз (АД 200/140) лечить адреналином? Вероятные ответы-подсказка: 1. Да, всегда. 2. Да, но иногда. 3. Нет, никогда. Правильный ответ должен быть обязательно (100%): 3. Нет, никогда. Аналогично рассматривается введение дифенгидрамина при анафилактическом шоке или прокарбамида при симптоме Фредерика с приступами Морганьи-Эдемса-Стокса. И таких жизненно важных вопросов-ответов в кардиологии достаточно много. Формально, в этих случаях надо писать «Зачтено», а с точки зрения деонтологии — решать вопрос о повторной аттестации. Выводы. 1. Знания практикующих врачей нуждаются в постоянной коррекции 2. Уже существующие образовательные и основополагающие лечебно-диагностические материалы должны регулярно пересматриваться и обновляться.

## Целесообразность использования наукометрического метода в исследовании истории судебной медицины

Алехина Н.М.  
Бюро судебно-медицинской экспертизы, Москва

Актуальность изучения истории формирования, становления и развития судебной медицины определяется недостаточной разработкой организационных аспектов становления судебно-медицинской службы в России, еще менее изученной остается история отечественной судебно-медицинской науки. В современных условиях судебно-медицинской службе приходится особенно трудно, поскольку ее затрагивают как реформы, связанные с наукой, образованием и здравоохранением, так и реформы в сфере судопроизводства. Один из перспективных способов поиска решений организационных вопросов состоит в том, чтобы использовать исторический опыт. Последнее позволит предсказать, какие организационные решения будут эффективными, а какие нет, какие проблемы возникнут при реализации того или иного варианта и каковы возможные пути решения этих проблем. Когда судебно-медицинский эксперт сталкивается со сложным, нестандартным случаем, по которому нет медицинских технологий и других научных разработок, ему могут помочь публикации схожих случаев из практики других экспертов. Такие публикации составляют золотой фонд судебно-медицинской литературы, однако ситуация осложняется трудностью доступа к описаниям нестандартных случаев, раскиданных по различным изданиям. Библиографическая база данных, позволяющая быстро находить нужную информацию, явилась бы одним из решений проблемы. Выяснить, какие аспекты судебной медицины остались неизученными, можно только с помощью исторических исследований. Результаты такого анализа должны лежать в основе планирования тематики и конкретной реализации научных работ. Изучение внедрения новых методов в практику — наименее исследованный аспект истории судебной медицины. Сбор и глубокий анализ эффективности внедрения новых методов помог бы понять, почему одни методы начинают использоваться широко и повсеместно, а другие так и не находят себе применения. Изучая внедрение новых методов в практику в историческом аспекте, можно установить, какими качествами должен обладать новый метод, чтобы его охотно использовали, а также выявить и устранить организационные, психологические и прочие препятствия к внедрению достижений науки в практику. В настоящее время мировая наука обогатилась принципиально новым методом исследования — наукометрическим. Он стал проявлением общей тенденции повышения объективности исследований и замены описательного подхода количественным. Суть наукометрического метода заключается в том, что анализ научных публикаций по изучаемому вопросу проводится на основе системы специально разработанных количественных параметров (простейший из них — процент, который публикации на данную тему составляют от общего количества публикаций по данной специальности за определенный промежуток времени). Использование наукометрического анализа в исторических целях, несомненно, потребует модификации существующих и разработки новых его параметров. Модификация метода для повышения его информативности в вопросах изучения истории судебной медицины — актуальная методологическая проблема. Для обеспечения продуктивности судебно-медицинской науки необходимо восстановить традицию планирования и координации научных исследований. Первоочередной задачей является создание программы научных исследований по проблемам судебно-медицинской экспертизы. При этом следует подчинить тематику научных исследований, в том числе диссертационных работ, нуждам экспертной и правоохранительной практики. Программа не должна быть неформальным перечнем основных проблем судебной медицины, а включать в себя указания на методические подходы и конкретные методы, использование которых перспективно для решения тех или иных проблем. Таким образом, на данном этапе наиболее актуальными задачами следует признать исследование организации

судебно-медицинской экспертной деятельности, подготовки кадров, планирования научных исследований, их производства и внедрения в практику в различные периоды истории России. В ходе этой работы, помимо классических, должен быть модифицирован и использован наукометрический метод исследования. Объективная и полная систематизация и обобщение исторических сведений приведет к созданию объективной целостной картины формирования российской судебной медицины, что позволит более полно оценить ее настоящее, выявить полезные, но забытые знания с их положительными результатами, предупредить повторение ошибок прошлого и дать основания для суждений о будущем.

## Распространенность маркеров гепатита E среди трудовых мигрантов в Российской Федерации

Алсалих Н.Д., Сычев Д.А., Потемкин И.А., Кюрегян К.К., Михайлов М.И. Российский университет дружбы народов, Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области, Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Москва, Мытищи

Цель: миграция населения является одним из важных факторов, определяющих распространение многих инфекций. Вирус гепатита E (ВГЕ) широко распространен в странах Средней Азии, где с ним связывают крупные вспышки с высокой летальностью среди беременных женщин. Значительно реже ГЕ встречается в странах умеренного климата, в том числе в Российской Федерации (РФ). Завозные случаи гепатита E в РФ описаны, однако потенциальный вклад трудовой миграции в распространение ВГЕ остается неизученным.

Целью данного исследования являлось определение распространенности маркеров ВГЕ-инфекции среди трудовых мигрантов, недавно прибывших в РФ из стран с разной степенью эндемичности в отношении гепатита E.

Материалы и методы. Были исследованы образцы сыворотки крови от 1333 трудовых мигрантов, недавно прибывших в Москву из Узбекистана (n=464), Таджикистана (n=415), Украины (n=308) и Молдовы (n=146). Анти-ВГЕ IgM и IgG определяли с помощью коммерческих ИФА-тестов (ДС-ИФА-АНТИ-HEV-M и ДС-ИФА-АНТИ-HEV-G. РНК ВГЕ определяли в образцах, положительных по анти-ВГЕ IgM, методом ОТ-ПЦР с вырожденными праймерами к участку генома ВГЕ, кодирующему капсидный белок. Результаты. Анти-ВГЕ IgG достоверно чаще выявлялись среди мигрантов из Узбекистана и Таджикистана по сравнению с мигрантами из Украины и Молдовы (25,4% и 43,1%, соответственно против 7,8% и 12,3%, соответственно p<0,05). Данные результаты отражают степень эндемичности в отношении гепатита E регионов происхождения обследованных лиц. Анти-ВГЕ IgM, свидетельствующие о текущей или недавно перенесенной инфекции, выявляли среди мигрантов из Узбекистана, Таджикистана, Украины и Молдовы со сходной частотой — 3,9; 7,8; 5,8 и 6,8% соответственно. Ни в одном из образцов, положительных по анти-ВГЕ IgM, не была выявлена вирусная РНК. В отсутствие подтверждения текущей ВГЕ-инфекции выявлением вирусной РНК остается открытым вопрос о специфичности выявления антител класса IgM у значительной доли лиц без клинических проявлений заболевания. Дальнейший анализ таких образцов с использованием рекомбинантных пептидов, содержащих антигенно-значимые фрагменты белков ВГЕ, позволит ответить на этот вопрос.

Заключение: Значительная доля трудовых мигрантов, прибывающих в г. Москву, имеют анамнестические антитела к ВГЕ, величина этого показателя отражает степень эндемичности страны происхождения мигрантов. Высокая частота выявления анти-ВГЕ IgM у трудовых мигрантов, свидетельствующая о текущей или недавно перенесенной инфекции, позволяет предполагать высокую вероятность завоза в г. Москву ВГЕ-инфекции, что делает необходимым включение в алгоритм обследования маркеров острой ВГЕ-инфекции. Проект осуществлен при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации, уникальный идентификатор проекта RFMEFI61316X0061.

## К вопросу об истории термина «часто болеющие дети»

Альбицкий В.Ю., Шер С.А. Научный центр здоровья детей, Москва

Проблема оздоровления часто болеющих детей (ЧБД) и поддержание их здоровья на должном уровне остается актуальной на протяжении длительного времени и привлекает внимание педиатров, гигиенистов и организаторов детского здравоохранения. «Без решения данной проблемы невозможно добиться успеха в выполнении важной государственной задачи — укрепления здоровья подрастающего поколения, снижения его заболеваемости» [Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 1986].

Цель и задачи исследования. На основе изучения вопроса об истории термина «часто болеющие дети» определить его роль в педиатрии с медицинской и социальной точки зрения.

Материалы и методы. В работе использованы проблемно-хронологический и метод сравнительного анализа. Источниковой базой исследования служили данные монографий, диссертаций, научных статей, методических рекомендаций. Результаты исследования. По данным различных авторов, частота ЧБД в детской популяции существенно варьирует от 5 до 75%. Большинство детей переносят в течение года от 3 до 5 эпизодов острых респираторных инфекций, заболеваемость достоверно выше у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. Однако 15–40% детей болеют острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) значительно чаще и тяжелее, чем их сверстники, на их долю приходится до 68–75% всех случаев [Омолоева Т.С., 2012]. Проблема ЧБД, определение этой группы педиатрических пациентов породила дискуссию на данную тему, которая не утихает и по сей день. Частые (ОРЗ) являются одним из ведущих факторов хронических заболеваний носоглотки, легких, желудочно-кишечного тракта. У ЧБД выше частота бронхиальной астмы, ревматизма, гломерулонефрита и другой патологии. [Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н., 2016]. Важен экономический аспект проблемы, поскольку ЧБД являются причиной выдачи «хронических» больничных листов по уходу за ребенком, обуславливают вынужденную «безработицу» матери, ухудшение психологической обстановки в семье [Мамаева М.А., 2015]. Именно эти характеристики и побудили отечественных педиатров выделить склонных к повышенной заболеваемости ОРЗ детей в особую группу наблюдения и обозначить ее как группу ЧБД. Необходимо помнить, что ЧБД — это не диагноз, а медицинский термин, собирательное понятие, обозначающее большую группу детей, болеющих ОРЗ значительно чаще, чем их сверстники. По данным докторской диссертации В.Ю. Альбицкого «Особенности состояния здоровья детей и система организационных и профилактических мероприятий оздоровления часто болеющих детей» (1985), впервые термин «часто болеющие дети» был предложен в 50-е годы XX столетия доцентом кафедры организации здравоохранения Ленинградского педиатрического медицинского института Ниной Георгиевной Синявской. В 1986 г. В.Ю. Альбицкий и А.А. Баранов в монографии «Часто болеющие дети. Клинические и социальные аспекты. Пути оздоровления» впервые выделили диспансерную группу часто и длительно болеющих детей, и предложили критерии, согласно которым часто болеющим считается ребенок, переносящий в зависимости от возраста более 4–6 раз в год респираторные заболевания [В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, 1986]. Также к группе ЧБД относятся пациенты, страдающие рецидивирующей патологией лор-органов и частыми респираторными заболеваниями или страдающие респираторной аллергией и частыми респираторными заболеваниями [Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н., 2016]. Следует подчеркнуть, что в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, ЧБД — это не диагноз в медицинском понимании этого слова. Вместе с тем не только в отечественных, но и в зарубежных публикациях встречается аналогичный термин. Так, в руководстве английского врача J.G. Barlett используется термин «пациенты с рекуррентными ОРЗ», т.е. дети, болеющие более

8 раз в год. J. Cohen с соавторами вводит термин синдром "sickly child" (часто болеющий ребенок) [Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н., 2016]. Вывод. Таким образом, ЧБД — не только медицинская, но и социально значимая проблема, поскольку за счет ЧБД ухудшаются показатели общего состояния здоровья детского населения, являющегося стратегическим ресурсом страны. Оздоровление часто и длительно болеющих детей требует от врача-педиатра знаний о комплексе медико-социальных мероприятий по снижению уровня ЧБД.

### Коррекция артериальной гипертензии у трудоспособного контингента с помощью рационального питания

Андреева Е.А., Агранович Н.В., Андреева Е.И.  
Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Уровень заболеваний, связанных с неправильным питанием, повышается с каждым годом. Специалисты выявили, что самые устойчивые привычки — это привычки питания. Их коррекция требует взвешенного подхода. Необходимо стремиться достичь цели нормализации массы тела без ущерба для здоровья пациента — физического и психического.

По данным Минздрава России заболевания системы кровообращения выявлены у 32 млн человек, а сердечно-сосудистая смертность среди российских мужчин и женщин 35–74 лет более чем в восемь раз выше, чем во Франции. Во многих исследованиях последних лет выявлено, что в развитии артериальной гипертензии (АГ) не всегда играет роль генетическая предрасположенность или приобретенные поломки регуляторных механизмов артериального давления. Считается, что необходимо дополнительное воздействие комплекса поведенческих факторов, а в частности, привычки питания.

Цель исследования. Выявление коррекции артериальной гипертензии у трудоспособного контингента с помощью рационального питания.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 185 человек, средний возраст которых составил  $42,6 \pm 16,7$  лет. Из них сформировано 2 группы: 1-я группа — лица с АГ I степени (92 человека). Диагноз симптоматической АГ исключался на предшествующих этапах исследования. Группа характеризовалась отсутствием поражения органов-мишеней. АГ у этой группы носила лабильный характер. САД составило  $153,55 \pm 0,01$  мм рт. ст., ДАД —  $92,50 \pm 0,41$  мм рт. ст.; 2-я группа — 93 человека, здоровье с неотягощенным семейным анамнезом по АГ. Они составили контрольную группу. САД составило  $120,43 \pm 0,22$  мм рт. ст., ДАД —  $74,16 \pm 0,61$  мм рт. ст. В обеих группах был проведен сбор данных о предпочтительном типе питания. Использовался опросник, (Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, 2011), позволяющий на основе частотного метода оценки употребления продуктов, богатых животными жирами, свободных от растительной клетчатки, определить связанный с повседневным рационом тип питания. В зависимости от профиля пищевых предпочтений результаты анкетирования позволяли расценить питание как рациональное, не вполне рациональное и нерациональное.

Результаты. Анализируя режим и характер питания, выявлено, что в обеих группах распространено снижение АД на  $9,18 \pm 0,73$  мм рт. ст. и на  $3,6 \pm 0,34$  мм рт. ст. в 1-й и 2-й группах соответственно при соблюдении рационального питания. Зачастую при выполнении рекомендаций по правильному питанию у исследуемых возникали трудности. Основными факторами, препятствующими регулярному питанию, явились: «нехватка времени», «загруженность рабочего дня» и др.

Выводы. Таким образом, у пациентов с АГ, так и у здоровых рациональное и сбалансированное питание способствует снижению АД. Эти данные указывают на необходимость разработки современных образовательных программ по превентивным и лечебным мерам в отношении алиментарно-обусловленных заболеваний у трудоспособного контингента.

### Перитонеальный диализ — перспективы развития в Москве

Андрусев А.М., Котенко О.Н., Лысенко М.А.  
Городская клиническая больница № 52, Москва

К настоящему времени убедительно продемонстрировано, что эффективность перитонеального диализа (ПД) и гемодиализа (ГД) при лечении пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП5) в целом сопоставима. При этом ряд исследований показывает, что затраты на лечение пациента с ХБП 5 ст. в целом, при использовании ПД ниже, чем при ГД, и результаты трансплантации почки (ТП) у пациентов ПД лучше, чем у тех больных, которым до пересадки почки использовался ГД. В то же время в Москве ПД используется в недостаточной мере: его доля в структуре диализных методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) меньше, чем в целом ряде стран Западной и Восточной Европы и составляет не более 10%.

Цель работы: сравнить клиническую и экономическую эффективность ПД и ГД в большой когорте пациентов с ХБП 5 ст. и определить возможные пути оптимизации использования этих методик целью выработки наиболее рациональной модели организации ЗПТ в целом.

Материалы и методы исследования: ретроспективно проанализированы результаты лечения 2158 пациентов (1214 больных на ГД; 944 пациентов на ПД), которые получали лечение диализными методами ЗПТ в ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» в период с 01.04.1995 по 31.12.2015. Длительность наблюдения составила не менее 60 мес, медианы длительности наблюдения: ГД — 20,5 мес (8,2:45,8); ПД — 17,2 мес (8,6:35,5). Из анализа были исключены больные, получавшие ЗПТ менее 1 мес или переведенные с одного вида диализа на другой. Возраст пациентов к началу ЗПТ (медианы в годах): ГД 47 лет (36:58); ПД 50 лет (37:62). Диабетическая нефропатия (СД) была причиной ХБП у 21% пациентов ПД и у 22% больных на ГД. Клиническая эффективность оценивалась по выживаемости больных. Для расчета выживаемости пациентов был использован метод Kaplan-Meier и многофакторный регрессионный анализ Cox (в модель включены пол, возраст, тип нефропатии (сахарный диабет (СД)/недиабетические нефропатии). Сравнительная экономическая эффективность оценивалась по всем фактическим затратам на лечение одного больного на ГД или ПД в год по данным ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» (прямые, включая терапию дорогостоящими лекарственными препаратами, и непрямые затраты в 2015 г.). Расчет выполнен по затратам на лечение всех пациентов ПД и ГД, получавших терапию в анализируемый период (с 01.01.2015 по 31.12.2015 г.). Результаты: однофакторный анализ выявил более высокие показатели выживаемости пациентов без СД моложе 64 лет при использовании ПД в первые 36 мес после начала диализа ( $p < 0,05$ ), в более поздние сроки лечения этот показатель при ПД и ГД не различался и составил через 5 лет 62 и 63% соответственно, 5-летняя выживаемость пациентов с недиабетическими нефропатиями в возрасте 64 лет и старше была значимо ниже при использовании ПД (27%), чем у пациентов ГД (41%,  $p = 0,0049$ ). В группе пациентов с СД моложе 55 лет показатели 5-летней выживаемости составили 48% при ПД и 34% при ГД ( $p = 0,0025$ ). При многофакторном анализе различий в выживаемости пациентов выявлено не было и через 5 лет этот показатель составил 52% при ПД и 50% при ГД (относительный риск смерти при ПД в сравнении с ГД составил 0,92 (95%; ДИ 0,60-1,39;  $p = 0,98$ ). Анализ стоимости лечения одного пациента с ХБП5 диализными методами ЗПТ в течение 12 месяцев показал более низкие затраты при использовании ПД (меньше на 16,6%, чем при использовании ГД) в целом, при этом затраты на использование дорогостоящих лекарственных препаратов в пересчете на 1 год терапии были на 27% меньше в группе пациентов, получавших ПД.

Заключение. В целом эффективность ПД и ГД сопоставима; более высокие показатели выживаемости пациентов молодого возраста (как минимум в первые три года после начала терапии) при использовании ПД позволяют рассматривать этот метод как

оптимальный для подготовки больных к трансплантации почки. С учетом более низких затрат на лечение одного пациента с ХБП5 перитонеальным диализом и его клинической эффективности целесообразно более широкое внедрение ПД с увеличением его доли в структуре диализных методов ЗПТ не менее чем до 20%.

## Показатели эффективности и безопасности антимикробной профилактики у больных хирургического профиля

Андрущишина Т.Б., Лукина М.В., Чукина М.А., Морозова Т.Е.  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: провести анализ показателей эффективности и безопасности схем периоперационной антимикробной профилактики (ПАП) в отделениях хирургического профиля в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ базы данных историй болезней (n=576) пациентов хирургического профиля многопрофильного стационара. Средний возраст пациентов 57,3±14,7 лет, мужчин 347, женщин 229. Длительность пребывания в стационаре M±SD (мин-макс) 18,3±22 (1–147 сут); длительность пребывания в ОРИТ M±SD (мин-макс) 3±7 (1–60 суток). В анализ включены истории болезней следующих отделений: гнойной хирургии (n=329), кардиохирургии (n=177), онкохирургии (n=21), сосудистой хирургии (n=20), прочие (n=7). По характеру оперативного вмешательства: плановые оперативные вмешательства были у 468 больных (81,3%), экстренные — у 108 больных (18,7%). Преобладали пациенты, которым проводились оперативные вмешательства по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы (n=191;33,8%), гнойно-септических заболеваний различной локализации (n=125;21,9%) и операции на органах брюшной полости (n=83;15,5%). Анализируются следующие параметры: пол, возраст, наличие сопутствующей патологии, характер оперативного вмешательства и его объем, клинические исходы, частота инфекционных осложнений, в том числе области хирургического вмешательства (ИОХВ) и частота развития нозокомиальной пневмонии. Также проводили оценку переносимости терапии и характер нежелательных побочных реакций (НПР).

Результаты: Общее количество осложнений инфекционного характера в анализируемой выборке составило 90 случаев (15,6%), среди которых инфекции области хирургического вмешательства составили 45 случаев (50%), инфекции верхних и нижних дыхательных путей — 31 случай (34,4%), сепсис — 7 (7,7%), перитонит — 6 (6,6%), прочие — 2 (2,2%). В зависимости от вида хирургических ран частота развития инфекционных осложнений составила при чистых ранах 14,1% (40 случаев), при условно-чистых — 19,5% (15 случаев), при контаминированных — 26,9% (18 случаев), при инфицированных — 30% (17 случаев). Анализ рациональности схем антибиотикопрофилактики показал, что в 42,7% случаев имели место нерациональный выбор режима дозирования и необоснованное продление приема препаратов в послеоперационном периоде в среднем на 3–5 суток, необоснованное назначение цефалоспоринов III–IV поколения и карбапенемов. Общее количество НПР в данной выборке составило 95 (16,4%), из них только 51 случай (8,8%) ассоциирован с назначением антимикробных препаратов. Среди проявлений НПР преобладали поражения почек, ассоциированные с назначением гликопептидов и аминогликозидов (n=20); антибиотикоассоциированный колит ассоциированный с назначением цефалоспоринов и карбапенемов (n=15); нарушения нервно-психического статуса на фоне назначения фторхинолонов и метронидазола (n=7); удлинение интервала Q-T на фоне назначения фторхинолонов (n=3). Остальные НПР не ассоциированы с назначением антимикробных препаратов. Основные проявления: контраст-индуцированное поражение почек n=15 (34,4%), нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы n=14 (34,4%), геморрагические осложнения n=13 (29,1%), остальные n=2 (4,5%).

Выводы: таким образом, у больных хирургического профиля на фоне применения различных схем периоперационной антибактериальной профилактики частота осложненных инфекционного характера в среднем составляет 15,6% и достигает 26,9% при контаминированных ранах. Высокий процент инфекционных осложнений может быть связан с тем, что распространенными ошибками являются выбор нерациональных схем, нарушения режимов дозирования антибиотиков и необоснованное продление схем в послеоперационном периоде более 24–48 часов. Низкий уровень НПР, ассоциированных с назначением антимикробных препаратов, возможно также связан с нарушениями схем антимикробной профилактики и режимов дозирования препаратов, в частности назначением препаратов в неадекватно низких дозировках, что негативно отражается на эффективности проводимой терапии.

## Сахарный диабет в Москве: вопросы эпидемиологии и контроля заболевания

Анциферов М.Б.  
Эндокринологический диспансер, Москва

Заболеваемость сахарным диабетом неуклонно прогрессирует во всем мире и уже достигла масштабов эпидемии. По данным Международной диабетической федерации (IDF) в мире насчитывается 415 млн чел. больных сахарным диабетом (СД). На 1 января 2016 г. в России зарегистрировано 4,3 млн пациентов с СД. За последние 15 лет количество больных СД увеличилось на 2 млн человек. Заболевание неуклонно прогрессирует, причем со скоростью, превышающей распространение инфекционных заболеваний. Структура эндокринных заболеваний в Москве за последние годы не претерпела значительных изменений. Лидирующие позиции занимает СД — 48%. Ежегодно количество больных СД возрастает на 4–5%. На 01.01.2016 г. в Москве было зарегистрировано 343 тыс. больных СД, из них 322 тыс. чел. — с СД 2 типа и 21 тыс. чел. — диабетом 1 типа, включая 3 тыс. детей и подростков. 94% зарегистрированных с СД, составляют больные СД 2 типа. За год количество больных диабетом увеличилось на 9 тыс. чел. По данным городского бюро медицинской статистики, распространенность СД среди москвичей в 2015 году составила 3,3% (3 252 чел. на 100 тыс. населения). В течение трех лет (2013–2015 г.г.) проводилось общероссийское исследование NATION, изучавшее распространенность СД 2 типа среди жителей различных регионов страны, включая Москву. Данные исследования показали, что 23% москвичей имеют предиабет (уровень HbA1c от 5,7 до 6,5%), а 5,8% больны диабетом (уровень HbA1c выше 6,5%). При этом у 3,9% диагноз уже был установлен, а у 1,9% жителей столицы был выявлен впервые. В Москве ситуация сравнима с общеевропейской: на двух больных с диагностированным диабетом приходится один пациент с невыявленным (скрытым) заболеванием. Известно, что заболеваемость СД заметно возрастает после 50 лет. Среди москвичей в возрасте 50–54 лет СД имеют 9,5%; в возрасте 55–59 лет — 14,8%, в старшей возрастной группе (75–80 лет) — 15,3%. Учитывая, что средняя продолжительность жизни растет (в Москве она составляет 77 лет), число людей, страдающих этим заболеванием, будет только увеличиваться. У больных с уже выявленным СД 2 типа средний уровень HbA1c составил 6,9%. Среди больных с недиагностированным СД средний показатель HbA1c был на уровне 8,0%. Помимо данных по СД, в исследовании NATION была получена информация о распространенности ожирения: в Москве только 28% обследованных имели нормальную массу тела (ИМТ < 25 кг/м<sup>2</sup>), 35% — избыточный вес (ИМТ < 30 кг/м<sup>2</sup>), а у 37% москвичей выявлено ожирение (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>).

Для оптимизации контроля уровня HbA1c необходимо активизировать работу по таким направлениям, как обучение врачей, использование новых антидиабетических препаратов, комбинированной терапии и своевременной интенсификации лечения.

## Самоконтроль как фактор управления сахарным диабетом

Анциферов М.Б., Котешкова О.М.  
Эндокринологический диспансер, Москва

Самоконтроль уровня глюкозы в крови (СКГК) является неотъемлемой частью в управлении сахарным диабетом (СД) 1 типа. Он крайне важен для своевременной оптимизации сложных схем инсулина, для безопасности проводимой терапии. СКГК проводят и пациенты с СД 2 типа на интенсивной инсулинотерапии. В мире накоплен достаточный опыт, подтверждающий важность именно структурированного самоконтроля в компенсации СД. С учетом индивидуализации терапии пациентов с СД необходимо дифференцированно подходить к рекомендациям по частоте проведения тестов при проведении самоконтроля гликемии в домашних условиях. Конечная цель самоконтроля — оптимальное использование мониторинга гликемии для повышения эффективности и безопасности сахароснижающей терапии, предотвращения осложнений и расширение возможностей пациента для управления диабетом и более продолжительной активной жизни. СКГК — предусматривает сбор подробной информации пациентом о показателях гликемии в течение суток, для коррекции терапии и изменения образа жизни с целью улучшения гликемического контроля и предотвращения развития острых и хронических осложнений СД. С этой целью пациенты мониторят гликемию с помощью глюкометра, проводя забор крови из пальца несколько раз в течение суток. Один раз в 3 месяца у больных СД определяют уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Для измерения уровня глюкозы в крови в режиме реального времени используют непрерывные системы мониторинга глюкозы с подкожно имплантированным датчиком, который проводит измерения автоматически каждые 4–10 минут. Одним из основных положений в руководствах Американской диабетической ассоциации и Европейской ассоциации по изучению диабета является индивидуализация целей лечения и терапевтических стратегий для каждого пациента с СД. Информация об уровне гликемии, полученная большим при мониторинге, является основанием для коррекции терапии и ее адаптации к образу жизни. Она позволяет пациенту принимать более активное участие в контроле за заболеванием. В связи с этим пациенты должны иметь высокий уровень мотивации и достаточный объем знаний по вопросам о диабете. Однако со временем у большинства пациентов уровень мотивации снижается. Существуют различные причины снижающие приверженность к терапии. Это отсутствие достаточного уровня знаний и навыков управления диабетом, недопонимания значимости соблюдения всех рекомендаций врача, провалы в памяти, отказ от выполнения рекомендаций в связи со страхом (например отсутствие самоконтроля в связи со страхом увидеть высокие показатели гликемии, нехватка ресурсов (тест-полоски, отсутствие сахароснижающего препарата). Известно, что пациенты с высокой приверженностью к терапии чаще проводят профилактическое обследование, не курят, постоянно контролируют показатели гликемии, а при проведении инсулинотерапии регулярно проводят коррекцию дозы инсулина. Для повышения приверженности пациентов к проводимой терапии, проведения самоконтроля важно: насколько это возможно проводить образование пациента, адаптировать лечение пациента к конкретному образу жизни, осуществлять постоянную взаимосвязь с врачом. Доказано, что только контроль гликемии позволяет снизить риск развития микро- и макрососудистых осложнений СД. По данным исследования UKPDS, снижение уровня гликированного гемоглобина на 1% сопровождается снижением риска микрососудистых осложнений СД на 37% и снижением на 21% риска связанных с СД заболеваний и смерти. Поэтому, для повышения мотивации пациентов на проведение самоконтроля, они должны проходить обучение в школе диабета. Важным фактором в повышении качества самоконтроля является наличие у больных СД точных глюкометров. Современные портативные глюкометры позволяют

проводить измерение гликемии в течение 5 секунд. Для этого требуется минимальный объем крови (менее 2 мкл.). Можно рассчитывать средние показатели гликемии до и после еды. В памяти глюкометров может храниться до 500 результатов. Некоторые глюкометры снабжены болюсным калькулятором, с помощью которого пациенты могут получать информацию о дозах инсулина, который необходимо ввести. Таким образом, управление сахарным диабетом и поддержание целевых параметров контроля СД не возможно без проведения самоконтроля в домашних условиях.

## Современная пероральная сахароснижающая терапия в лечении сахарного диабета 2 типа

Анциферов М.Б., Котешкова О.М.  
Эндокринологический диспансер, Москва

Сахарный диабет (СД) 2 типа наиболее распространенное эндокринное заболевание с сохраняющейся тенденцией к увеличению количества больных. По данным экспертов ВОЗ в 2014 г. в мире насчитывалось 387 млн больных СД, а к 2035 году ожидается уже 592 млн пациентов. Более 70% больных СД 2 типа не достигают целевых параметров контроля углеводного обмена. Поэтому, актуальной является разработка обоснованных патогенетически схем терапии. СД 2 типа относится к заболеваниям со сложными патогенетическими механизмами развития, основными из которых являются инсулинорезистентность (ИР), дисфункция  $\alpha$ - и  $\beta$ -клеток поджелудочной железы, дефицит глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) и снижение его влияния на различные органы и системы. С появлением новых групп ССП, таких как аналоги глюкагоноподобного пептида-1 и тиазолидиноны, научный интерес представляет поиск дополнительных маркеров, позволяющих определить индивидуализированные показания к назначению препаратов в условиях трехкомпонентной терапии. Не до конца изучены взаимодополняющие эффекты росиглитазона и эксенатид в комбинации с метформином и глибенкламидом в реальной клинической практике в связи с редкой частотой использования. Нет, убедительных данных оценивающих влияние трехкомпонентной терапии метформин+глибенкламид+ексенатид или метформин+глибенкламид+ро сиглитазон на ИР, функцию  $\alpha$ - и  $\beta$ -клеток поджелудочной железы, уровень секреции ГПП-1.

Цель исследования: выявить дополнительные маркеры для выбора препарата при интенсификации двухкомпонентной терапии эксенатидом или росиглитазоном у больных СД 2 типа.

Материалы и методы: 45 чел. на терапии метформином и глибенкламидом. Оценка результатов — исходно и через 6 месяцев. Основная группа (30 чел.) — интенсификация терапии эксенатидом, группа контроля (15 чел.) — интенсификация терапии росиглитазоном. Оценка функциональной активности  $\beta$ -клеток, инсулинорезистентности (ИР), соотношения проинсулина к инсулину, динамики уровня инсулина, глюкагона, проинсулина, глюкозы плазмы крови на фоне перорального глюкозотолерантного теста (0-180 мин.), расчет площади под кривой.

Результаты: на фоне интенсификации терапии эксенатидом площадь под кривой глюкозы уменьшилась на 27%, ( $p \leq 0,0001$ ), глюкагона — на 13,1%, ( $p < 0,05$ ), проинсулина на 17,5%, ( $p = 0,01$ ), инсулина не достоверно увеличилась на 11% ( $p = 0,06$ ). Абсолютное снижение HbA1c составило  $\Delta 1,6 [1,2; 1,9]\%$ , ( $p < 0,001$ ). Исходно HOMA- $\beta$  — 34,8 [23,7; 48,3], через 6 месяцев 53,8 [38,0; 88,1], ( $p < 0,001$ ), исходно HOMA-IR 7,0 [5,0; 8,9], через 6 месяцев 5,6 [4,8; 8,8], ( $p = 0,07$ ). На фоне интенсификации терапии росиглитазоном площадь под кривой глюкозы уменьшилась на 14,5%, ( $p < 0,004$ ), проинсулина на 11,2%, ( $p = 0,01$ ), не выявлено изменений площади под кривой инсулина ( $p = 0,06$ ) и глюкагона ( $p = 0,7$ ). Абсолютное снижение HbA1c —  $\Delta 0,9 [0,3; 1,3]\%$ , ( $p < 0,001$ ). Исходно HOMA-IR 7,1 [4,2; 9,1], через 6 месяцев 4,2 [3,8; 7,2], ( $p < 0,001$ ), HOMA- $\beta$  — 34,7 [24,5; 62,8], через 6 месяцев 34,5 [25,2; 47,2], ( $p = 0,9$ ). Достоверное изменение соотношения проинсулин/инсулин в сторону уменьшения синтеза и секреции проинсулина натощак и на 120 минуте теста отмечено только при интенсификации терапии эксенатидом ( $p = 0,05$ ,  $p^1 = 0,01$ ).

Выводы: при отсутствии компенсации СД 2 типа на двухкомпонентной терапии добавление третьего препарата росиглитазона предпочтительнее у пациентов имеющих ИР (НОМА-IR>7), а эксенатида — при снижении функциональной активности  $\beta$ -клеток поджелудочной железы (НОМА- $\beta$   $\geq 35$ ). Повышение НОМА- $\beta$  на 54,5% в случае добавления эксенатида сопровождалось улучшением процессов синтеза инсулина (снижение площади под кривой проинсулина на 11,2%, соотношения проинсулин/инсулин на 26,3%), функциональной активности  $\alpha$ -клеток поджелудочной железы на 13,1% (по оценке площади под кривой глюкагона).

## Хирургическое лечение сочетанных форм генитального пролапса

Апресян С.В., Камоева С.В., Лобода Т.И., Хлынова С.А., Слободянюк Б.А., Димитрова В.И., Доброхотова Ю.Э.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Частота встречаемости сочетанных форм пролапса гениталий (ПГ) и стрессового недержания мочи (СНМ) достигает 49–63%. Среди пациенток с ПГ 3–4 стадии скрытая форма СНМ выявляется у 80%. Единственным радикальным методом лечения ПГ в настоящее время является хирургический метод, однако единых подходов в необходимости одновременного выполнения сочетанных операций, направленных на коррекцию ПГ и СНМ, в литературе нет. Цель исследования: разработка современной модели реконструктивно-пластических операций для улучшения долгосрочных результатов хирургического лечения сочетанных форм ПГ и повышения качества жизни больных.

Задачи исследования: изучить результаты различных методов коррекции стрессового недержания мочи у пациенток с сочетанными формами генитального пролапса.

Для достижения цели было проведено обследование и лечение 252 женщин с ПГ и СНМ с 2000 по 2015 г. вагинальным доступом с применением различных синтетических систем и методик их установки. Сформированы клинические группы: I группа (n=74) — с применением бестроакарной синтетической системы, в том числе 32 без антистрессовой коррекции. Антистрессовая коррекция проведена 42 пациенткам I группы: органосохраняющие операции с использованием синтетического трансобтураторного слинга (n=23); влагалищные гистерэктомии (ВГ) с импровизированным слингом собственными тканями (n=19). II группа (n=63) — с установкой троакарной синтетической системы с антистрессовой коррекцией (n=32) — модификация с фиксацией переднего в края сетки на уровне среднего отдела уретры в виде слинга и без антистрессовой коррекции (n=31) — общепринятой методикой. III группа (n=115) — оперированные с использованием только собственных тканей. 44 участницы III группы была выполнена ВГ с импровизированным слингом (антистрессовая коррекция), а 71 — органосохраняющие операции, не включающие антистрессовый компонент. Средний возраст составил 59,2 $\pm$ 1,5 лет. Достоверных отличий в группах и подгруппах по числу ранних послеоперационных осложнений не выявлено. Поздние послеоперационные MESH-ассоциированные осложнения, связанные с формированием эрозий слизистой влагалища и экстррузии сетчатого имплантата вследствие неполного заживления тканей, были выявлены у пациенток II группы 4 (6,3%) при осмотре через 6 месяцев после операции. Диспареуния у сексуально активных представительниц преобладала во II группе (13,2%) в сравнении с I группой (1,6%). В I группе сохранение симптомов СНМ после операции было выявлено у 20 (27,0%) женщин, которым не проводилась антистрессовая коррекция. Рецидив ПГ в течение 5 лет наблюдения в I группе возник у 4 (5,4%) женщин. Во II группе сохранение симптомов СНМ наблюдалось у 13 (20,6%) женщин, которым применялась традиционная методика установки синтетического имплантата без дополнительной антистрессовой коррекции. Рецидив ПГ выявлен у 10 (15,8%) пациенток. В III группе сохранение симптомов СНМ отмечено у 12 (10,4%) пациенток.

Число рецидивов с 1 по 5-й год наблюдения составило 27 (23,5%). При наблюдении до 5 лет частота рецидивов СНМ после ВГ с импровизированным слингом составила 8 (6,9%). В группах пациенток, которым устанавливали синтетическую систему Периджи в нашей модификации, а также синтетический трансобтураторный слинг Монарк рецидивы СНМ за указанный период не выявлены. Пациентам, у которых диагностировано СНМ, проведен второй этап — слинговая операция. Отдаленная эффективность после проведенного нами хирургического лечения генитального пролапса составила в I группе — 94,6%, во II группе — 84,1% и в III группе — 76,5%. Таким образом, дифференцированный подход с одномоментной коррекцией ПГ и СНМ позволил нам добиться наиболее эффективных анатомических и функциональных результатов хирургического лечения ПГ и повышения качества жизни пациенток.

## Современные подходы к лечению послеродовых гнойно-септических заболеваний

Апресян С.В., Димитрова В.И., Слюсарева О.А.  
Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Актуальность. Послеродовые гнойно-септические заболевания являются одной из актуальных проблем современного акушерства вследствие их высокой распространенности и отсутствия тенденции к снижению. В структуре причин материнской смертности в мире инфекционные осложнения занимают 4-е место и составляют 11%. В течение последних 10 лет они стойко занимают 3 место в структуре причин материнской смертности в РФ. В 2015 г. по данным Департамента здравоохранения г. Москвы, в структуре причин материнской смертности отсутствуют инфекционные осложнения.

Цель исследования: усовершенствовать алгоритм ведения пациенток с различными формами послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Материалы и методы: в исследование, проведенное на базе ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» было включено 276 женщин, поступивших в гинекологический стационар с гнойно-септическими заболеваниями. По клиническому течению гнойно-септические заболевания разделили на 2 клинические формы: неосложненные и осложненные. Группу с неосложненными гнойно-септическими заболеваниями составили 265 родильниц, которые были разделены еще на 3 подгруппы: первую составили 198 женщин с диагнозом «эндометрит после самопроизвольных родов», вторую — 61 с диагнозом «эндометрит после оперативных родов», третью — 6 с диагнозом «эндометрит после оперативных родов». Частичная несостоятельность швов на матке, эта группа родильниц могла в любой момент, при неправильном консервативном ведении, при неэффективности проводимой терапии перейти в группу осложненных. Ко второй группе мы отнесли 11 женщин с осложненными формами гнойно-септических заболеваний, которые также были разделены на 2 подгруппы — 10 женщин с диагнозом «перитонит» и 1 женщина с диагнозом «перитонит+сепсис». Родильницам проводилось клинико-лабораторное обследование, включающее: клинический анализ крови; общий анализ мочи; биохимия крови; коагулограмма; группа крови, резус фактор; бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала; прокальцитонин. Инструментальное обследование включало проведение УЗИ, рентгенографии органов брюшной полости, компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ и МРТ). Результаты собственных исследований. Родильницам I группы назначалась антибактериальная терапия, согласованная с клиническим фармакологом, включающая, ингибиторозащитные аминопенициллины, цефалоспорины III–IV поколения и имидазол, карбопенымы и гликопептиды. Всем родильницам с эндометритом после своевременных и оперативных родов проводилась гистероскопия с целью удаления патологического субстрата из полости матки и адекватной санации очага инфекции. Родильницам с частичной несостоятельностью швов на матке в 100% проводилась

гистероскопия в сочетании с лапароскопией, причем, чем раньше предпринято это вмешательство с диагностической или лечебной целью, тем лучше исход заболевания, тем меньше вероятность развития акушерского перитонита. При выявлении перитонита с или без синдрома системной воспалительной реакции по данным прокальцитонинового теста ( $0,5 \text{ нг/мл} < \text{ПКТ}$  — без ССВР, при  $0,5 < \text{ПКТ} < 2 \text{ нг/мл}$  — с ССВР) предположительный объем операции включал проведение метропластики. После получения результатов клинико-лабораторного обследования, наличия данных за перитонит, совместно с хирургами 11 родильницам произведена нижнесредняя лапаротомия. Всем пациенткам с несостоятельностью швов на матке и акушерским перитонитом вне зависимости от формы и распространенности перитонита были выполнены органосохраняющие операции. 2 женщинам произведено по 2 программированных санационных релапаротомии, которые помогли адекватно санировать брюшную полость и самое главное сохранить матку, а, значит, репродуктивную функцию. У 1 родильницы диагностирован перитонит и сепсис, при этом объем операции при релапаротомии должен был составить — экстирпация матки как источника инфекции, но с учетом положительной динамики удалось сохранить орган.

**Выводы:** разработанный алгоритм ведения пациенток с различными формами послеродовых гнойно-септических заболеваний, позволил в 100% сохранить репродуктивную функцию и избежать ранних послеоперационных осложнений.

### Противодействия биологическим угрозам (заносу инфекций) в многопрофильном скорпомощном стационаре

Аронов Л.С., Сობоль В.Н.  
Городская клиническая больница № 13, Москва

Главным критерием оценки биологической безопасности любого стационара является, прежде всего, здоровье пациентов, медицинского персонала и состояние внутрибольничной среды. Многопрофильный скорпомощный стационар имеет свои особенности и отличается от других видов стационаров тем, что оказание экстренной помощи пациенту проводится без предварительного обследования в амбулаторно-поликлинических условиях. В связи с этим повышается риск заноса возбудителей в стационар. Общее число заносов инфекционных заболеваний с 2010 года увеличилось в 3 раза. В 2015 г. зарегистрировано 2107 случаев заносов инфекционных заболеваний (больные и вирусоносители), по сравнению с 2014 г. увеличение составило 17,8%. Заносы в основном за счет социальнозначимых инфекций (вирусных гепатитов, сифилиса, туберкулеза, ВИЧ), гриппа, внебольничных пневмоний. В структуре заносов инфекций, как и в предыдущие годы, преобладали гемоконтактные инфекции, на долю которых приходилось 57,6% (2014 г. — 54,3%). Частота обнаружения вирусов гепатита и ВИЧ у пациентов во многом определяет риск профессионального заражения, наиболее высокие показатели зарегистрированы у пациентов хирургического профиля. Самым заметным процессом явился рост доли пациентов с ВИЧ-инфекцией с 5,1% в 2011 г. до 13,6% в 2015 г. В стационаре используется экспресс-тестирование пациентов с неизвестным ВИЧ-статусом. Все аварийные аптечки снабжены экспресс-тестами. В стационаре разработан алгоритм действия медицинского работника при «аварийной ситуации», форма журнала учета травм и чрезвычайных ситуаций медицинских работников, положение о ведении журнала учета травм и чрезвычайных ситуаций медицинских работников. Большую эпидемиологическую опасность как источника инфекции представляют не столько ВИЧ инфицированные, сколько носители гепатитов В и С — в структуре заносов инфекций составляют 44,0%. Зарегистрировано по 1 случаю заноса ветряной оспы, генерализованной формы менингококковой инфекции, в отделениях были введены ограничительные мероприятия. Гриппа типа А, В, ОРВИ — 2,3% (2014 г. — 1,7%), стационар обеспечен тест-системами для выявления антигенов вируса гриппа типов А и В. Ситуация по

социально обусловленным инфекциям (заносам в стационар) имеет стойкое неблагополучие, в 2015 г. зарегистрировано 508 случаев сифилиса, 1 трихомониаз (2014 г. — 299 сл., 2013 г. — 435 сл.). Актуальность заболевания связана с осложнениями, возникающими в результате течения этих заболеваний. Туберкулеза зарегистрировано 10 случаев (2014 г. — 10 сл., 2013 г. — 11 сл.), среди сотрудников 1 случай туберкулеза, который имеет не профессиональное заражение. По гриппу и ОРВИ в эпидсезон 2015 — 2016 гг. в стационаре вводились ограничительные мероприятия, отмечалась умеренная интенсивность эпидемического процесса гриппа. Также проводилась работа по информированию сотрудников о мерах личной и общественной профилактики заболеваний гриппом и ОРВИ. Проведена неспецифическая профилактика медицинских работников в детском корпусе, специфическая профилактика среди сотрудников и прикрепленного населения, было привито 7060 чел., медработники акушерского филиала привиты на 76%, стационара на 87,7%, что способствовало сдерживанию распространения гриппа и ОРВИ среди сотрудников. Из приведенных данных видим, что сохраняется массивный резервуар инфекций среди населения, обращающегося за медицинской помощью. В связи с этим повышается риск инфицирования медицинских работников, следовательно медперсонал должен четко соблюдать все меры предосторожности, использовать специфическую профилактику. Внедрение в практику работы стационара разработанных организационно-гигиенических и противозидемических мероприятий по оптимизации системы заноса инфекционных заболеваний, своевременное выявление и изоляция больных не привели к групповым внутрибольничным инфекциям, и прежде всего это качественная работа приемных отделений, которые являются первым фильтром на пути инфекции.

### Подходы к лечению антителоопосредованного острого и хронического отторжения трансплантата почки

Артюхина Л.Ю., Столяревич Е.С., Фролов А.В., Иванова Е.С., Котенко О.Н., Томилина Н.А.  
Городская клиническая больница № 52, Москва

Отторжение является основной патологией в структуре поздней дисфункции почечного аллотрансплантата (ПАТ). Наиболее серьезную проблему составляет гуморальное отторжение, развивающееся в поздние сроки после трансплантации почки и характеризующееся резистентностью к терапии данного варианта отторжения и плохим прогнозом. Обсуждаются различные подходы к терапии гуморального отторжения, направленные на удаление антидонорских антител и предупреждение их дальнейшего образования. Однако вопрос об эффективности такого лечения до настоящего времени остается предметом изучения. Цель исследования — изучить эффективность комплексной терапии гуморального отторжения плазмаферезом (ПФ) в сочетании с внутривенным введением иммуноглобулина (ВВИГ) и ритуксимаба при позднем гуморальном отторжении в зависимости от его клинико-лабораторной и морфологической характеристики. Материалы и методы: в исследование включены 140 реципиентов с морфологически верифицированным гуморальным отторжением ПТ. Срок после трансплантации составил в среднем  $75,4 \pm 59$  мес. Дисфункция трансплантата характеризовалась повышением креатинина плазмы (Scr) в среднем до  $236 \pm 134$  мкмоль/л и/или протеинурией ( $1,83 \pm 1,81$  г/сут). У всех больных определялись анти-HLA-антитела методом ELISA. Морфологическое исследование включало светооптическую и иммунофлюоресцентную диагностику с определением свечения C4d фрагмента комплемента. В 59 случаях имело место острое, в 81 — хроническое активное гуморальное отторжение. 57 реципиентов (28 с острым и 29 с хроническим отторжением) лечились сеансами плазмафереза (№4–6) в сочетании с низкими дозами ВВИГ ( $0,5–1,0$  г/кг) с последующим введением ритуксимаба —  $375 \text{ мг/м}^2$ . Контрольную группу составили 83 пациента

с острым (n=31) и хроническим активным (n=52) отторжением, не получавших патогенетического лечения (исторический контроль). Исследуемая и контрольная группы не различались по возрасту, сроку после ТП, а также по клинико-морфологическим характеристикам, в том числе по Scr, протеинурии, а также выраженности гломерулосклероза и тубулоинтерстициального фиброза.

Результаты: темпы снижения СКФ оказались значительно ниже в исследуемой группе по сравнению с контролем: —  $0,2 \pm 1,4$  мл/мин/мес и —  $1,19 \pm 2,7$  мл/мин/мес соответственно ( $p=0,014$ ). Эта закономерность сохранялась в подгруппах острого и хронического отторжения. Как следствие, 3-летняя выживаемость составила 49,9% и 33,3% в исследуемой и контрольной группе соответственно ( $p=0,01$ ).

Заключение: комбинированная терапия ПФ, ВВИГ и ритуксимабом способствует стабилизации функции и торможению прогрессирования дисфункции почечного трансплантата при позднем остром и активном хроническом гуморальном отторжении.

## Некоторые особенности ранений, причиненных дротиками из духовых ружей

Байбарза Н.В., Макаров И.Ю., Лоренц А.С.  
Российский центр судебно-медицинской экспертизы, Москва

В настоящее время духовые ружья пользуются большой популярностью среди населения разных возрастных групп. Круг применения духовых ружей не ограничивается развлекательной стрельбой, их используют для охоты и спортивной стрельбы. В России духовые ружья и дротик к ним находятся в свободной продаже без возрастных ограничений покупателей, специальной сертификации не подлежат. Каких-либо данных о случаях поврежденных (ранений) из духовых ружей в доступной отечественной специальной литературе не имеется. В США и некоторых странах Европы (Швеция, Великобритания и др.) оборот духовых ружей среди гражданского населения строго регламентирован законом. Хранение, распространение и стрельба из них запрещены в Калифорнии, Массачусетсе, округе Колумбии и Нью-Йорке. В остальных же штатах духовые ружья используются для спортивно-развлекательной стрельбы в специализированных местах (спортивных клубах, полигонах и др.). Широкое распространение духовых ружей за рубежом привело к использованию их в криминальных целях, в том числе и для «бесшумного» нападения на людей. В специальной литературе имеется информация о шести случаях слепых проникающих ранениях шеи, туловища и конечностей человека глубиной до 4,5 см в условиях неочевидности — никто из потерпевших не видел нападавшего, а так же не слышал звуков выстрела. В случаях повреждения передней стенки живота ранения носили проникающий характер, и пострадавшие нуждались во врачебной помощи. В трех случаях полицейским удалось выйти на подозреваемого, обнаружив на месте происшествия дротик, предназначенные для стрельбы из духовых ружей, и построив возможную баллистическую траекторию их полета. Нередко встречаются случаи несмертельных «самоповреждений» стрелков в результате аспирации ими дротиков в процессе «зарядки» духовых ружей: во всех случаях пострадавшие совершали одну и ту же ошибку: делали глубокий вдох, уже прислонив трубку духового ружья ко рту. По словам доктора К., хирурга-педиатра и оториноларинголога национальной детской больницы Колумбии, штата Огайо, особо опасен момент глубокого вдоха тем, что голосовые связки полностью раскрываются и инородное тело попадает прямо в дыхательные пути.

Таким образом, в судебно-медицинской экспертной практике нет данных, позволяющих комплексно и объективно диагностировать ранения, причиненные выстрелами из духовых ружей. В то же время применение для стрельбы дротиков обладающими своеобразными конструктивными особенностями, существенно влияет на морфологические признаки возникающих повреждений, что может служить предпосылкой для их объективного дифференцирования.

## Прогнозирование лейко- и нейтропении при лечении больных хроническим гепатитом С с применением интерферонсодержащих схем терапии

Бакулин И.Г., Дианова Н.Х., Винницкая Е.В., Простов М.Ю.  
Московский клинический научный центр, Москва

Цель исследования: изучение влияния исходных характеристик пациента хроническим гепатитом С (ХГС) 1 генотипа на прогнозирование развития лейкопении (ЛП) и нейтропении (НП) на фоне интерферон-содержащих схем лечения.

Материалы и методы. Обследовано 117 пациентов с диагнозом ХГС 1 генотипа, проходивших лечение в ГБУЗ МНЦ ДЗМ в 2013–2016 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n=53) — с противовирусной терапией (ПВТ) пегилированным интерфероном-а и рибавирином (ПЕГ-ИФН- $\alpha$ +РБВ); 2 группа (n=64) — ПЕГ-ИФН- $\alpha$ +РБВ+ингибитор протеазы: с боцепревирином — (n=24), с телупревирином — (n=27), с симепревирином — (n=24). Статистическая обработка данных выполнена на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и пакета прикладных программ STATISTICA 10 (США). Для оценки вероятности наступления ЛП и НП были использованы математические модели на основании алгоритма CART (классификация и регрессия с помощью деревьев принятия решений). Исследовано влияние исходных факторов: пол, возраст, вес, индекс массы тела (ИМТ), вирусная нагрузка, генотипа интерлейкина 28В (ИЛ-28В), исходный уровень лейкоцитов и нейтрофилов, активность аланинаминотрансферазы, степень фиброза, длительность инфицирования, наличие предшествующей терапии. Абсолютные значения лейкоцитов и нейтрофилов анализировались на 4, 12, 24, 48 неделях терапии, а также через 4, 12, 24 неделю после окончания ПВТ.

Результаты. Частота ЛП и НП составила 63,25% и 75,21%, соответственно. При оценке вероятности наступления ЛП при применении математической модели методом построения деревьев принятия решений получены «портретные» различия по полу. Примером типичного «портрета» пациента с негативным прогнозом по развитию ЛП может являться: 1. женщина со сроком HCV инфицирования менее 5 лет. 2. мужчина моложе 50 лет, весом более 75,5 кг, с СС- или СТ-генотипом ИЛ-28В. Чувствительность модели для ЛП составила 81,02%, специфичность — 80,00%, точность — 80,19%. Примером типичного «портрета» пациента с негативным прогнозом по развитию НП могут быть: пациенты старше 26 лет и весом менее 58,5 кг. Чувствительность модели для НП составила 94,11%, специфичность — 40,00%, точность — 79,57%.

Выводы: 1. Впервые в российской практике проведено прогнозирование нежелательных явлений (ЛП и НП) при лечении больных ХГС с использованием математических моделей методом построения деревьев принятия решений. 2. Исследование показало прогностическую значимость пола, возраста, веса, генотипа ИЛ-28В, длительности инфицирования. 3. Простота, удобство, дешевизна, неинвазивность и высокая диагностическая точность позволяют использовать данный метод для прогноза гематологических нежелательных явлений (лейко- и нейтропении) у пациентов с ХГС перед проведением противовирусного лечения.

## Биологические особенности и терапия агрессивных в-клеточных лимфом с коэкспрессией белков MYC/BCL2 или перестройкой генов MYC/BCL2

Барях Е.А., Мисюрина А.Е., Мисюрина Е.Н., Ковригина А.М., Обухова Т.Н., Кравченко С.К., Магомедова А.У.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Основной целью исследование являлось выявление клинических, морфологических, иммунофенотипических и цитогенетических особенностей double-hit и double-expresser лимфом, разработка оптимальной тактики терапии, оценка эффективности



трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (аутоТГСК). В анализ включено 85 больных, 45 мужчин и 40 женщин с медианой возраста 46,6 (15–73) лет, 62 пациента с диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомой (ДВККЛ) и 23 с β-клеточной лимфомой неклассифицируемой, занимающей промежуточное положение между ДВККЛ и лимфомой Беркитта (ВНЛ), получавших терапию по протоколам ЛБ-М-04/ m-NHL-BFM-90 в ФГБУ ГНЦ МЗ РФ и ГБУЗ ГКБ №52 ДЗМ с 2001 по 2015 г. Козэкспрессия MYC/BCL2 выявлена у 25 (29%) больных. double-expresser лимфому чаще диагностировали в группе ВНЛ, чем в ДВККЛ, в 44% и 24% случаев соответственно. Цитогенетическое исследование проведено 83/85 (98%) больным. У 2 пациентов ВНЛ в связи с низким качеством парафиновых блоков не удалось получить результат. Стандартное цитогенетическое исследование выполнено 27 больным (19 пациентам ДВККЛ и 8 ВНЛ). Комплексные нарушения кариотипа выявлены в 22/27 (81%) случаев. Перестройка гена с-MYC определялась у 12/83 (14%) пациентов, 11 ВНЛ и одного больного ДВККЛ. double-hit лимфома диагностирована у 6 (7%) больных (5 MYC+/BCL2+, 1 MYC+/BCL6+), “single-hit” лимфома выявлена в 6 случаях. В 5/12 случаях выявлена транслокация t (8;14)(q24;q32), 1/12 — t (2;8)(p21;q24) 2/12 — t (8;22)(q24;q11) (выявлены перестройки локусов генов с-MYC и IGL), 3/12 перестройка с-MYC с не-IG-партнером (отсутствовала транслокация t (8;14)(q24;q32) и перестройки локусов генов IGH и IGL), в 1 случае транслокации с участием гена с-MYC партнер не уточнен (выявлена перестройка гена с-MYC при отсутствии транслокации t (8;14)(q24;q32)). При сопоставлении результатов цитогенетического и иммуногистохимических исследований выявлено, что из 25 случаев с коэкспрессией MYC/BCL2 double-hit лимфома диагностирована у 4 больных. Из 6 случаев double-hit лимфом только 4 являлись одновременно и double-expresser лимфомами. Из 12 случаев перестройки гена с-MYC экспрессия белка MYC (пороговые значения ≥40%) определялась у 10 больных. В протокол m-NHL-BFM±R включено 63 пациента (62 ДВККЛ и 1 ВНЛ), в протокол ЛБ-М-04±R 22 больных ВНЛ. 3-летняя общая выживаемость по нозологиям составила 70% при ДВККЛ и 53% при ВНЛ. Однофакторный анализ прогностического значения различных клинико-лабораторных характеристик в отношении 4-летней общей выживаемости (ОВ) выявил роль следующих параметров: плохой соматический статус (ECOG 4) (P=0,001), группа высокого и промежуточного высокого риска по МПИ (3–5) (P=0,05), поражение более одной экстранодальной области (P=0,025), наличие В-симптомов (P=0,01), диагноз ВНЛ (P=0,025), генерализованные (III–IV) стадии заболевания согласно классификации Ann Arbor (P=0,05), перестройка гена с-MYC (P=0,05). В отношении вероятности развития рецидива/ прогрессирования в течение 4 лет статистически значимыми оказались: плохой соматический статус (ECOG 4) (P=0,005), группа высокого риска по МПИ (4–5) (P=0,025), поражение более одной экстранодальной области (P=0,025), наличие В-симптомов (P=0,05), диагноз ВНЛ (P=0,025), экспрессия белка MYC (P=0,05), double-hit лимфома (P=0,005), перестройка гена с-MYC (P=0,005), коэкспрессия MYC/BCL2 (P=0,01). При наличии double-hit или double-expresser лимфомы вероятность развития рецидива/ прогрессирования в течение 4 лет составляет 68% в сравнении с 20% при отсутствии коэкспрессии MYC/BCL2 и сочетанных перестроек генов с-MYC и BCL2/BCL6. При многофакторном анализе прогностическую значимость в отношении ОВ имели 8 факторов: нозология — ВНЛ vs ДВККЛ (p=0,007 RR=4,5), поражение костного мозга (p=0,0004 RR=7,9), наличие В-симптомов (p=0,0002 RR=8,4), экспрессия BCL2 (p=0,01 RR=4,4), коэкспрессия MYC/BCL2 (p=0,017 RR=0,08), наличие double-hit или double-expresser лимфомы (p=0,009 RR=15,1), отсутствие в терапии ритуксимаба (p=0,03 RR=0,3), не выполнение аутоТГСК (p=0,003 RR=0,06). В отношении вероятности развития рецидива/ прогрессирования значимыми оказались 2 фактора: double-hit или double-expresser лимфома (p=0,0005 RR=4,0) и МПИ (p=0,03 RR=4,9).

## Влияние неконтролируемой артериальной гипертензии на рост аневризмы брюшной аорты

Бахметьев А.С., Чехонацкая М.Л., Двоенко О.Г., Макарова Я.И., Лойко В.С., Сухоручкин А.А., Кузнецова Ю.Е., Зоткин В.В. Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Цель: оценить влияние неконтролируемой артериальной гипертензии (АГ) на рост аневризмы брюшной аорты (АБА).

Материалы и методы: в исследование включены 83 пациента в возрасте 48–80 лет (мужчин — 53, женщин — 30, средний возраст 68,5 года) с неконтролируемой АГ 2–4 степени и имеющих по результатам триплексного сканирования (ТС) аорты АБА. Всем пациентам проведено динамическое ТС брюшной аорты через 6 и 12 месяцев после первичного выявления АБА. ТС аорты по стандартной методике в период с июля 2012 года по июль 2016 года проводилось на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ на сканере экспертного класса с конвексным (2–4 МГц) датчиком с определением максимального диаметра при расположении датчика в поперечном сечении. Для минимизации погрешности из исследования были исключены пациенты с разрывом аорты, аутоиммунными заболеваниями, сахарным диабетом и выраженными нарушениями липидного спектра. Все пациенты на протяжении исследования оставались под наблюдением ангиохирурга.

Результаты: у подавляющего большинства пациентов (80 больных, 96%) АБА с нелеченной АГ 2–4 степени имела тенденцию к расширению в течении 6 месяцев после выявления при первичном ТС (max-7,0 мм; min-0,15 мм; средний рост — 3,12 мм). К истечению 12 месяцев аневризма увеличила своей размер у 100% пациентов в среднем на 6,75 мм (max-14,0 мм; min-4,45 мм). При этом у 50 (60%) больных диаметр аневризмы увеличился более чем на 7,0 мм. Полученные результаты не коррелировали с полом и возрастом, а также со степенью артериальной гипертензии. В то же время более агрессивный рост аневризмы наблюдали у 10 (12%) пациентов с кризовым течением гипертензии (max-14,0 мм; min-9,0 мм; средний прирост диаметра к окончанию 12 месяца — 11,7 мм). Обсуждение: согласно национальным рекомендациям, одним из независимых показателей к протезированию аорты по поводу АБА является так называемый скачок роста аневризмы более 7–8 мм. По результатам проведенного исследования такое значимое увеличение диаметра АБА у пациентов с неконтролируемой АГ наблюдалось в 60% случаях. Общепринята динамическая ультразвуковая диагностика с целью наблюдения за ростом аневризмы не чаще раза в год. Но очевидно, что при неспособности пациента достичь целевых показателей артериального давления, диаметр аневризмы может увеличиваться достаточно непредсказуемо, что в свою очередь повышает риск разрыва аорты. В связи с этим, мы предлагаем проводить динамическое ТС брюшной аорты и ее ветвей у больных с АБА и неконтролируемой АГ не реже, чем 1 раз в 6 месяцев.

Выводы: неконтролируемая АГ в большинстве случаев приводит к быстрому увеличению диаметра аорты у пациентов с АБА. В группу особого риска входят больные с кризовым течением АГ. В целях выявления пациентов с возможным «скачком» роста АБА предлагается проводить динамическое ТС брюшного отдела аорты и ее ветвей не реже 1 раза в 6 месяцев.

## Оценка эффективности мануальной терапии больных со спондилогенной цереброваскулярной недостаточностью методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии головного мозга

Бахтадзе М.А. Центр мануальной терапии, Москва

Введение: цереброваскулярная недостаточность (ЦВН) — серьезная медико-биологическая и социально-экономическая

проблема современного общества. Важными механизмами ее патогенеза принято считать артериальную гипертонию и атеросклероз церебральных артерий. Вместе с тем, есть доказательства того, что патология шейного и грудного отделов позвоночника также играет роль в развитии ЦВН, а именно: спондилогенной ЦВН. Для диагностики ЦВБ используют различные современные методы исследования, одним из которых является однофотонная эмиссионная компьютерная томография головного мозга — ОФЭКТ головного мозга — позволяющая не только оценить снижение церебральной перфузии у больных, но и оценить ее восстановление в результате лечения. Одним из наиболее эффективных методов лечения спондилогенной ЦВН является мануальная терапия.

Настоящая работа посвящена результатам оценки эффективности мануальной терапии больных со спондилогенной ЦВН.

Объект исследования: пациенты с неспецифической болью в шее, сопровождающейся головными болями.

Методы исследования: 1) мануальная диагностика; 2) ОФЭКТ головного мозга; 3) Шкала индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее, представляющая собой адаптированную русскую версию оригинального англоязычного опросника; 4) 11-балльная числовая рейтинговая шкала боли (11-балльная ЧРШ боли).

Методы лечения: мануальная терапия, включающая в себя 1) приемы мобилизации межпозвонковых суставов кранио-цервикального перехода, шейного и грудного отделов позвоночника, а также реберно-грудных и реберно-позвоночных суставов; 2) приемы манипуляции на этих суставах; 3) постизометрическую релаксацию мышц шеи и плечевого пояса; 4) миофасциальные техники. Курс лечения длился в среднем 3 недели и состоял из 2–3 сеансов МТ в неделю. Таким образом, каждому больному было проведено всего 6–8 сеансов МТ.

Результаты: работа была проведена на базе Центра мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы (ЦМТ) и отделения радиоизотопных методов исследования 1-й городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова. Выборку составили 45 больных (средний возраст  $40 \pm 11$  лет; женщин — 29, мужчин — 16), обратившихся в ЦМТ с жалобами на боль в шее, сопровождающуюся головными болями. В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее по шкале NDI-RU, вся выборка была разделена на 3 группы: с легким (I группа), умеренным (II группа) и сильным (III группа) ограничением жизнедеятельности. В первую группу вошло 14 больных (8 мужчин и 6 женщин; средний возраст  $43 \pm 8$  лет); во вторую — 16 больных (11 женщин и 5 мужчин; средний возраст  $36 \pm 11$  лет); в третью — 15 больных (12 женщин и 3 мужчин; средний возраст  $42 \pm 13$  лет). Степень ограничения жизнедеятельности по NDI-RU составила  $14 \pm 7\%$ ; во второй —  $39,6 \pm 6\%$ ; в третьей —  $56,4 \pm 4\%$ . Средняя интенсивность боли в шее по 11-балльной ЧРШ боли в первой группе  $5 \pm 1,3$  балла; во второй —  $6,6 \pm 0,7$  балла; в третьей —  $7,5 \pm 0,8$  балла. У больных первой группы церебральная перфузия была снижена в среднем на 20–25%; во второй — на 30–35%; в третьей — на 35–40%. При этом, во всех трех группах имела место корреляция между степенью ограничения жизнедеятельности по шкале NDI-RU, интенсивностью болевого синдрома и степенью снижения церебральной перфузии. ОФЭКТ головного мозга после курса МТ была проведена всем 45 больным. Результаты показали восстановление церебральной перфузии у всех больных во всех регионах головного мозга в среднем на 10–15% (в зависимости от региона). Ограничение жизнедеятельности уменьшилось у всех больных на 20–35%; интенсивность болевого синдрома уменьшилась в среднем на  $3,4 \pm 2$  балла.

Выводы: 1) У пациентов с болью в шее, сопровождающейся головными болями, церебральная перфузия в различных регионах головного мозга может быть снижена в пределах от 20 до 45%. Таким образом, снижение церебральной перфузии у таких больных свидетельствует в пользу спондилогенной ЦВН. При этом снижение церебральной перфузии коррелирует с интенсивностью

болевого синдрома и степенью ограничения жизнедеятельности. 2) У больных со спондилогенной ЦВН мануальная терапия уменьшает болевой синдром, восстанавливает церебральную перфузию и улучшает качество жизни, что свидетельствует об эффективности МТ при спондилогенной ЦВН.

## Малоинвазивная хирургия митрального клапана

Баяндин Н.Л., Глушенко И.А.

Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова, Москва

Цель: провести сравнительный анализ стандартной и малоинвазивной методик вмешательства на митральном клапане.

Материалы и методы: за период с января 2013 г. в ГКБ № 15 им. О.М. Филатова выполнено 47 изолированных вмешательств на МК. Из них 18 было выполнено по малоинвазивной методике (1 группа) и 29 — стандартно (2 группа). Группы пациентов сопоставимы по основным клиническим показателям. Из групп исключены пациенты с дооперационной СН, кардиоомегалией, выраженным кальцинозом МК, сопутствующей ИБС. Статистически достоверных отличий между группами пациентов нет. В первой группе (n=18) выполнено 13 протезирований МК (72,3%), 2 пластики МК (11,1%), 3 протезирования МК с хирургической абляцией устьев легочных вен (16,6%). Во второй группе (n=29) — 17 протезирований МК (58,6%), 5 пластики МК (17,2%), 7 протезирований МК с хирургической абляцией устьев легочных вен (24,2%).

Результаты: основными нелетальными осложнениями после изолированных вмешательств на МК были: плеврит в 1 группе — 2 (11,1%)/ во 2 группе — 3 (10,3%), пневмоторакс — 4 (22,2%)/ 2 (6,9%), СН — 3 (13,6%)/6 (20,7%), нарушение ритма — 5 (27,7%)/9 (31%), кровотечение — 3 (13,6%)/5 (17,2%), лимфорея из места канюляции — 1 (5,5%)/нет, диастаз грудины — нет/3 (10,3%). Следует отметить, что в одном случае нам пришлось выполнить срединную стернотомию для остановки кровотечения из ЛП, что существенно не повлияло на результаты хирургического лечения. Так же пациенты после малоинвазивного вмешательства на МК имели более короткий госпитальный период, меньшее время пребывания в реанимации, хороший клинический и косметический эффект по сравнению с контрольной группой. Средний койко-день после операции (сут) в 1 группе — 8,55/ во 2 группе — 14,32, длительность нахождения в реанимации (сут) — 1,42/2,13, длительность ИВЛ (часы) — 6,77/10,37, ФК по NYHA — 1,16/1,38, количество пациентов, удовлетворенных косметическим эффектом — 18 (100%)/13 (44,8%). После малоинвазивного вмешательства летальность — 2 пациента (11,1%): 1-й пациент — эндокардит протеза МК, через 18 суток — репротезирование МК, смерть на 36-е сутки от полиорганной недостаточности; 2-я пациентка с кардиоомегалией — в послеоперационном периоде сердечная и дыхательная недостаточности, смерть на 47-е сутки от дыхательной недостаточности на фоне двухсторонней пневмонии. После вмешательства по стандартной методике летальность — 1 пациент на 7-е сутки (3,5%). Причиной летального исхода была СН на фоне гемодинамически значимой регургитации протеза МК вследствие сложных некупирующихся нарушений ритма.

Заключение: 1. С помощью минидоступа можно выполнять полный спектр вмешательств на МК, а так же хирургическое лечение ФЛ. 2. Малоинвазивная хирургия МК имеет существенные преимущества перед традиционным доступом у правильно подобранного контингента больных.

## Смена модели оказания помощи душевнобольному ребенку: от фокусированной на диагнозе к центрированной на семье

Бebчук М.А.

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, Москва

Несмотря на декларируемую биопсихосоциальную парадигму в психиатрии, на сегодняшний день практика оказания помощи детскому населению остается ориентированной на постановку диагноза, что ограничивает возможности психосоциальной

реабилитации больного ребенка, ограничивает использование ресурсов микроокружения, усиливает в обществе тенденции психоза и стигматизации и, следовательно, не соответствует ориентации на обеспечение качества услуги. Высокий уровень неудовлетворенности конечных потребителей (родителей) качеством предоставляемой помощи в детской психиатрии приводит к невысокому уровню доверия к медицинским работникам, и в результате лишь 55% родителей выполняют рекомендации врачей, что при бюджетном финансировании отрасли имеет свои отрицательные экономические последствия. Основные трудности детей, нуждающихся в психиатрической помощи, проявляются в установлении и поддержании контактов с людьми (1), усвоении и следовании социальным нормам (2), низких адаптивных возможностях приспособления к стрессовым ситуациям (3), неравномерности развития (4) и особых образовательных потребностях (5). Эти и другие проблемы душевнобольного ребенка невозможно решить без вовлечения родителей не на 55, а на 100%. По существу на родителей возлагается раннее выявление первых симптомов, выбор «маршрута» к нужному специалисту, «перевод» симптомов ребенка в жалобы врачу, принятие решений о методах диагностики, медикаментозном лечении, нелекарственных видах коррекции или дополнительных мероприятиях по развитию/оздоровлению ребенка, осуществление назначений, точное соблюдение предписаний всех специалистов, преемственность лечения при смене врача и контроль за динамикой состояния. Семья ребенка с психическими расстройствами и нарушениями поведения находится в уязвимом положении, т.к. ежедневно сталкивается с социальной изоляцией, стигматизацией, необходимостью справляться с нежелательным и проблемным поведением ребенка, дефицитом программ обучения и профориентации, необходимостью длительного сотрудничества с большим количеством разных специалистов, финансовыми трудностями, переживанием отсутствия перспектив и будущего у их ребенка. Для удовлетворения потребностей ребенка и семьи необходимо, чтобы на практике были реализованы декларируемые принципы: раннего выявления и вмешательства; командной работы; сотрудничества с семьей; индивидуального подхода в разработке и реализации медико-реабилитационных программ для каждого случая. Основной целью работы помогающих семье психически больного ребенка специалистов должна быть максимально возможная интеграция семьи и ребенка в нормальный социум. Большие трудности в реализации на практике декларируемых принципов, создают центрированное на патологию (на диагноз) мышление специалистов (1), отсутствие навыков командной работы (2), недостаточность компетенций в работе с родителями (3), отсутствие сотрудничества с родителями и рассмотрение родителей скорее как части проблемы, а не части команды (4), недостаточность нормативно-правовой базы, в первую очередь локальных нормативных актов медицинской организации, определяющих степень и формы вовлечения родителей (5). Смещение фокуса оказания специализированной помощи психически больному ребенку в сторону ориентации на семью означает учет мнения семьи и ее вовлечение на всех этапах лечебного процесса, всеми специалистами и службами системы здравоохранения, обновление форм и способов межведомственного взаимодействия по вопросам поддержки семьи и, наконец, ведение каждого клинического случая командой специалистов, частью которой являются родители ребенка. Для того, чтобы семейно-ориентированная психиатрическая помощь детям могла быть реализована на практике необходимо: обучение специалистов навыкам командной работы (и, следовательно, внесение дополнений в действующие федеральные государственные образовательные стандарты); обучение специалистов, работающих с детьми (врачей, психологов, педагогов, социальных работников, логопедов, медицинских сестер), основам семейной психологии (что также означает внесение дополнений в действующие федеральные государственные образовательные стандарты); обучение родителей сотрудничеству со специалистами и необходимым навыкам для организации лечебно-коррекционной среды дома; внесение дополнений в нормативно-правовую базу;

и, что самое важное государственная поддержка антистигматизации в обществе с изменением менталитета в сторону ценности человеческой жизни душевнобольного ребенка и помощи семье, в которой он воспитывается.

### Остеопатические методы коррекции в комплексной терапии синдрома позвоночной артерии

Белаш В.О., Мохов Д.Е.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии, Санкт-Петербург, Москва

Цереброваскулярные заболевания, как одной из форм которых отнесится и синдром позвоночной артерии (СПА), являются важнейшей медико-социальной проблемой. Длительное использование медикаментозных средств, применение различных физических методов лечения, а в ряде случаев и оперативного вмешательства у больных с СПА дает достаточно скромные.

Результаты. Разработанная комплексная программа лечения и реабилитации данного синдрома является перспективной и востребованной.

Цель исследования. Разработать и дать научное обоснование применению остеопатических методов коррекции в комплексной терапии синдрома позвоночной артерии.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными жалобами пациентов при первичном обращении были: головокружение (85,8%), боли в шее (79,2%) и головные боли (67,0%), неуверенность походки (61,3%), шум в голове (или) в ушах (40,6%). В клинической картине у всех больных преобладали вестибулярные симптомы в сочетании со зрительными, слуховыми и мозжечковыми нарушениями; симптом Де Клейна был положительным у 82 пациентов (77,4%). У всех больных с синдромом позвоночной артерии при проведении рентгенографии шейного отдела позвоночника в стандартных проекциях имели место патологические изменения шейного отдела позвоночника, которые чаще всего были выявлены в различных сочетаниях. По данным ультразвуковой диагностики преобладающими изменениями были: снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) в V2- и V4-сегментах позвоночных артерий (ПА) (51,9% и 95,3% соответственно), по основной (51,9%) и задним мозговым артериям (70,7%), повышение сосудистого сопротивления по ПА (68,0%), сужение резерва цереброваскулярной реактивности (ЦВР) (88,7%), венозная дисциркуляция (81,1%). Проведенное нейропсихологическое обследование выявило у пациентов с синдромом позвоночной артерии снижение долговременного компонента памяти, наличие скрытой эмоциональной напряженности (у 91,5%) и астении (у 97,2%) различных степеней выраженности. Проанализирован остеопатический статус пациентов с синдромом позвоночной артерии. На глобальном уровне преобладали нарушения выработки краниального ритмического импульса; на региональном — биомеханические нарушения шейного и грудного регионов (структуральная составляющая), поясничного региона (висцеральная составляющая). На локальном уровне наиболее часто выявляемыми соматическими дисфункциями явились: С0-С1, швов черепа (преимущественно швы височной кости), грудобрюшной диафрагмы, крестца, лонного сочленения, связок купола плевры, первого ребра. Остеопатические методы коррекции в комплексной терапии синдрома позвоночной артерии высокоэффективны и быстрее способствуют достижению терапевтических результатов по сравнению только с медикаментозной терапией и сочетанием медикаментозной терапии и массажа. Доказано, что использование остеопатических методов приводит к снижению частоты встречаемости субъективных клинических проявлений СПА в среднем на 40,9%, а объективных клинических проявлений на 22,2%. Остеопатическое лечение так же способствует достоверно более значимой положительной динамике результатов нейропсихологических тестов и количественных показателей кровотока по сосудам вертебрально-базиллярного бассейна. Использование остеопатических

методов в комплексной терапии синдрома позвоночной артерии значительно уменьшает число рецидивов, возникающих в течение года после окончания терапии. Катамнестическая оценка подтвердила различия в группах, отмеченные непосредственно по завершению реабилитации.

Выводы. Целесообразно включение остеопатических методов коррекции в комплексные программы реабилитации пациентов с синдромом позвоночной артерии с целью повышения их эффективности и достижения более значимого терапевтического результата.

### **Система слежения за больными сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией в городе Москве**

Белиловский Е.М., Котова Е.А., Сеницын М.В., Чижова О.В., Данилова И.Д., Рыбка Л.Н.

Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Москва

Актуальность. Оказание помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, предполагает тесное взаимодействие фтизиатрической и инфекционной служб. Годовые отчетные формы федерального государственного статистического наблюдения № 33 и 61, заполняемые данными службами, ограничиваются общей информацией о распространении сочетанной инфекции. В то же время эпидемические, демографические, социальные и организационные особенности мегаполиса, а также интенсивность миграционных процессов в г. Москве, требуют проводить текущий мониторинг показателей, необходимых для контроля распространения туберкулеза среди пациентов с ВИЧ-инфекцией, постоянного наблюдения за эффективностью мероприятий с данной группой больных туберкулезом, а также детальное изучение вклада сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез в основные статистические показатели. Это определило необходимость создания отдельного направления в общей системе мониторинга туберкулеза в г. Москве — системы слежения за больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Цель. Организация мониторинга проведения лечебно-диагностических мероприятий и диспансерного наблюдения за больными сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией в г. Москве, а также профилактической работы среди больных ВИЧ-инфекцией в г. Москве. Материалы и методы. Программно-информационная структура системы слежения за больными ВИЧ/туберкулез была реализована в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (далее Центр) на основе действующей системы мониторинга туберкулеза г. Москвы и разрабатываемой в рамках научной тематики системы управления медицинскими базами данных Barclay SW. Пилотная версия информационной структуры системы слежения за больными активным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией была реализована в табличном процессоре.

Результаты и обсуждение. Создана система слежения больных сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией и мониторинга профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, которая содержит следующие блоки: 1. «Электронный журнал по учету больных ВИЧ/туберкулез», который в дополнение к действующей системе мониторинга туберкулеза города позволяет осуществлять контроль за широким набором сведений, включающих детальные данные о ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом и пациентов, переведенных в III ГДУ. Полицевой регистр содержит информацию о множественных локализациях туберкулеза, вторичных инфекциях и сопутствующих заболеваниях. Кроме того, раздел регистра с данными на больных, состоящих на учете в I и II ГДН, позволяет вести контроль посещения очагов туберкулезной инфекции, а раздел регистра с данными на пациентов из III ГДУ — контроль проведения химиопрофилактики. 2. Полицевой регистр случаев смерти больных туберкулезом от ВИЧ-инфекции (В20.0 и В20.7), который осуществляет оценку статуса проживания на территории города и статуса регистрации как больного туберкулезом при жизни. 3. Агрегированные окружные регистры результатов когортного анализа эффективности курсов химиотерапии больных ВИЧ/туберкулезом, как пациентов без МЛУ МБТ, так и больных туберкулезом с МЛУ

МБТ, которые позволяют вести сравнительный анализ эффективности курсов химиотерапии больных ВИЧ/туберкулезом и больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции. 4. Агрегированные окружные регистры по форме № 33 для больных ВИЧ/туберкулез, которые позволяют контролировать эффективность диспансерного слежения за указанными больными на основе принятых показателей. 5. Полицевой регистр посещений туберкулезных кабинетов больными ВИЧ-инфекцией в Центре СПИД и в филиалах Центра, который позволяет контролировать диагностический процесс и проведение химиопрофилактики у данных пациентов. Реализация указанных регистров позволила проводить контроль эффективности мероприятий по активному выявлению и профилактике туберкулеза среди пациентов с ВИЧ/инфекцией, что оказало свое влияние на достижение относительного благополучия по сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез в городе — число больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете, в последние три года снижается. Контроль плановой химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц на территории Центра СПИД в кабинете фтизиатра, находящегося в составе Центра борьбы с туберкулезом, также повлияла на снижение показателя заболеваемости туберкулезом лиц, живущих с ВИЧ. Заключение. Разработанная система мониторинга сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ позволяет вести всесторонний оперативный контроль эпидемиологической ситуации по ВИЧ/ТБ и оценку эффективности проводимых противотуберкулезных мероприятий.

### **Гемоконтактные вирусные инфекции у пациентов с острыми отравлениями в стационаре общесоматического профиля**

Белова М.В., Годков М.А., Солонин С.А.  
Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

В РФ отмечается сложная эпидемиологическая обстановка по распространению гемоконтактных вирусных инфекций (ГВИ). По данным ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИДом в России за последние 5 лет количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции (HIV) среди граждан увеличилось вдвое и составило в 2015 году свыше 93 тыс. Не снижается число граждан, инфицированных вирусами гепатита В (HBV) и С (HCV). Известно, что чаще ГВИ выявляют у людей с девиантным или делинквентным типом поведения, которые поступают в стационары общесоматического профиля (СОП) на общих основаниях. Особую группу среди этой категории составляют лица с передозировкой психоактивных веществ (ПАВ) вследствие наркомании и токсикомании. Наличие ГВИ у пациентов может осложнять течение основного заболевания и увеличивать риск внутрибольничного инфицирования медперсонала.

Цель исследования: проанализировать выявляемость ГВИ у пациентов с острыми отравлениями в СОП и дать их характеристику. Материалы и методы. За период 2014–2015 г. ретроспективно проанализированы клинико-лабораторные данные пациентов, поступавших в профильное отделение лечения острых отравлений (ОЛОУ) НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (НИИ СП). Установление факта инфицирования ГВИ осуществляли с использованием методов иммуноферментного анализа и иммуноблоттинга в лаборатории клинической иммунологии НИИ СП. Результаты: В 2014 году в ОЛОУ было госпитализировано 4934 человека, в 2015 году — 3948 человек. Из них маркеры ГВИ выявлены в 15,5 (n=766) и 16,2% (n=640) случаев, соответственно. Большинство пациентов с ГВИ поступали в отделение токсикологической реанимации с отравлениями тяжелой и средней степени, составив 40,8 и 36,3% от доли токсикологических больных реанимационного профиля в эти годы. Среди пациентов с отравлениями легкой степени доля инфицированных ГВИ не превышала 2%. Маркеры ГВИ выявляли преимущественно у мужчин — 82,6 и 79% — в 2014 и 2015 гг., соответственно. При этом более половины (52,9 и 57,2%) случаев приходилось на возрастную группу 30–39 лет. Основной причиной отравлений пациентов с ГВИ послужил прием ПАВ с целью наркотического или токсического опьянения — 81,7 и 90,3%,

с суицидальной целью — 10,3 и 6,9%, соответственно. В остальных случаях прием токсичных веществ был случайным, криминальным и с целью самолечения. Среди токсикантов у лиц с ГВИ на первом месте стояли «классические» наркотики, их комбинации с психофармакологическими препаратами (ПФП) и алкоголя. В 2014 г. они были обнаружены у 43,6% (n=334) инфицированных пациентов. Среди них имели моно-инфекцию HCV — 244, HIV — 2; микст-инфекции HIV+HCV — 84 и HIV+HBV+HCV — 4 пациента. Отравления психодислептиками зарегистрированы в 9,3% (n=71) случаев. Из них выявлены лабораторные маркеры HCV у 55 пациентов, сочетание HIV+HCV — 10, HIV — 2, HBV — 2, HBV+HCV — 2. У 115 человек подтверждено отравление ПФП, причем в 21% (n=24) случаев принятыми с целью одурманивания. В 27% (n=207) случаев пострадавшие поступили с тяжелым отравлением этанолом или его суррогатами. Отравления коррозивными ядами, кардиотропными препаратами, СО и др., принятыми случайно или с суицидальной целью, носили эпизодический характер. В 2015 году среди пациентов с ГВИ доля отравлений опиными наркотическими средствами составила 60,2% (n=385). Среди них моно-инфекции HCV, HIV и HBV имели место у 260, 3 и 2 человек соответственно, микст-инфекции HIV+HCV — в 103, HBV+HCV — 11, HIV+HBV+HCV — 6 случаях. Отравления психодислептиками зарегистрированы у 11,3% (n=72) пациентов; из них у 47 выявлены маркеры HCV, 3 — HIV, 3 — HBV, 19 — HIV+HCV. У 123 инфицированных пациентов произошло отравление ПФП, в половине случаев (n=61) принятыми с целью опьянения. Моно-инфекции HCV выявлена у 87 человек, HIV — 9, HBV — 5, сочетания HIV+HCV — 21, HBV+HCV — 1. Как и в 2014 году, большинство отравлений было обусловлено совместным приемом нескольких ПАВ, в том числе в комбинации с алкоголем. Выводы: Пациенты токсикологического профиля составляют группу повышенного риска распространения ГВИ. Наиболее часто они инфицированы HCV или HIV+HCV. В подавляющем большинстве данные контингенты составляют мужчины преимущественно в возрастной группе 20–39 лет с тяжелыми острыми отравлениями, страдающие полинаркоманиями и токсикоманиями.

### Методики лечения пациентов с синдромальными краниосиностозами

Бельченко В.А., Колтунов Д.Е.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Детская стоматологическая поликлиника №38, Москва

Цель: разработка актуальных методов хирургического лечения у пациентов с синдромами Аперта, Крузона и Пфайффера. Материалы и методы: пациенты с синдромами Аперта, Крузона и Пфайффера в возрасте от 0 до 18 лет, в количестве 62 человек. Всем пациентам было проведено этапное плановое хирургическое лечение краниофасциальной патологии, с применением современных методик. Проведен анализ результатов лечения. Результаты: разработана современная тактика и этапы хирургического лечения синдромальных краниосиностозов у детей, с учетом характера деформации костей черепа и возраста пациентов. Выводы: хирургическое лечение пациентов с синдромами Аперта, Крузона и Пфайффера часто требует нескольких этапов и комбинации различных методик. У пациентов с синдромальными краниосиностозами патологическим изменениям в разной степени подвергаются все кости черепа. Коррекция краниосиностоза должна проводиться для исправления как функциональных, так и эстетических проблем. Прогрессирующая деформация растущего черепа должна быть исправлена в максимально раннем возрасте.

### Внутрилабораторный и внешний контроль качества в коагулологии

Берковский А.Л., Бабенко С.В.  
Гематологический научный центр, Москва

Клинические лабораторные исследования (КЛИ) являются основополагающим методом для диагностики тромбгеморрагических заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения, что должно обеспечиваться достоверностью, объективностью

и информативностью результатов лабораторного тестирования. Важнейшим инструментом обеспечения правильности и точности результатов КЛИ является регулярный контроль качества (КК) как самих исследований, так и используемых в них тест-систем. Оценка качества КЛИ позволяет выявить и предотвратить систематические и случайные погрешности, что достигается проведением ряда стандартных мероприятий на внутрилабораторном и внешнем (независимом) уровнях КК, регламентируемых соответствующими нормативными документами. Необходимая в настоящее время стандартизация КЛИ на уровне внутрилабораторного КК заключается в обеспечении нормативных точности и правильности измерений, внутри- и межсерийной воспроизводимости. Согласно нормативным требованиям ОСТ 91500.13.001-2003 основными практическими аспектами проведения внутрилабораторного КК КЛИ являются качество и характеристика контрольных материалов, правила их применения, калибровка и обеспечение стабильности используемой аналитической системы, математически обусловленный анализ результатов на основании установленных по экспертной оценке предельно допустимых значений погрешностей, систематичность проведения контрольных измерений. В настоящее время большое значение уделяется выбору анализатора, его «совместимости» с применяемыми реагентами, качеству калибраторов, в частности, к стабильности аттестованного показателя при хранении. Внешний КК — это система мер объективной проверки результатов КЛИ, проводимых внешней независимой организацией для обеспечения сопоставимости результатов лабораторий между собой и с данными международных референсных учреждений. Внешний КК подразумевает объективный регулярный контроль воспроизводимости и правильности результатов, полученных в различных лабораториях при анализе единого контрольного материала с аттестованным значением показателя. Внешний КК инициируется самими лабораториями или производителями тест-систем. Постоянное участие во внешнем КК определено национальными стандартами и нормативными документами многих стран мира и стало в настоящее время необходимым требованием стандартизации КЛИ. Наибольшая надежность оценки качества лабораторных исследований достигается путем участия в нескольких независимых программах внешнего КК, включая различные международные программы. В настоящее время по разделам коагулологии и гемостаза эффективный регламентированный внешний КК с участием большого числа лабораторий осуществляется отечественной программой Федеральной системы внешней оценки качества, ФСВОК, РФ и двумя международными программами UK NEQAS for Blood Coagulation, Великобритания и ECAT Foundation, Нидерланды. Соответствие полученных в гемостазиологической лаборатории данных консенсусным (референсным) значениям определяемого показателя в указанных программах внешнего КК позволяет считать осуществляемые в данной лаборатории клинико-диагностические измерения и производимые тест-системы как отвечающие современным требованиям КЛИ и правилам стандартизации методов диагностики системы гемостаза. По мнению авторов, в научно-практическом плане необходимо осуществить разработку и внедрение в КЛИ национальные стандарты коагулологических показателей, соответствующие международным требованиям отечественные калибраторы и контрольные материалы, а также расширить применение уже зарегистрированных в РФ калибраторов, применяемых при определении факторов системы гемостаза

### Роль послетестового консультирования в парадигме профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Бессараб Т.П., Халилулин Т.Р., Хомякова А.В.  
Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД, Москва

ВИЧ-инфекция по сути хроническое инфекционное заболевание человека, поражающее главным образом иммунную систему. Поздние стадии течения ВИЧ-инфекции требуют проведения пожизненной специфической терапии. Уже более 20 лет во всем осуществляют эффективное лечение ВИЧ-инфекции — антиретровирусную терапию (АРТ), ВИЧ-инфекция перестала рассматриваться

как безусловно фатальное заболевание. Несмотря на то, что его пока нельзя излечить полностью, с ним можно полноценно жить многие годы при своевременном предоставлении АРТ. Высококвалифицированное обеспечение консультативной помощью в процессе тестирования на ВИЧ-инфекцию позволяет рационально сочетать ее с профилактическими мероприятиями по формированию моделей безопасного поведения с целью предупреждения заражения ВИЧ. Особое значение в указанном аспекте имеет послетестовое консультирование (ПК) — конфиденциальный диалог между пациентом и врачом-консультантом. Следует сугубо отметить, что ПК при положительном результате всегда связано с психоэмоциональным кризисом пациента. От того, какая линия поведения будет выбрана пациентом, какие мотивации у него сформируются, целиком и полностью будет зависеть дальнейшая лечебно-профилактическая тактика и конечная главная ее цель — успешная специфическая терапия. Учитывая необходимость пожизненного лечения ВИЧ-инфицированных пациентов по общепринятым схемам АРТ, для успешной и эффективной терапии, очень важно, чтобы пациент безукоризненно соблюдал все врачебные назначения и режим лечения. Показано, что при тщательном соблюдении схем лечения антиретровирусными препаратами, вероятность снижения вирусной нагрузки до неопределяемого уровня значительно повышается. Напротив, невыполнение прописанного режима лечения увеличивает возможность вирусологической неудачи, развития лекарственной резистентности, что резко снижает эффективность терапии. Для оптимального контроля подавления репликации вируса при применении АРТ необходим высокий комплаенс: для достижения необходимого результата пациент должен принять 95-100% назначенных доз препаратов. Отличный от оптимального уровень приема препаратов влечет вирусологическую и клиническую неудачу. Причины возможного пропуска доз предполагаемой специфической терапии: занятость, забывчивость, командировки, депрессии, побочные эффекты; активное употребление психоактивных веществ и алкоголя; психические заболевания в активной фазе; низкая самооценка могут быть оговорены уже на второй встрече с врачом-специалистом — на ПК. Приверженность АРТ на этапе формирования мотивации необходимости лечения при ВИЧ-инфекции зависит от многих причин, ряд из которых может быть установлен уже при ПК: уровень стресса, который испытывает пациент и возможность его преодоления; вера в эффективность специализированной помощи; выбор в пользу начала приема АРТ, нежели ограничений, которые несет с собой ее прием; факторы психоэмоциональной и социально-психологической поддержки. Таким образом, используя ПК, можно изначально оказывать влияние на все составляющие, от которых зависит приверженность терапии ВИЧ-инфекции.

### **Профилактика туберкулеза в группах высокого риска как основа для снижения заболеваемости в г. Москве в относительно благоприятной эпидемиологической ситуации**

Богородская Е.М., Борисов С.Е., Мохирева Л.В., Ильченко А.Д., Сеницын М.В. Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Москва

Цель: разработка адресных профилактических мероприятий в группах риска по заболеванию туберкулезом в городе Москве. Материалы и методы: проанализирована заболеваемость туберкулезом в группах риска и среди постоянного населения на основе данных эпидемиологического мониторинга туберкулеза в г. Москве в 2012–2016.

Результаты: территориальный показатель заболеваемости туберкулезом в г. Москве составляет 28,0 на 100000 и превышает аналогичный среди постоянного населения столицы в 1,74 раза (min. 1,55, max. 1,93). Разрыв значений обеспечивает мигрирующее население — иногородние, иностранные граждане и бездомные, составившие в 2015 г. 44,9% (1541) от впервые выявленных больных. В этих группах заболеваемость составила

30–40, 40–50 и 1800–1900 на 100 тыс. соответственно. Также на показатель заболеваемости туберкулезом значимо влияют социально уязвимые группы — неработающие трудоспособного возраста, пенсионеры и инвалиды, составившие 1119 случаев из 1742 впервые выявленных больных: 44,1%, 16,2% и 3,9% соответственно. Показатель заболеваемости среди неработающих трудоспособного возраста составил 50 на 100 тысяч. В медицинских группах риска заболеваемость составила 60 на 100 тысяч. Наиболее значимыми в этой группе являются ВИЧ-инфицированные (показатель — 1100) и лица, получающие медикаментозную иммуносупрессию, повышающую риск заболевания туберкулезом в интервале от 1,2–3,8 до 20 и более раз. Заболеваемость среди лиц из контакта с больными в 2012 году составляла 458,7. При этом среди социально благополучных москвичей заболеваемость составляет 8–10 на 100 тыс. Таким образом, основной резервуар туберкулезной инфекции сконцентрировался в группах риска. С профилактической целью в Москве разработаны и на регулярной основе выполняются адресные мероприятия с обязательной госпитализацией заразных больных в туберкулезный стационар. Специалистами ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (Центр) организовано выявление больных в местах пребывания лиц БОМЖ на передвижных ФГ. За три года обследовано 11,5 тыс. бездомных, выявлено и изолировано 305 больных. В 2015 и за 6 мес 2016 гг. Многофункциональном центре трудовой миграции выявлено 3156 лиц с патологией органов грудной и клетки, из них в Центре подтвержден диагноз туберкулеза у 288 человек. Организация раннего выявления латентной и локальной инфекции у ВИЧ-инфицированных на территории Центра СПИД, обеспечила увеличение охвата профилактикой лиц с латентной инфекцией с 4% до 43,8% к 2015 г. За три года число больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, состоящих на учете, снизилось на 182 человека (20,4%). 15% из более чем 3500 пациентов, получающих медикаментозную иммуносупрессию, проведена превентивная противотуберкулезная терапия. Детальное обследование 57 пациентов, включенных в лист ожидания трансплантации легких, выявило 1 больного туберкулезом, четырех — нетуберкулезным микобактериозом, еще 6 проведена превентивная противотуберкулезная терапия. В стандарт скрининга на туберкулез лиц из групп риска в поликлиниках приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 308 внедрено использование кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. Основанием стал положительный опыт пилотного проекта выявления латентного туберкулеза в ЮЗАО Москвы в 2015–2016. Поставлено 30 749 проб, положительными были 6,2 на 1000 (95% ДИ 5,3–7,1), сомнительными — 3,1 на 1000 (95% ДИ 2,5–3,8). Обследованы больные сахарным диабетом, хроническими заболеваниями легких, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. В Центре были взяты на диспансерный учет по «0» группе 241 и по «1А» — 8 чел. Превентивное лечение для предотвращения локальной формы туберкулеза получили 111 человек (46%), которые не заболели. Применение картографического метода обследования очагов снизило заболеваемость среди «контактных» лиц в 25 раз за три года (18,4 на 100 тыс.). Перечисленные мероприятия в группах риска обеспечили выявление силами Центра каждого пятого больного, их изоляцию и контроль очагов инфекции. Профилактическая направленность мероприятий обеспечивает минимальные показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза в мегаполисе.

### **Противодействие распространению сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекции в Москве**

Богородская Е.М., Сеницын М.В. Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Москва

В настоящее время продолжается повсеместное распространение ВИЧ-инфекции. Именно инфицированные ВИЧ составляют основную группу риска по туберкулезу, так как в большей степени подвержены этому заболеванию в связи со

снижением иммунологической реактивности. Наиболее важной составляющей организации противодействия распространению ко-инфекции ВИЧ/туберкулез является профилактика и раннее выявление туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. В 2015 году существенно дополнена нормативно-правовая база выходом Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы № 1009 от 27.11.2015 г. «Об организации профилактики, выявления, диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». На основании этого приказа специфическую профилактику (химиопрофилактику или превентивное лечение) в Москве назначали ВИЧ-инфицированным с низким иммунным статусом, контактировавшим с больными туберкулезом, а также лицам с латентной туберкулезной инфекцией. Туберкулез развивается у человека, инфицированного микобактерией туберкулеза (МБТ). Как правило, инфицирование происходит после контакта здорового человека с больным. Поэтому принципиально важным аспектом деятельности противотуберкулезной службы города является работа в очагах инфекции, направленная на их санацию. Выявленных в очагах «контактных лиц» обследовали на туберкулез и ВИЧ-инфекцию. После изоляции больного из очага инфекции выполняли заключительную дезинфекцию. Значительное внимание уделяется организации своевременного выявления туберкулеза на ранних стадиях заболевания до того момента, когда больной начинает выделять микобактерии туберкулеза и становится опасным для окружающих, с этой целью применяли рентгенологические и иммунологические методы. Для оказания специализированной противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в Москве создана организационная система, интегрированная с Московским городским центром профилактики и борьбы со СПИД (МГЦ СПИД). С 2014 года в МГЦ СПИД открыт кабинет профилактики и раннего выявления туберкулеза, который является подразделением Центра борьбы с туберкулезом. В кабинете выполняли обследование больных ВИЧ-инфекцией на туберкулез, проводили химиопрофилактику. Для детекции возбудителя использовали методы лабораторной диагностики, которые включали иммунологические тесты, молекулярно-генетические и бактериологические методы, а также посевы на жидкие питательные среды и обязательное определение лекарственной чувствительности МБТ. После установления диагноза «туберкулез» больных сочетанной инфекцией направляли на лечение в противотуберкулезные учреждения города. В Москве имеется возможность лечения больных ко-инфекцией в стационаре, амбулаторно и в санатории. Пациенты полностью обеспечены противотуберкулезными и антиретровирусными препаратами, имеют возможность получать мультидисциплинарную медицинскую помощь по фтизиатрии, инфекционным болезням, хирургии, урологии, гинекологии, психиатрии, наркологии, реаниматологии и ряду других специальностей. Проводимая комплексная работа привела к улучшению эпидемиологической ситуации по сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекции в Москве. Так, по сравнению с 2014 годом в 2015 заболело туберкулезом на 69 ВИЧ-инфицированных меньше. Диагноз туберкулеза впервые в 2015 году был установлен у 331 лиц с ВИЧ-инфекцией, из числа постоянных жителей, что составило 18,6% от всех впервые выявленных больных туберкулезом. Под диспансерным наблюдением на конец 2015 года в городе состояло 709 больных, что меньше на 10,8% в сравнении с 2014 годом, когда на учете было 795 больных ко-инфекцией. В Москве впервые наблюдается снижение как абсолютного числа больных ко-инфекцией, так и снижении доли сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекции среди впервые выявленных больных. Противотуберкулезной службой Департамента здравоохранения города Москвы проводится постоянная работа по совершенствованию оказания помощи больным ВИЧ-инфекцией — от профилактики туберкулеза до специализированной высокотехнологичной медицинской

помощи больным ко-инфекцией ВИЧ/туберкулез. Благодаря скоординированной работе с МГЦ СПИД удалось значительно увеличить охват химиопрофилактикой туберкулеза ВИЧ-инфицированных лиц, организовать раннее выявление и диагностику латентной инфекции и локальных форм туберкулеза, что в свою очередь привело к существенному снижению числа заболевших туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных лиц.

### Стандартизация лучевых исследований в оториноларингологии

Бодрова И.В.  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: стандартизировать лучевые исследования в оториноларингологии.

Задачи: проанализировать состояние лучевых исследований ЛОР-органов, выполненных на базах медицинских учреждений Департамента Здравоохранения г. Москвы (ДЗМ) за 2015 г.; разработать решения, позволяющие привести к единому стандарту КТ- и МРТ-исследования придаточных пазух носа, височной кости и гортани.

Материалы и методы. Было проанализировано 143 345 лучевых исследований ЛОР-органов, выполненных на базах медицинских учреждений ДЗМ за 2015 г. Анализ проводили: по количеству рентгеновских, КТ- и МРТ- исследований; по количеству направлений от врачей-специалистов (профильных и непрофильных); по наименованию лечебно-диагностической процедуры; по учреждениям ДЗМ, выполняющим КТ- и МРТ-исследования ЛОР-органов взрослому и детскому населению.

Результаты. Анализ показал, что за 2015г. было выполнено рентгеновских исследований 139 463 (97,3%), КТ — 3882 (2,7%), МРТ — 0 (0%). По количеству направлений преобладали (97,5%) профильные врачи-специалисты (ЛОР, терапевт, педиатр, офтальмолог); от непрофильных врачей-специалистов количество направлений составило 2,5%, в т.ч. от врачей-специалистов, которые не имеют права направлять на исследования (физиотерапевт, методист, статистик, врач по лечебной физкультуре и т.д.). Анализ также показал, что сегодня существует более 11 наименований лечебно-диагностических процедур ЛОР-органов (КТ наружного уха, КТ среднего уха с внутривенным контрастированием, КТ ЛОР-органов (нос, глотка, гортань) и т.д.), которые не соответствуют ни анатомическим зонам, ни выполняемым исследованиям. Анализ по учреждениям ДЗМ, выполняющим КТ- и МРТ-исследования ЛОР-органов взрослому населению, показал, что КТ- и МРТ-исследования ЛОР-органов в полном объеме (100%) выполняют учреждения ЗелАО, ЗАО, СЗАО, САО и СВАО; в неполном объеме (66%) — ВАО, ЦАО, ЮЗАО, Новомосковский и Троицкий АО; в еще меньшем объеме (20%) — ЮВАО, ЮАО. По аналогичному анализу для детских учреждений было выявлено соответственно: 100% — ЗАО, в неполном объеме (37%) — ЦАО и ЗелАО; в еще меньшем объеме (10%) — остальные учреждения ДЗМ. На основании вышеизложенного, для медицинских учреждений ДЗМ по КТ и МРТ лор-органов сформированы показания к проведению исследований; разработаны методики рутинных исследований; разработаны единые стандартные шаблоны описания исследований; разработан «стандартный набор томограмм» по результатам исследований. Предложены единые стандартизованные наименования лечебно-диагностических процедур для придаточных пазух носа, височной кости и гортани. Разработан проект приказа по маршрутизации на КТ- и МРТ-исследования лор-органов для взрослого и детского населения. Разработаны единые методические рекомендации по стандартам выполнения КТ и МРТ ЛОР-органов, программа повышения квалификации.

Выводы. Разработанная стандартизация лучевых исследований в оториноларингологии позволит повысить качество диагностики заболеваний лор-органов, своевременно и правильно выбирать тактику лечения, определять показания для хирургического вмешательства, сократить койко-дни.

## 25 лет курсу специализации по мануальной терапии факультета дополнительного последиplomного образования врачей ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Болотов Д.А.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Специализированный центр по мануальной медицине существует с 15.06.90 г. На него были сразу возложены функции Московского Центра мануальной медицины (Приказ № 104 от 19.03.1990 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации), в 1991 году (Приказ № 67 от 17.04.1991 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации) — Российского центра мануальной терапии. Согласно приказу №39 от 10.02.98 года Центр мануальной терапии МЗ РФ является головным учреждением по мануальной терапии в России. Главный врач ЦМТ МЗ РФ — профессор, доктор медицинских наук Анатолий Болеславович Ситель. На базе Российского центра мануальной терапии в 1991 году организован курс специализации по мануальной терапии факультета дополнительного последиplomного образования врачей ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (руководитель курса профессор, доктор медицинских наук Анатолий Болеславович Ситель) при кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета (заведующий кафедрой академик РАН, профессор Е.И. Гусев). В Центре мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы сотрудниками курса проведена большая работа по научному обоснованию методов мануальной терапии. Под руководством профессора А.Б. Сителя защищено 13 кандидатских и 3 докторских диссертации, получено 15 патентов и авторских свидетельств на изобретения, которые обогатили наши представления о биомеханике и неврологии человеческого организма. Сотрудники курса мануальной терапии повышают интерес врачей Центра МТ к занятию исследовательской деятельностью, пропагандируют научный, индивидуальный подход в терапии пациентов с заболеваниями периферической нервной системы. С 2016 г. Центр мануальной терапии является Университетской клиникой и лечебной базой ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. За период с 1991 г. по настоящее время на базе ЦМТ курсом МТ подготовлено на циклах профессиональной переподготовки или прошли усовершенствование на циклах повышения квалификации свыше 1600 курсантов. С 1998 года обучение курсантов проводится по новым стандартам: — профессиональная переподготовка (ПП), продолжительность 576 часов (4 мес.); — курс повышения квалификации (ПК) — 144 часа. Активно пропагандируются и внедряются технологии, связанные с непрерывным последиplomным образованием. Апробируются модульные дистанционные методы обучения, внедряются новые принципы аттестации, проверки конечных знаний у обучающихся. Возрастает удельный вес курсантов из регионов России и стран СНГ. Это свидетельствует о востребованности и эффективности «мануальных технологий». Неуклонно возрастает поступление иногородних обучающихся из регионов с устоявшимися школами мануальной терапии (Новокузнецк, Санкт-Петербург, Казань). Такой выбор можно объяснить высоким уровнем профессионализма наших преподавателей, отработанной методикой обучения, основанной на практическом усвоении навыков мануальной терапии. В июне 2014 г. сотрудники курса мануальной терапии награждены Дипломом национальной премии лучшим врачам России «Призвание» за «Участие в создании нового направления в медицине». Врачи курса мануальной терапии активно работают со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни, систематически выходят в свет научно-популярные книги, регулярно появляются публикации в центральных газетах, принимают участие в телепередачах. Руководитель курса мануальной терапии профессор. А.Б. Ситель является автором 4 монографий и множества научно-популярных книг о мануальной терапии, лечебной гимнастике, здоровом образе жизни, пользующихся популярностью у пациентов.

## Аппаратные технологии в профилактике артроза плечевого сустава у больных, перенесших ишемический инсульт

Бондаренко Ф.В., Макарова М.Р.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

Постинсультная артропатия встречается у 20–40% больных в позднем и резидуальном периодах инсульта. Одной из главных задач реабилитации и профилактики ортопедических нарушений плечевого сустава после инсульта является коррекция биомеханических нарушений плечевого сустава и создание физиологически правильного паттерна движения в процессе тренировки.

Цель. Оценить эффективность роботизированной терапии в восстановлении функции верхней конечности в позднем реабилитационном и резидуальном периодах инсульта.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 пациента после ишемического инсульта в средней мозговой артерии, в сроке  $25 \pm 11$  месяцев от начала инсульта. Возраст больных варьировал от 25 до 87 лет, в среднем  $61 \pm 12$  лет. Двигательные нарушения верхней конечности оценивали по шкале функциональной активности Фагл-Мейр, шкале мышечной силы Вейсс, шкале спастичности Ашворт в первый и последний день курса лечения. До лечения функциональная активность верхней конечности больных по шкале Фагл-Мейр составила от 50 до 125 баллов, в среднем  $96 \pm 10$  балла. Уровень мышечной силы варьировал от 1,2 до 5,0 баллов, в среднем  $3,6 \pm 0,9$  балла. Спастичность находилась в диапазоне от 0,5 до 3,8 балла, в среднем  $1,6 \pm 0,8$  балла. Больные были разделены рандомизированно на 2 группы. Основную группу составило 60 больных (66,7%), контрольную — 30 (23,3%). Все больные получали лечебную гимнастику по общепринятой методике, массаж, лазеротерапию и импульсные токи. Больные основной группы ( $n=60$ ) дополнительно получали функциональный тренинг с бытовой направленностью и упражнения для сложных пространственных движений, скорости, плавности, точности и ловкости, на аппаратном роботизированном комплексе с БОС. Занятия проводились по 40 минут, 5 дней в неделю, в течение 3 недель. Статистическая обработка проводилась с помощью ПП статистики SPSS 16.

Результаты. В результате лечения были выявлены статистически достоверные улучшения двигательных функций до и после лечения ( $p=0,001$ ) по всем показателям в основной группе по сравнению с контрольной. Антигравитационные возможности аппаратного комплекса позволяли проводить занятия в безболевого режиме, что способствовало расширению объема движения в плечевом суставе.

Заключение. Аппаратное восстановление двигательных функций верхней конечности с включением программ, направленных на тренировку бытовых навыков и сложных пространственных движений верхней конечностью в отдаленные сроки после перенесенного инсульта, повышают функциональные возможности и бытовую независимость пациента, позволяя проводить профилактику артропатических изменений в плечевом суставе.

## Пути повышения эффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Бордин Д.С., Эмбтуникс Ю.В.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это состояние, развивающееся, когда рефлюкс МКНЦ ДЗМ содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений. ГЭРБ проявляется широким спектром пищеводных (прежде всего, изжогой и регургитацией) и внепищеводных симптомов (ассоциированных с рефлюксом бронхиальная астма, кашель, ларингит и др.). Осложнениями



ГЭРБ являются рефлюкс-эзофагит, стриктуры, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода. Распространенность ГЭРБ в Москве достигает 23,6% (исследование «МЭГРЕ»). В основе патогенеза ГЭРБ лежит заброс в пищевод содержимого желудка — гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), возникновению которого способствует градиент давления, направленный из желудка в пищевод. Противостоит ему нижний пищеводный сфинктер (НПС). Повышение внутрибрюшного давления при абдоминальном ожирении, запоре, метеоризме способствует развитию ГЭР. Источником ГЭР является слой небуферизованной соляной кислоты, который образуется на поверхности содержимого желудка в зоне НПС после приема пищи — «кислотный карман». Результат воздействия ГЭР на слизистую оболочку пищевода определяется составом, длительностью воздействия и собственной резистентностью слизистой оболочки пищевода. Целями терапии ГЭРБ является купирование клинических симптомов заболевания, сопровождаемое улучшением качества жизни больных, лечение и профилактика осложнений. Рекомендуется изменение образа жизни и диеты, и фармакотерапия, при неэффективности — хирургическое лечение. Эффективны следующие рекомендации: подъем изголовья кровати; снижение массы тела, если имеется ее избыток (ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup>) или при недавнем наборе веса; отказ от поздних приемов пищи, особенно жирной, за 2–3 часа до сна. Ограничение в рационе продуктов содержащих кофеин (кофе, крепкий чай, кола), цитрусовых, томатов и т.д. рекомендуется только у больных, отмечающих явную связь симптомов с их приемом. У больных с запором и синдромом избыточного бактериального роста показана их коррекция. Основной мишенью фармакотерапии является «кислотный карман». Ингибиторы протонной помпы (ИПП) уменьшают объем и повышают pH «кислотного кармана», воздействуя на кислотопродукцию желудка. Альгинаты физические препятствуют ГЭР, образуя гелевый рафт на его поверхности, антациды нейтрализуют его содержимое. Для контроля симптомов ГЭРБ наиболее эффективны ИПП. Их эффект может быть отсрочен, поэтому в начале лечения рекомендуется комбинация с антацидами или альгинатами. Четырехнедельный прием ИПП обеспечивает заживление рефлюкс-эзофагита у 90% больных. Среди современных ИПП наилучший контроль кислотопродукции обеспечивают эзомепразол (S-стереоизомер омепразола) и декслансопразол (D-стереоизомер лансопразола). При мета-анализе рандомизированных клинических исследований (РКИ) было показано преимущество эзомепразола перед другими ИПП (кроме декслансопразола) в заживлении рефлюкс-эзофагита. Через 4 недели его эффективность была выше на 10% (относительный риск 1,1; 95% доверительный интервал, 1,05–1,15), через 8 недель терапии — на 5% (ОР 1,05; 95% ДИ, 1,02–1,08). Наибольшее преимущество эзомепразола было отмечено у больных с тяжелым рефлюкс-эзофагитом: показатель NNT (количество больных, которых необходимо пролечить для достижения одного хорошего результата) составил 50 при степени А по Лос-Анджелесской классификации, 33 — при степени В, 14 — при степени С, и 8 при степени Д. РКИ, сравнивающие декслансопразол или эзомепразол с плацебо или общим ИПП, были оценены с помощью мета-анализа случайного воздействия и было проведено прямое сопоставление эффекта лечения с общим препаратом сравнения. Эти данные позволяют предположить лучший эффект от применения декслансопразола в отношении контроля симптомов при неэрозивной ГЭРБ, при этом достоверных отличий в заживлении эрозивного эзофагита получено не было. Течение ГЭРБ, как правило, непрерывно-рецидивирующее, и у большинства больных при отмене антисекреторной терапии симптомы и/или рефлюкс-эзофагит быстро возвращаются. Поэтому после стойкого устранения симптомов и рефлюкс-эзофагита при эрозивной форме ГЭРБ назначается непрерывная поддерживающая терапия ИПП в минимальной, но эффективной дозе. При эндоскопически негативной форме ГЭРБ после завершения основного курса назначается терапия «по требованию».

## Диагностика и лечение заблуждений, ассоциированных с *H. pylori*: велик ли разрыв между рекомендациями экспертов и клинической практикой?

Бордин Д.С., Эмбунтиекс Ю.В., Янова О.Б., Войнован И.Н., Арутюнов Г.Г. Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

Современные международные (Маастрихт-4) и отечественные (5-е Московское соглашение, Рекомендации РГА) рекомендации экспертов подробно регламентируют использование методов диагностики *H. pylori*, как для первичного выявления инфекции, так и контроля эффективности проведенного лечения. Оценить правильность использования рекомендаций экспертов в повседневной работе врачей позволяют неинтервенционные наблюдательные программы (регистры).

Материалы и методы. Более 20 Российских центров участвует в крупномасштабном проспективном многоцентровом наблюдательном исследовании Европейский регистр ведения инфекции *H. pylori* («Hp-EuReg»), которое проводится по инициативе Европейской группы по изучению *H. pylori* и микробиоты (EHMSG) в 30 странах. Задачей центров исследования является сбор и внесение в электронную базу данных структурированной информации о рутинной клинической практике гастроэнтерологов и врачей общей практики: пол, возраст, этническая принадлежность, диагноз и симптомы, которые обусловили показание к эрадикации, сведения о ранее проводившихся курсах терапии, способ диагностики *H. pylori*, выбор схемы и длительности антихеликобактерной терапии, способ, применяемый для оценки эрадикации, эффективность и нежелательные эффекты терапии. Проведен анализ данных 813 больных инфицированных *H. pylori*, внесенных в регистр «Hp-EuReg».

Результаты. Наиболее распространенные способы первичной диагностики *H. pylori* в нашей стране инвазивные: гистологический (40,3%), быстрый уреазный тест (35,7%) и серологический (17,2%). Важно отметить, что чувствительность быстрого уреазного теста невысока, в зависимости от количества биоптатов колеблется от 61 до 74%. На момент проведения первичной диагностики 2,6% пациентов принимали ингибиторы протонной помпы (ИПП), уменьшающие диагностическую ценность большинства тестов: снижается обсемененность *H. pylori*, что повышает вероятность получения ложноотрицательных результатов. Это одна из типичных ошибок. Консенсус «Маастрихт-4» рекомендует проведение диагностических тестов не ранее чем через 2 недели после отмены ИПП и не ранее, чем через 30 дней после отмены антибактериального препарата. Исключением из этого правила является серологический метод (определение антител *H. pylori* IgG в крови), однако он может применяться только у ранее не леченных больных. Для контроля эффективности лечения неинвазивные (13C-уреазный дыхательный тест в 27,3%, определение антигена *H. pylori* в стуле — в 22,8%) и инвазивные методы (гистологический метод — в 34%, быстрый уреазный тест — в 16,3%) использовались одинаково часто. Согласно рекомендациям экспертов, контроль эффективности терапии следует проводить не ранее, чем через 30 дней после завершения приема всех препаратов схемы. Несоблюдение этого правила ведет к ложному заключению об эффективности терапии. Предпочтение следует отдавать неинвазивным методам: 13C-уреазному дыхательному тесту (чувствительность 93–96%) и определению антигена *H. pylori* в кале (чувствительность 92,1%, специфичность 94,1%). Одной из распространенных ошибок является применение для контроля эффективности эрадикации серологического метода. После успешного устранения *H. pylori* в крови еще долго остаются антитела, поэтому данный метод не должен использоваться. Анализ данных регистра свидетельствует, что серологический метод с целью контроля эрадикации использовался в 2,5% случаев. У 13,5% пациентов контроль эрадикации вовсе не выполнялся. Ошибочность такого подхода очевидна, поскольку целью назначения терапии является избавление от инфекции. Отсутствие оценки эффективности

лечения, с одной стороны, не позволяет документировать достижения цели лечения у конкретного больного, с другой — лишает врача возможности получить информацию об эффективности назначаемых схем лечения в данном регионе (популяции). Последнее принципиально важно для критического переосмысления практики и своевременного перехода на более эффективные схемы. Длительность антихеликобактерной терапии в 18% случаев составила 7 дней, в 49,3% — 10 дней, в 25,1% — 14 дней. Эксперты рекомендуют назначение терапии длительностью 10–14 дней Средняя эффективность эрадикации составила 82,6%. 80% врачей в случае неудачи не намерены назначать новый курс лечения. Выявлены значимые отличия реальной клинической практики от современных рекомендаций.

## Остеопороз. Подводные камни

Бородачева А.В., Жилиев Е.В.  
Городская поликлиника №62, Москва

Цель исследования: осветить современные тенденции в лечении остеопороза.

Материалы и методы: изучена медицинская литература, посвященная остеопорозу за 2008–2015 гг.

Ключевые слова: остеопороз, индивидуальность лечения, бисфосфонаты, Терипаратид, Деносумаб, Стронция ранелат.

Выводы: остеопороз является серьезным и распространенным заболеванием скелета, лечение которого должно учитывать различные факторы и подбираться индивидуально. Остеопороз (ОП) — системное заболевание скелета, проявляющееся хрупкостью костной ткани за счет ухудшения ее количества и качества, что приводит к переломам при незначительной травме; вопросами его терапии в России стали заниматься относительно недавно, хотя он довольно распространен в нашей стране: ОП диагностируется у каждой третьей женщины и каждого четвертого мужчины в возрасте 50 лет и старше. Препаратами первой линии в лечении остеопороза, согласно Российским и зарубежным рекомендациям, являются азотсодержащие бисфосфонаты (БФ), а также Стронция ранелат и Деносумаб (1). Эффективность каждого из них в отношении переломов различна, но во множестве исследований подчеркивается уменьшение количества последних во время лечения по сравнению с группой плацебо. Однако важным ограничителем в лечении БФ является его длительность: через 5 лет терапии риск атипичных переломов возрастает с количеством последующих лет (2). Так была сформулирована одна из европейских рекомендаций: «Доктора, назначающие данное лечение, должны регулярно пересматривать необходимость продолжения терапии, особенно через 5 и более лет использования» (3). Многие ученые, например в Америке, считают, что нельзя просто отменить лечение, а необходимость длительных «каникул» БФ — лишь «экспертное мнение», особенно в отношении пациентов с тяжелым остеопорозом (4). На EULAR (European League Against Rheumatism) в 2015 представлен доклад (Kenneth Saag, USA). Во-первых, автор ввел термин sabbatical вместо holidays — это как короткие выходные в конце недели, а не длительный отпуск. Во-вторых, определил группу больных, которых нельзя оставить вообще без лечения, и подлежащих sabbatical: — получивших переломы во время лечения — имеющих низкую МКП при ДEXA (Т менее или равно -2.5) — имеющих высокий риск переломов по индексу FRAX, рассчитанному в каждой конкретной местности — сохраняющих высокий уровень лабораторных маркеров костной деструкции В-третьих, рекомендует заменить БФ на время «каникул» на Терипаратид, особенно для стероидного остеопороза, или Деносумаб. Кроме того, предлагает алгоритмы для выбора тактики лечения ОП: — Рекомендации ASBMR (American Society of Bone Mineral Restriction) а) Если у женщины, получавшей БФ 3–10 лет, не было переломов бедра, позвоночника или другой локализации за время лечения или до, МКП выше -2.5 и низкий риск по FRAX, ее можно «отпустить на каникулы», оценивая состояние каждые 2–3 года б) если переломов нет, но есть высокий риск по FRAX и Tscore остается ниже -2.5 — назначается другой антирезорбтивный препарат с оценкой состояния каждые 2–3 года в) при

наличии патологических переломов до или во время лечения — продолжается терапия БФ независимо от FRAX и Tscore с оценкой состояния каждые 2–3 года — NOGG (national osteoporosis guideline group): похожая схема плюс правила для пациентов, принимающих не менее 7,5 мг стероидов — БФ независимо от FRAX и Tscore (5). Заключение. Остеопороз является серьезным и распространенным заболеванием скелета; в лечении существуют алгоритмы, однако оно должно учитывать различные факторы и подбираться индивидуально.

## Перспективы дальнейшего развития наркологической службы

Брюн Е.А.  
Московский научно-практический центр наркологии, Москва

В 2015 году ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» приступил к разработке методов персонализированной медицины. В настоящее время разработан и реализуется инновационная технология семейного медико-генетического консультирования (МГК), основанная на определении методом молекулярно-генетического исследования индивидуального биологического риска развития болезней зависимости и осуществления своевременной коррекции имеющихся отклонений, оказания комплексной социально-психологической помощи. В 2016 году процедуре семейного МГК прошли более 250 пациентов, в каждом конкретном случае предложена индивидуальная стратегия психолого-педагогической поддержки семье. Внедрение технологий МГК в систему практического здравоохранения позволит своевременно выявлять биологические факторы риска зависимого поведения, и более качественно проводить лечение и реабилитацию больных наркологического профиля в соответствии с принципами персонализированной и доказательной медицины. С 13.05.2016 года в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» начала работу Программа по снижению смертности от передозировки наркотических веществ среди больных с синдромом зависимости от опиоидов с использованием лекарственного препарата Налоксон. За период с 13.05.2016 г. по 31.05.2016 г. в Программе приняло участие 355 больных с опиоидной зависимостью, из них: в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» — 99 пациентов, в Клиническом филиале № 1 — 181 пациент, в Клиническом филиале № 2 — 75 пациентов. Включение пациентов в Программу снижения смертности позволит снизить количество случаев смертей от отравления наркотическими средствами и количество умерших от передозировок наркотиками. За последние годы заметно росло число отравлений наркотическими средствами, психотропными веществами. Однако стоит отметить, что за последний год рост числа отравлений был незначительным. В 2015 году, по данным скорой медицинской помощи, зафиксировано 6355 случаев отравлений наркотическими веществами (2014 г. — 9 338 случаев отравлений наркотическими веществами, в 2013 году — 9 208 случаев). Количество отравлений наркотическими веществами в 2015 году уменьшилось по сравнению с 2014 годом более чем на 30%. Тем не менее, потребность в неотложной наркологической помощи остается высокой. Большое количество госпитализаций по поводу алкогольных психозов связано в том числе с несвоевременным оказанием помощи больным, находящимся в состоянии длительной алкогольной и наркотической интоксикации. Полагаем, что создание отделений круглосуточной неотложной наркологической помощи на базе МНПЦ наркологии и его Клинических филиалов обеспечит качество оказания наркологической помощи населению города в вечернее и ночное время, повысит выявляемость наркологических больных, улучшит преемственность стационарной и амбулаторной служб, а также сделает эту помощь более доступной.

## Организационная модель наркологической службы

Бузик О.Ж.  
Московский научно-практический центр наркологии, Москва

Наркологическая служба городского здравоохранения осуществляет свою деятельность в соответствии приказами Минздрава

России от 15.11.2012 № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология», медицинскими стандартами оказания наркологической помощи (приказы от 4 сентября 2012 года №№ 124н–135н) и другими нормативными актами. В целях оптимизации лечебно-диагностического процесса, дальнейшего совершенствования организации и качества оказания специализированной медицинской помощи, в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 21.12.2010 № 1075-ПП проведена реорганизация наркологической службы города Москвы путем присоединения наркологических диспансеров к ГКУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Наркологической клинической больницы № 17 и Психиатрической больницы № 9 в виде филиалов. В 2013 году Департаментом здравоохранения утверждены «Мероприятия по модернизации наркологической службы города Москвы на 2014–2015 годы». В рамках исполнения указанных мероприятий открыт загородный реабилитационный центр для длительной реабилитации больных наркологического профиля, Департаментом здравоохранения города Москвы издан приказ от 13.11.2013 № 1097 «О реорганизации Государственного казенного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» и Государственного казенного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая больница № 9 Департамента здравоохранения города Москвы». В апреле 2014 года реабилитационный центр МНПЦ наркологии ДЗМ принял первых пациентов. В настоящее время в состав МНПЦ наркологии ДЗМ входят: десять наркологических диспансеров (филиалов), центр профилактики зависимого поведения (филиал), детский наркологический центр (филиал), психотерапевтический центр (филиал), два клинических филиала, загородный реабилитационный центр (филиал). Общая коечная мощность учреждения — 1505 коек, в том числе для лечения больных наркоманией — 680 коек, кроме того 18 реанимационных коек. На базе МНПЦ наркологии функционируют три клинико-диагностические лаборатории, химико-токсикологическая, иммунодиагностическая, генетическая лаборатории. В соответствии с поручением Мэра Москвы от 15.09.2015 № 4-15-1001/5 по заданию на базе химико-токсикологической лаборатории ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» референс-центра закуплено соответствующее новое оборудование. Вопросы совершенствования наркологической помощи в городе Москве является одним из приоритетных направлений и находится на постоянном контроле Департамента здравоохранения города Москвы.

### Резистентность к гепарину как важная клиническая проблема.

Буланов А.Ю., Яцков К.В., Дзюба С.В., Гацолова Д.С.  
Городская клиническая больница № 52, Москва

Антикоагулянтная терапия и профилактика занимают важное место в различных отраслях современной клинической практики. Их эффективным инструментом являются прямые антикоагулянты — препараты гепарина. Использование гепаринов позволяет решить целый ряд задач среди которых профилактика и лечение тромбозов и тромбоземболий, обеспечение экстракорпорального кровообращения при различных процедурах и кардиохирургических вмешательствах, обеспечение вмешательств на сосудах и т.д. Серьезной проблемой, связанной с применением гепаринов, является так называемая гепаринорезистентность. Цель данной работы — анализ частоты и причин развития резистентности к терапии гепарином на основе опыта консультативной гемостазиологической службы.

Материалы и методы. В исследование вошли 27 пациентов, у которых при проведении терапии гепарином констатировано отсутствие гипокоагуляционного эффекта от его введения или же напротив, усиление гиперкоагуляции. Средний возраст больных составил 37 лет (от 24 до 78). В качестве метода контроля эффекта гепарина использовалась тромбозластография (тест

с гепариназой) на тромбозластографе ТЭГ 5000. Кроме того выполнялось исследование гемостаза, включая антитромбин на анализаторе ACL-top.

Результаты и обсуждение. Самой частой причиной развития резистентности к гепарину был дефицит антитромбина III (АТIII). Его значение на момент выявления проблемы составляло  $47,4 \pm 12,7\%$ . Первичные данные известны только у 13 больных, у которых на начало применения гепаринов его уровень составлял  $94,2 \pm 21,9\%$ . По литературным данным именно дефицит АТIII является самой частой причиной гепаринорезистентности. Действие всех типов гепаринов опосредовано эндогенным антитромбином III, кофактором которого они являются. Присоединение гепарина к АТIII увеличивает активность последнего в 3000–5000 раз. Образовавшийся комплекс эффективно подавляет активность факторов свертывания, прежде всего тромбина. При этом взаимодействие с тромбином необратимо и при условии активной генерации последнего приводит к истощению депо АТIII. Основным средством коррекции дефицита АТIII является заместительная терапия концентратом человеческого антитромбина. Менее эффективна трансфузия СЗП. Все пациенты в рамках данного исследования для восстановления уровня АТIII получали концентрат антитромбина. У 4 пациентов гиперкоагуляция на фоне введения НФГ сопровождалась прогрессирующим снижением числа тромбоцитов. Как причина этого состояния была заподозрена и подтверждена исследованием антител к комплексу гепарина-IV пластинчатый фактор гепарин-индуцированная тромбоцитопения II типа (ГИТИ). ГИТИ известна как тяжелое осложнение, связанное с терапией НФГ и реже НМГ. Тромбоцитопения в этом случае носит иммунный характер и сопровождается нарастающим протромботическими изменениями. Необходима отмена гепарина с заменой на другой антикоагулянт. В большинстве случаев применяется фондапаринукс, который и был использован у всех 4 больных с ГИТ. У 6 пациентов с недостаточным эффектом гепарина (все получали НМГ в профилактической дозе) уровень АТIII был нормальным, отсутствовали признаки ГИТ. Наиболее вероятной причиной гепаринорезистентности у них явилась гиперфибриногенемия в раннем послеоперационном периоде. Уровень плазменного фибриногена по Клаусу у них достигал в среднем  $5,7 \pm 1,11$  г/л. У одной из пациенток тромбогенное состояние проявилось развитием ТЭЛА. Для преодоления резистентности в этой группе больных доза НМГ была увеличена. Достичь профилактического эффекта надропарина удалось при использовании дозы более 200 ед/кг в сутки. Гиперфибриногенемия также рассматривается в литературе как важный фактор снижения эффективности антикоагулянтной терапии. При этом высокий уровень фибриногена не редкий компонент послеоперационных реактивных изменений, в первую очередь в случае развития инфекционных осложнений. Это обстоятельство, безусловно, должно учитываться при определении тактики послеоперационной тромбопрофилактики.

Закключение. Таким образом, резистентность к гепарину является важной клинической проблемой. Основная ее причина — дефицит, как правило транзитного характера, эндогенного антитромбина III. При выявлении неэффективности гепаринов, а в случае высокого тромботического риска до начала терапии гепарином необходим контроль активности антитромбина, и при необходимости заместительная терапия его концентратом.

### Тяжелые формы угревой болезни — мультидисциплинарная проблема

Бурова С.А.  
Городская клиническая больница им. В.В.Вересаева, Москва

Известно, что тяжелыми формами угревой болезни, в том числе и аспе inversa, обращаются не только к дерматологам, но и к хирургам, иммунологам, аллегологам, проктологам. Эти заболевания трудно поддаются радикальному излечению, что связано с многообразными патогенетическими

особенностями воспалительного процесса, а иногда и с недостаточной опытностью врачей. В результате закупорки фолликулярных протоков сальных желез, на фоне гормонального дисбаланса, происходит их гипертрофия и избыточная продукция сального секрета. В этих условиях, особенно на фоне сниженного иммунитета и при нарушении гигиены кожи, активируется микробная флора и развивается воспаление, которое может захватывать волосяные фолликулы, сальные и потовые железы, способствовать развитию перифолликулярных инфильтратов с последующим абсцедированием и образованием свищей. Абсцедирующие, индуративные, флегмонозные, конглобатные, кистозные и инверстные угри в стадии воспаления доставляют порой невыносимые физические и моральные страдания пациенту и требуют комплексного лечения, вплоть до хирургических вмешательств. Существенная роль в схемах лечения тяжелых вариантов угревой болезни отводится борьбе с гнойно-воспалительным процессом. Антибиотикотерапия, к сожалению, не всегда эффективна, т.к. длительные курсы приводят к стойкой резистентности микроорганизмов и не исключают появления симптомов гепато- и нефротоксичности. Сложность патогенеза тяжелых форм угревой болезни, длительное рецидивирующее течение, часто наблюдаемое отсутствие положительного результата в лечении диктуют необходимость применения эффективных, радикальных подходов к терапии этих заболеваний. Распространенной ошибкой в хирургической практике является недостаточное неполноценное купирование воспаления перед применением вскрытий и иссечений. С этой целью в комплексной медикаментозной схеме лечения используют отечественный иммуномодулятор с противовоспалительным и заживляющим действием — актинолизат, который способствует выработке антител к инфекции, мобилизации и активации макрофагов, стимуляции фагоцитарного процесса, усилению регенерации и эпителизации тканей, снижению интенсивности воспаления. Лекарственный препарат был изобретен отечественными учеными в прошлом столетии, в 1936 г. была опубликована 1-ая работа по его применению при актиниколезе, в 1950 г. это научно-практическое достижение было отмечено Государственной премией. С момента изобретения актинолизата его механизм действия изучали в эксперименте на животных, *in vitro* и *in vivo*. Показано, что присутствующие в гнойно-воспалительном очаге кожи высокорезистентные к антибиотикам микроорганизмы под влиянием актинолизата активно вовлекаются в фагоцитарный процесс и погибают, что приводит к санации гнойного очага. Одновременно блокируя медиаторы воспаления, актинолизат способствует купированию воспалительного процесса и уменьшению клинических проявлений. За полвека практического применения актинолизата накоплен большой опыт лечения угревой болезни, доказана эффективность, безопасность и хорошая переносимость этого лекарственного средства в группах больных с многообразными клиническими проявлениями. Следуя научным и практическим исследованиям показания к назначению актинолизата были значительно расширены на обширную группу воспалительных заболеваний кожи и внутренних органов. Препарат при угревой болезни применяется внутримышечно по 3 мл 2 раза в неделю, на курс 5–15 инъекций. Интервал между курсами — 1 месяц, количество курсов лечения от 1 до 3-х, зависит от формы и тяжести заболевания, глубины и распространенности поражения. Применение хирургических методик проводят по показаниям после значительного противовоспалительного эффекта. Через 1 месяц после клинического выздоровления рекомендуют профилактический противорецидивный курс из 5–10 инъекций. В ряде случаев благодаря применению актинолизата возможно снижение курсовой дозы антибиотиков или полная их отмена. Минздравом РФ одобрены расширенные показания к его применению и при очередной перерегистрации в 2012 году утверждена новая инструкция по применению препарата и выдано бессрочное регистрационное свидетельство.

## Актуальные аспекты кадрового наполнения дежурной службы Бюро судебно-медицинской экспертизы

Бутовский Д.И., Морозов Ю.Е., Солохин Е.В.  
Бюро судебно-медицинской экспертизы, Москва

Отдел дежурных судебно-медицинских экспертов существовал в структуре Бюро судебно-медицинской экспертизы города Москвы более 15 лет. В нем работали эксперты, входящие в состав следственно-оперативных групп при управлениях внутренних дел округов столицы. Форма трудоустройства сотрудников отдела была различной. Наряду с основными сотрудниками, работающими на постоянной основе в отделе дежурных судебно-медицинских экспертов, были внутренние (из других отделений бюро) и внешние совместители, имевшие основным местом работы иные организации. Большинство ставок отдела занимали основные сотрудники отдела. В результате анализа эффективности и качества работы отдела, ежегодно проводимого старшими врачами дежурных групп, заведующим отделом дежурных судебно-медицинских экспертов и руководством организационно-методического отдела, отчетливо обозначились проблемы кадрово-организационного характера. Кадровый состав отдела пополнялся во многом за счет сотрудников, которые по субъективным или объективным причинам не смогли продолжить свою работу в иных подразделениях Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ). В отдел устраивались и молодые специалисты. В ходе процесса последипломной подготовки за один-два года их невозможно было обучить судебной медицине до уровня самостоятельного вскрытия. Кроме того, очень приятно работать в отделе дежурных экспертов было лицам, не интересующимся экспертной деятельностью, но желающим иметь трудовой стаж в БСМЭ. Немало таких лиц было среди молодых специалистов. Подобные люди часто вынуждали администрацию устраивать их в отдел. Переполнение отдела такими сотрудниками приводило к снижению качества содержания протоколов осмотров трупов, ибо лишь регулярные занятия танатологией, по ряду понятных причин, могут обеспечить достойный уровень работы. Борьба с этим явлением потребовала введение в практику работы отдела необходимость предварительной стажировки претендентов в том или ином округе независимо от подготовки и приобретенного опыта. С данным вопросом напрямую смыкается проблема развития личного и профессионального роста сотрудников, особенно у начинающих свою профессиональную деятельность судебно-медицинских экспертов. Нельзя не отметить, тот факт, что в настоящее время характер работы и функциональные обязанности, которые исполняет сотрудник отдела дежурных судебно-медицинских экспертов, не только тормозят, но и обращают вспять профессиональное сотрудников. Так как, по своей сути, осмотр трупа на месте его обнаружения является усеченной частью наружного исследования, проводимого при экспертизе трупа в морге. У врача-специалиста, при всей важности выполняемой им работы, теряется понятийная связка между морфологической картиной, обнаруживаемой при осмотре трупа на месте его обнаружения и открывающейся при внутреннем исследовании. Кроме того, у врача-специалиста отсутствуют аналитический и синтетический компоненты интеллектуальной работы, происходящей при формулировке диагноза и выводов, а также при ответе на вопросы следствия на основании проведенного судебно-медицинского исследования трупа. Очень полезными, в плане профессионального экспертного роста сотрудников бюро и повышения качества их работы, на наш взгляд, являются случаи проведения осмотра трупа на месте его обнаружения и проведение вскрытия трупа в морге одним врачом, когда на месте обнаружения трупа он выступает как специалист, привлеченный к осмотру трупа, а при проведении вскрытия в морге выступает уже в роли эксперта. Такой опыт работы имеется у сотрудников бюро. Так, длительное функционирование 1 танатологического отделения (заведующий — Потемкин А.М.) на базе морга Института морфологии АМН РФ, показал его эффективность

и необходимость. К сожалению, не во всех округах города Москвы есть «свои» морги, которые могли бы проводить подобную работу. Особенности таких мегаполисов, как Москва, обуславливают необходимость постоянно работающих, опытных экспертов в отделе, но их количество должно быть минимальным.

### Стоматология Москвы: итоги лечебной деятельности — проблемы и решения

Василевская Н.А., Митронин А.В.  
Стоматологическая поликлиника №3, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

В последнее время медицинская служба города уделяет особое внимание организации доступности и качества медицинской помощи населению. Важным аспектом данной работы является определение соответствия принципов доступности и качества стоматологической помощи сложившемуся состоянию стоматологической службы.

Целью исследования явилось изучение состояния организации лечебной работы и мониторинга эффективности качества лечебно-профилактической стоматологической помощи взрослого населения г. Москвы.

Материал и методы. В течение 2015 г. был проведен анализ отчетов в соответствии с требованиями, предъявляемыми организационно-методическим отделом Департамента здравоохранения г. Москвы для мониторинга состояния стоматологической помощи взрослому населению.

Результаты. Стоматологическая помощь населению г. Москвы в полном объеме оказывается в 36 взрослых и 24 детских стоматологических поликлиниках, в 13 стоматологических кабинетах территориальных поликлиник и городских больниц.

Неотложная стоматологическая помощь в выходные и праздничные дни оказывается в окружных стоматологических поликлиниках административных округов города Москвы, в ночное время — в стоматологической поликлинике № 50.

Стационарная стоматологическая помощь оказывается в ГБУЗ «Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн», ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, ГКБ № 36, челюстно-лицевой клинике ММА им. И.М. Сеченова, Центре стоматологии и ЧЛХ МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Все виды стоматологической помощи больным с психическими заболеваниями оказываются в городском Центре комплексной стоматологической помощи больным при городской психиатрической больнице №14, больным туберкулезом — в противотуберкулезных диспансерах. Инвалидам с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (колясочники) все виды стоматологической помощи оказываются в стоматологических поликлиниках округов, а так же в СП № 50.

Суммарная мощность стоматологических поликлиник составляет 20 570 посещений в смену. По сравнению с предыдущими годами в 2015 году снизился объем оказания стоматологической помощи населению города Москвы, уменьшился показатель количества санированных от первично обратившихся пациентов до 47,5%. По данным МЗ РФ средний показатель по России составляет 55–60%.

В стоматологических учреждениях города проводится постоянная работа по диспансеризации больных со стоматологическими заболеваниями. Ежегодно на диспансерном наблюдении состоит 35.000 — 40.000 больных, в 2011 г. — 39.458, а в 2015 г. — 16.972. Все пациенты, состоящие на диспансерном наблюдении, получают весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий. В соответствии с приказом Департамента здравоохранения организованы «Центры здоровья» на базе городских поликлиник в количестве 47. Поликлиники оборудованы в соответствии с современными стандартами, располагают собственными зуботехническими лабораториями, рентгенологическими и физиотерапевтическими кабинетами. В учреждениях взрослой и детской сетей оказываются все виды стоматологической помощи.

Выводы. Организация стоматологической помощи в г. Москве основана на трех приоритетных позициях: 1. Доступность —

безбарьерная среда, особенно для маломобильных групп населения; 2. Профессионализм — возможность оказания качественной медицинской помощи высококвалифицированными специалистами; 3. Своевременность — возможность пациентов записаться к специалистам через систему ЕМИАС и своевременно получить медицинскую помощь. Выстраивая такую систему оказания стоматологической помощи, каждая проблема решается путем комплексного подхода и способствует улучшению ее качества.

### ДВС-синдром, некоторые актуальные подходы к диагностике и лечению

Васильев С.А., Моисеева Т.Н., Аль-Ради Л.С., Соколова М.А., Зозуля Н.И.  
Гематологический научный центр, Москва

Сегодня хорошо известно, что ДВС-синдрому практически всегда предшествует, описанная относительно недавно (Воробьев А.И., Городецкий В.М., Васильев С.А., 2002 г.), коагулопатия — гиперкоагуляционный синдром. Особенности гиперкоагуляционного синдрома является то, что он часто протекает без ярких клинических признаков. При лабораторных исследованиях для гиперкоагуляционного синдрома характерны: ускорение свертывания крови по Ли-Уайту; укорочение АЧТВ; увеличение протромбинового индекса; повышение фибриногена; повышение РФМК; небольшое умеренное снижение XIIa-зависимого фибринолиза (до 13–50 мин); гиперагрегабельность тромбоцитов; небольшое повышение D-димера; на тромбозастиграмме фиксируется гиперкоагуляция; метод тромбодинамики демонстрирует гиперкоагуляцию; УЗИ сосудов выявляет дополнительные эхо-контрастные включения; тромбиновый потенциал часто резко повышен. Этапность прогрессии ДВС-синдрома имеет свои особенности. Вначале развивается гиперкоагуляционный синдром, который при наличии усугубляющих факторов переходит в гиперкоагуляционную фазу ДВС, которая в свою очередь может переходить в гипокоагуляционную фазу синдрома ДВС. При гиперкоагуляционном синдроме нет потребления коагулологических факторов и нет полиорганной недостаточности, но при этом наблюдается отчетливая гиперкоагуляция по показателям гемостаза. При гипокоагуляционной фазе ДВС-синдрома наблюдаются выраженный геморрагический синдром, коагулопатия потребления, полиорганная недостаточность. У пациентов с миелопролиферативными заболеваниями гиперкоагуляционный синдром выявляется в 70–75% случаев. Наиболее частыми причинами гиперкоагуляционного синдрома являются полиглобулия (тромбоцитоз, эритроцитоз), повышение функциональной активности тромбоцитов и активизация показателей внутреннего и внешнего механизмов свертывания крови. Наиболее частой причиной развития ДВС-синдрома при миелопролиферативных заболеваниях является эндогенная тяжелая инфекция, нередко ассоциированная с химиотерапией. При лимфолиферативных заболеваниях, лимфоме Ходжкина гиперкоагуляционный синдром частый феномен и наблюдается в 75–80% случаев. При эскалации химиотерапии гиперкоагуляционный синдром может прогрессировать и переходить в ДВС-синдром. В основе ДВС-синдрома, как правило, лежит тяжелая инфекция (крупноочаговая пневмония, некротическая энтеропатия, сепсис и септицемия). ДВС-синдром при болезни Виллебранда и гемофилиях — редкость. Наиболее частой причиной его развития является передозировка вводимых больших, избыточных количеств факторов свертывающей системы крови или переизбыток препаратов шунтирующего действия (НовоСэвен, Коагил VII-эптакто альфа и др.). Алгоритм и тактика лечения гиперкоагуляционного синдрома и различных фаз ДВС-синдрома сегодня активно изучаются. Основу терапии гиперкоагуляционного синдрома составляют препараты антиагрегантной направленности, антикоагулянты и вазопротекторы. Нередко применяется лечебный плазмаферез. В терапии гиперкоагуляционной фазы ДВС-синдрома активно используются: антибиотики широкого спектра действия (противомикробные, противогрибковые и противовирусные препараты); нефракционированный гепарин в/в инфузатом непрерывно 1000 МЕ в час (контроль АЧТВ или антиХа-активности); трансфузии

свежезамороженной плазмы 30–35 мл на кг массы тела; при дефиците антитромбина III-показаны введения препарата Анти-тромбина III; применяется заместительная протекторная органная терапия (искусственная вентиляция легких, гемодиализ, гемоди-афильтрация, лечебный плазмаферез и др.); в случае падения АД используется допамин. В терапии гипокоагуляционной фазы ДВС-синдрома, протекающей практически всегда с повышенной кровоточивостью и полиорганной недостаточностью, основу составляют заместительные подходы: свежезамороженная плазма переливается 40–45 мл на кг массы тела; Антитромбин III; тромбоцитная масса; антибиотическая терапия; заместительная органная терапия (искусственная вентиляция легких, гемодиализ, гемоди-афильтрация и др.). В заключение можно отметить, что ДВС-синдром является частой коагулологической проблемой, однако своевременная его диагностика и адекватное лечение позволяет достичь в большом проценте случаев положительного эффекта.

## **Кинезиологическая диагностика в повышении эффективности мануальной терапии**

Васильева Л.Ф.  
Российская академия медико-социальной реабилитации, Москва

Механизм диагностики рефлекторного ответа положен в основу прикладной кинезиологии — оценивается активность рефлексов движения конкретных мышц в процессе выполняемого действия (мануальное мышечное тестирование). При снижении активности рефлекса движения (по методу биологической обратной связи) определяется причина или группа причин выявленных нарушений и выбирается метод реабилитации и методика переобучения. Метод оценки рефлексов движения (мануального мышечного тестирования) основан на законах нейрофизиологии мышечного сокращения, разработанных проф. Н.А. Бернштейном (1946), выделяющим 2 фазы мышечного сокращения: фазическую (произвольную) и тоническую. М.Р. Могендович (1950) разработал систему висцеромоторных и мотонисцеральных рефлексов, в практике спортивной медицины используется с 1966 г. (G. Goodheard, США), а в реабилитации — с 80-х годов (D. Leaf, США), с 1991 г. прикладная кинезиология используется специалистами России. В клинической реабилитации используется неврологическая оценка рефлекса покоя (удар неврологическим молоточком по сухожилию мышц к нему прикрепляющихся), который позволяет оценить проводимость импульса по нервным путям. В прикладной кинезиологии оценивается рефлекс движения (ручная оценка рефлекторной способности нервной системы в условиях нагрузки адекватно отвечать на механические, химические и эмоциональные воздействия.). Это имеет принципиально важное значение для реабилитации, так как оценивается реакция нервной системы не в покое, а в процессе нагрузки. Таким образом, анализируется не суммарный рефлекс всех мышц, имеющих общее место прикрепления, а рефлекс каждой мышцы отдельно, что позволяет моментально выявить дефект в работе конкретных мышц, участвующих в конкретном движении, определить причину, а также выявить оптимальный метод их восстановления. Кинезиологическая диагностика в мануальной терапии имеет несколько логических этапов. На первом этапе производится поиск локализации наиболее слабого звена опорно-двигательного аппарата, а именно: локализации гиповозбудимой и гипотоничной мышцы, ставшей причиной тонусно-силового дисбаланса мышц мышечно-скелетной системы в целом при помощи специальных нагрузок в динамике. Далее определяется причина гиповозбудимости и гипотоничности мышцы в этом слабом звене. Для этого используется ряд дополнительных физических нагрузок (характерных для соревновательно-тренировочного процесса, вызывающих неоптимальность реакции нервной системы и выбирается метод реабилитации восстанавливающий ее оптимальность. Кинезиологическая реабилитация использует в своей практике все виды манипуляций (массаж, мануальная терапия, висцеральная терапия, краниосакральная терапия), эмоционального баланса, биохимической коррекции, определяя необходимость их использования

под обязательным контролем мануального мышечного тестирования, т.е. используется та группа методов, которые восстанавливают активность сниженного рефлекса движения диагностируемой мышцы. И на завершающем этапе производится динамическое и статическое переобучение двигательного стереотипа для восстановления оптимальности выполнения движения

Выводы: 1. Использование в практике оценки рефлексов движения позволяет выйти на истинные причины сниженной силы, возбудимости, возбудимости как на результат нарушения адаптации его организма к внешним воздействиям (физическая нагрузка, эмоциональный стресс, биохимические нарушения) и провести дифференциальную диагностику причин спортивной травмы. 2. Снижение возбудимости и гипотонии конкретной мышц приводит к компенсаторной статической и динамической перегрузке других мышц, расположенных в различных регионах опорно-двигательного аппарата, что клинически проявляется их спазмом и укорочением. 3. Без использования мануального мышечного тестирования все внимание мануального терапевта направлено на коррекцию спазмированной и укороченной мышцы без поиска причины данного нарушения, а именно гипотоничной и гиповозбудимой мышцы. 4. Патологическая основа мышечного тестирования значительно повышает эффект реабилитации и делает комплексы мероприятий более эффективными.

## **Организация работы медико-психологической службы ГКБ им. С.П. Боткина в 2014-2016 гг.**

Вильховая Э.П.  
Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва

Актуальность создания в России медико-психологической службы в многопрофильных скорпомощных стационарах многократно подтверждалась результатами научных исследований, опытом работы зарубежных клиник. В крупнейшей клинике города Москвы, какой является ГКБ им. С.П. Боткина, была методологически разработана и внедрена, как отдельное подразделение, служба оказания медико-психологической помощи в условиях скорпомощного многопрофильного стационара для взрослого населения.

Цель работы отделения медицинской психологии — поддержание и восстановление психического и психологического здоровья пациентов, их родственников и медицинского персонала больницы при помощи методов немедикоментозной психотерапии и психологической коррекции. Отделение медицинской психологии было создано в 2014 году в ГКБ им. С.П. Боткина. Основные задачи работы отделения медицинской психологии: выявление и коррекция нарушений высших психических функций пациентов, психокоррекция нарушений эмоционального состояния пациентов и их родственников, повышение психологической компетенции медицинского персонала.

Материал. Методы работы. Медико-психологическая работа ведется: в 47-ми отделениях основной базы больницы хирургического, онкологического, терапевтического, гематологического, инфекционного и реанимационного профилей; в 2-х филиалах, представленных офтальмологической клиникой и роддомом с женскими консультациями; в консультативно-диагностической поликлинике (амбулаторный прием). Показаниями для психокоррекционной работы являются: неврозы, панические атаки, повышенная тревожность и страхи, диссомнические расстройства, нарушения эмоциональной регуляции, переживание горя, утраты, посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения пищевого поведения. Направления психодиагностической работы: нейропсихологическая диагностика, патопсихологическая диагностика, исследование эмоционально-личностной сферы. В психокоррекционной работе медицинские психологи используют широкий спектр современных техник, методов, приемов различных направлений: когнитивно-поведенческой психотерапии, экзистенциальной психотерапии, системной семейной психотерапии, психоанализа, арт-терапии, телесно-ориентированной психотерапии, суггестивной терапии. Результаты. За период с 2014 г. по август 2016 г. было проведено 10 094 консультации (в 2014 г. — 2788, в 2015 г. — 4285,

2016 г. (январь-август) — 3021), из которых: 8 728 первичных консультаций пациентов, 867 повторных консультаций пациентов, 443 консультации родственников пациентов, 512 консультаций медицинского персонала, 80 тренинговых занятий с сотрудниками больницы. Распределение консультаций пациентов и их родственников по секторам за период с 2014 г. по август 2016 г. показывает, что наибольшее количество запросов поступает из отделений хирургического сектора, а именно из хирургических, гинекологических, нейрохирургических, травматологических и кардиохирургических отделений. В процессе проводимой психокоррекционной работы выявлено проявление эмоциональных нарушений у пациентов не в изолированном виде, а в комплексе, так наиболее часто встречаются неврозы и неврозоподобные состояния (74%), которые нередко протекают с эпизодами панических атак (42%), так же распространены переживания горя и утраты (37%), посттравматическое стрессовое состояние (26%), психосоматические расстройства (24%), нарушения пищевого поведения (анорексия, булимия) (7%), функциональные расстройства (9%).

**Выводы.** Показатели работы отделения медицинской психологии ГКБ им. С.П. Боткина за период с 2014 г. по август 2016 г. подтверждают целесообразность создания и функционирования данного отделения, были достигнуты следующие основные результаты: 1. Повышение эффективности лечения за счет снижения эмоционального компонента во внутренней картине болезни пациента. 2. Редукция когнитивных нарушений и стабилизация эмоционального состояния пациентов после применения разработанных краткосрочных программ нейропсихологической реабилитации. 3. Формирование механизмов социально-психологической адаптации пациентов с тяжелыми травмами, онкологическими заболеваниями, инвалидностью. 4. Своевременное выявление рисков развития острых психических состояний, в том числе с суицидальными тенденциями, с подключением психиатрической службы больницы. 5. Развитие социально-психологических навыков медицинского персонала, повышение их стрессоустойчивости.

### Функциональное состояние поджелудочной железы у больных хроническим алкогольным панкреатитом

Винокурова Л.В., Варванина Г.Г., Дубцова Е.А., Смирнова А.В., Агафонов М.А., Вайнован И.Н.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

Хронический панкреатит (ХП), связанный с употреблением алкоголя является серьезной медико-социальной проблемой. При ХП алкогольной этиологии больные имеют низкую мотивацию на обследование, лечение, соблюдение режима питания.

Целью исследования явилось выявление специфики течения ХП алкогольной этиологии. Материалы и методы. Обследовано 149 больных ХП, из них 95 м. и 54 ж. Средний возраст составил  $46 \pm 12,9$  лет. Больные были разделены на три группы по этиологическому признаку: 22 больных (15%) хроническим билиарным панкреатитом (БП) с холецистэктомией в анамнезе по поводу желчно-каменной болезни, 52 больных (35%) — с алкогольным панкреатитом (АП), 75 больных (50%) — идиопатическим панкреатитом (ИП). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц, средний возраст  $47 \pm 5,3$  лет (11 м. и 9 ж.). Для выявления склонности к злоупотреблению алкоголем больным были предложены тесты, разработанные J. Chikot al., 2007, в виде опросника для быстрого скрининга связи ХП со злоупотреблением алкоголем. В результате группа больных АП расширилась и составила 102 человека: 80 мужчин и 22 женщины, а группа больных ИП уменьшилась до 25 человек. В группу больных БП не включались пациенты, имеющие одновременно два этиологических признака ХП, алкоголь и билиарную патологию. Для удобства сопоставления группы больных с БП и ИП были объединены в единую группу неалкогольных панкреатитов (НАП).

Методы статистической обработки результатов включали в себя статистический анализ независимых малых выборок и ANOVA-тест. Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) в группе больных АП не имел выраженных гендерных различий: среднее значение у женщин было

$21,8 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>, а у мужчин —  $21,28 \pm 3,0$  кг/м<sup>2</sup>. В группе больных НАП ИМТ у женщин в среднем повышался до  $27,1 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup> и у мужчин —  $23,7 \pm 3,6$  кг/м<sup>2</sup>. При сравнении средних значений ИМТ между группами было установлено, что ИМТ группы больных с АП достоверно отличается в меньшую сторону от группы больных с НАП (Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks – Kruskal-Wallistest),  $H=8,5565$ ,  $p=0,0034$ . Уровень С-пептида имел широкий диапазон колебаний. В сыворотке крови группы больных АП он составил  $0,9 \pm 1,0$  (0,001-0,9) нг/мл, а в группе НАП —  $1,6 \pm 0,7$  (0,05-2,79) нг/мл. Уровень Е-1 в группе АП составил  $140,0 \pm 110,8$  (12,2-495,0) мкг/г, в группе НАП —  $250,0 \pm 137,5$  (12,0-485,0) мкг/г. При этом было отмечено, что в группе больных АП нарушения экзокринной функции поджелудочной железы встречались у 70,6% пациентов, тогда как в группе больных НАП нарушение экзокринной функции было выявлено у 40,4%. При дальнейшей статистической оценке достоверности различий в группах, разделенных по признаку употребления алкоголя, были показаны значимые различия для уровня ИМТ, С-пептида ( $p=0,008$ ,  $p=0,001$  соответственно). Учитывая тот факт, что гастрин потенцирует действие холецистокинина, стимулирующего секрецию панкреатических ферментов, была определена концентрация гастрин-17 в сыворотке крови больных ХП. В группе больных АП уровень гастрин-17 колебался в широких пределах:  $2,9 \pm 18,2$  пмоль/л. В группе больных НАП этот показатель также имел широкий диапазон, но был выше и составил  $11,2 \pm 19,9$  пмоль/л. При статистическом сравнении значений концентрации гастрин-17 было получено значимое различие (Chi-Square=7,9365,  $df=1$ ,  $p=0,0048$ ). Заключение. Проведенные исследования показали, что у больных с АП выявлено снижение ИМТ, С-пептида и гастрин-17 в крови, панкреатической эластазы -1 в кале в большей степени, чем в группе больных НАП, что надо учитывать при назначении заместительной терапии.

### Гериатрические синдромы у пожилых пациентов при стационарном лечении

Воронина И.В., Лузина А.В., Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Ткачева О.Н.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

Почти половина пациентов, поступающих на стационарное лечение, старше 60 лет. Многие из них имеют различные гериатрические синдромы и составляют группу повышенного риска развития осложнений, длительного пребывания в стационаре и замедления функционального восстановления. Скрининг гериатрических синдромов у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста позволит разработать индивидуальный план ведения, включающий активные стратегии для предотвращения развития осложнений. Наиболее актуальными гериатрическими синдромами на стационарном этапе являются падения, обезвоживание, делирий, ухудшение функциональных способностей и мальнутриция. Для профилактики риска падений в стационаре необходимо обеспечить доступность очков, вспомогательных устройств при ходьбе, поручней в ванной комнате и туалете, адекватное обезбоживание, профилактику развития делирия, а также минимизировать назначение психоактивных препаратов. Поощрение приемов пищи и жидкости, а так же помощь при кормлении ослабленных пациентов, позволит предотвратить развитие обезвоживания. Наличие болевого синдрома у пациентов пожилого возраста увеличивает риск развития делирия, падений и снижения функциональной активности. Активное выявление и применение мультимодальной индивидуальной схемы купирования болевого синдрома, а также тщательное титрование доз препаратов позволит эффективно и безопасно купировать болевой синдром. С целью профилактики развития мальнутриции важно обеспечить доступность зубных протезов и использовать пищевые добавки при наличии показаний. Ориентация пациента в месте и во времени, контроль болевого синдрома, достаточный сон, доступность общения с родственниками, отказ от фиксации, доступность очков и слухового аппарата, минимизация приема психоактивных препаратов позволит снизить риск развития

делирия. Контроль за функциональной активностью пациента подразумевает оценку базовой и инструментальной активности на до- и послеоперационном этапах. Профилактика функционального снижения основана на ранней активации, адекватном двигательном режиме, занятиях с инструктором по лечебной физкультуре. Таким образом, оценка риска развития гериатрических синдромов и применение мероприятий по их профилактике позволит снизить вероятность развития осложнений и сократить длительность пребывания пожилых пациентов в стационаре.

## Актуальные вопросы организационно-методической работы в московской педиатрии

Витковская И. П.  
Организационно-методический отдел по педиатрии,  
Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и  
медицинского менеджмента, Москва

Эффективность, качество и доступность многопрофильной амбулаторной и стационарной медицинской помощи детям и подросткам — приоритетное направление работы Департамента здравоохранения и правительства города Москвы. Оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения самым современным оборудованием, повышение квалификации педиатров сделало персонализированное медицинское наблюдение за всеми пациентами, в том числе с хроническими заболеваниями, «трудным диагнозом», коморбидностью, сочетанной патологией, возможным и в амбулаторно-поликлинических центрах 1-2 уровня здравоохранения, с сокращением показаний к госпитализации, развитием стационаросберегающих технологий. Организационно-методический отдел (ОМО) по педиатрии ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» («НИИОЗММ ДЗМ») совместно с главным внештатным специалистом педиатром ДЗМ занимается методическим, нормативно-правовым и научно-практическим сопровождением всех мероприятий в городе, связанных с оказанием педиатрической помощи в 3-уровневой системе городского здравоохранения. В том числе усилиями специалистов ОМО по педиатрии оптимизируется логистика, маршрутизация пациентов, прорабатываются инновационные подходы к оказанию медицинской помощи детям с учетом передового отечественного и мирового опыта организации здравоохранения. Также с 2015 г. ОМО по педиатрии координирует работу педиатрической аттестационной комиссии. Совместно с ДЗМ внедрена двухуровневая система аттестации — компьютерный тестовый контроль, далее, при успешной сдаче, — собеседование с привлечением главных внештатных детских специалистов ДЗМ. Квалификационные категории присваиваются по профилям педиатрия, неонатология, детская эндокринология, детская кардиология, детская онкология; инфекционные болезни, гастроэнтерология, пульмонология, нефрология, гематология, медицинская генетика — детские врачи. Таких широких возможностей в аттестации врачей у комиссии ранее не было. Были подготовлены проекты многих приказов и изменений к приказам, определяющих порядки оказания медицинской помощи в городе: по первичной медико-санитарной помощи в рамках московского стандарта поликлиники; обеспечению лекарственными препаратами лиц по 7 нозологиям, порядку ведения московского сегмента Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, обследованию новорожденных детей на наследственные заболевания (неонатальному скринингу), внедрению селективного скрининга на наследственные болезни обмена и др.; были подготовлены перечни порядков и стандартов при оказании медицинской помощи и лекарственного обеспечения по редким (орфанным) заболеваниям (24 нозологии) в городских детских центрах специализированной медицинской помощи, алгоритмы оказания медицинской помощи при различных заболеваниях и др. ОМО по педиатрии координируются: составление ежемесячного и итогового годового отчета по неонатальному скринингу; состоянию московского сегмента Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, проводится комплексный

анализ работы коечного фонда и других показателей работы медицинских организаций ДЗМ с учетом эпидемиологических показателей по профилям оказания медицинской помощи. ОМО по педиатрии принимал активное участие в подготовке и проведении I и II Московских городских съездов педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии» и издании четырех профильных сборников клинических случаев, подготовке и проведении XIV и XV Московских ассамблеях «Здоровье столицы» и «Здоровье Москвы», других научно-практических мероприятиях ДЗМ и МЗ РФ, многопрофильных совещаниях в ДЗМ, Комитете Государственной Думы по охране здоровья, Общественной палате, Федеральном собрании РФ по социальной политике, видеоселекторных совещаниях с МЗ РФ и других мероприятиях, определяющих перспективы развития детского здравоохранения не только в Москве, но и в РФ. По приглашению коллег из управлений здравоохранения регионов РФ, делались доклады с обсуждением московского опыта организации многопрофильной педиатрической помощи в Санкт-Петербурге, Казани, Ростове-на-Дону и др. Успешное развитие педиатрии в городе невозможно без мультидисциплинарного врачебного подхода к решению актуальных задач, в том числе с участием квалифицированных специалистов — организаторов здравоохранения.

## Есть ли место варикоцелэктомии при лечении необструктивной азооспермии?

Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Попова А.Ю.  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. акад. В.И. Кулакова, Москва

Целью настоящего исследования стала сравнительная оценка эффективности микрохирургической варикоцелэктомии и микро-TESE у больных с необструктивной азооспермией (НОА) и варикоцеле.

109 мужчин с НОА и варикоцеле в возрасте от 22 до 48 лет (в среднем 30,2±6,7 лет) после комплексного андрологического обследования были разделены на 2 сопоставимые группы. В группу I вошли 63 пациента, которым I этапом проводили микрохирургическую варикоцелэктомию по Мармару. Контрольная спермограмма выполнялась через 3-6 мес после операции. При отсутствии сперматозоидов в эякуляте через 6 мес после оперативного лечения варикоцеле II этапом им выполнялась биопсия яичка (микроTESE). Группу II составили 46 пациентов, которым проводили микро-TESE без предварительной хирургической коррекции варикоцеле. В I группе появление сперматозоидов в эякуляте через 6 мес после микрохирургической варикоцелэктомии отмечено у 28 (44,4%) больных. 35 больным была выполнена микро-TESE при которой пригодные для ВРТ сперматозоиды обнаружены у 20 (57,1%) больных. Общая эффективность лечения в I группе составила 76,2% (48 больных). Гистологически при неэффективности микро-TESE был выявлен синдром «клеток Сертоли» у 12 (80%) больных, субтотальная атрофия семенных канальцев — у 3 (20%) больных. Во II группе сперматозоиды при микро-TESE были обнаружены у 22 (47,8%) больных. У остальных больных при гистологическом исследовании был выявлен гипосперматогенез — у 9 (37,5%), блок сперматогенеза на стадии округлых сперматид — у 7 (29,2%), смешанная тестикулярная атрофия — у 4 (16,7%), синдром «клеток Сертоли» — у 3 (12,5%), субтотальная атрофия семенных канальцев — у 1 (4,1%). Микрохирургическая варикоцелэктомия увеличивает эффективность лечения мужчин с НОА и варикоцеле. При отсутствии тотального поражения сперматогенного эпителия у 76,2% больных появляется возможность стать генетическим отцом, в ряде случаев избегая биопсии яичка.

## Мужское бесплодие и варикоцеле: есть ли связь?

Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Попова А.Ю., Ижбаев С.Х., Гасанов Н.Г.  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. акад. В.И. Кулакова, Москва

Введение. Распространенность варикоцеле среди мужчин составляет, по разным данным, от 15 до 25%. Около половины этих больных субфертильны или страдают мужским бесплодием.



Целью настоящего исследования являлось сравнение эффективности хирургического, консервативного лечения и динамического наблюдения у мужчин с бесплодием при варикоцеле.

Материалы и методы. Из 1127 бесплодных мужчин с варикоцеле 728 больным была выполнена микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия по Мармару в собственной модификации (одно- или двухсторонняя), 107 — медикаментозная стимуляция сперматогенеза в течение 3–6 месяцев, 56 больных не получили какого-либо лечения. 193 больных с варикоцеле не вошли в исследование. Каждые 3 мес проводилось контрольное обследование. Результаты. После микрохирургической варикоцелэктомии наблюдалось увеличение концентрации сперматозоидов с  $8,8 \pm 7,2$  до  $23,2 \pm 7,9$  млн/мл, активной подвижности (категория А) с  $7,2 \pm 5,4$  до  $31,2 \pm 5,2\%$ , доля патологических форм сперматозоидов (морфология по Крюгеру) сократилась с  $95,4 \pm 5$  до  $87,8 \pm 8,3\%$ . У больных с азооспермией ( $n=39$ ) появились сперматозоиды в 46,2% случаев, у 52,8% больных с полной тератозооспермией ( $n=36$ ) были получены морфологически нормальные сперматозоиды после операции. Спонтанная беременность у супруги наступила у 47,1% мужчин после микрохирургической варикоцелэктомии, у 21,5% — после лекарственной стимуляции и у 3,6% — без какого-либо лечения. Беременность на фоне серии внутриматочных инсеминаций спермой мужа — у 15, 4,7 и 0% соответственно.

Заключение. Микрохирургическая варикоцелэктомия является наиболее эффективным и безопасным методом лечения мужского бесплодия у больных с варикоцеле. Ее эффект в 2–4 раза превосходит результаты лекарственной стимуляции сперматогенеза. Это приводит к возникновению спонтанной беременности примерно у половины бесплодных пар в течение года после операции. Достоверное улучшение показателей спермограммы, увеличение частоты наступления спонтанных беременностей, минимальные осложнения после микрохирургической варикоцелэктомии позволяют считать данный метод альтернативой использованию вспомогательных репродуктивных технологий.

### Клеточная терапия мужского бесплодия при необструктивной азооспермии

Гамидов С.И., Попова А.Ю., Овчинников Р.И., Дубровина И.В., Полтавцева Р.А., Сухих Г.Г.  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, Москва

Введение: основной задачей лечения пациентов с необструктивной азооспермией (НОА) становится увеличение эффективности биопсии яичек с целью получения сперматозоидов у пациентов для программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Целью настоящего исследования явилось: улучшить результаты лечения больных с НОА с помощью терапии стволовыми клетками (ТСК).

Материалы и методы: в исследование были включены 49 больных с НОА после неудачной биопсии яичка. Пациенты были разделены на 2 сопоставимые группы: в группе 1 ( $n=26$ ) была выполнена системная внутривенная трансплантация мезенхимальных клеток-предшественников плацентарного, umbilicalного, и костномозгового происхождения в количестве 100–120 млн (генотип 23ХУ), в группе 2 ( $n=27$ ) — системная внутривенная и интратестикулярная трансплантация клеточных культур. Процедура проводилась на 1, 4 и 8 нед. исследования. При отсутствии сперматозоидов в эякуляте через 12 нед. выполнялась биопсия яичек.

Результаты: в группе 1 сперматозоиды были получены у 15 больных (57,5%), во 2 группе у 20 больных (74%). При этом у 11,5% пациентов в первой и 22,2% во 2 группе сперматозоиды были обнаружены в эякуляте. Осложнений и побочных эффектов не наблюдалось.

Заключение: таким образом, по нашим данным, ТСК является эффективным методом подготовки больных с НОА к ВРТ. Интратестикулярное введение клеточных культур приводит к усилению эффектов системной ТСК. ТСК является перспективным направлением в лечении тяжелых форм НОА.

### Ожирение: современные подходы к диагностике и лечению

Гаппарова К.М., Чехонина Ю.Г.  
Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии, Москва

Исследования последних лет показывают низкую эффективность в пролонгированном промежутке времени применяемых низкокалорийных рационов у пациентов с прогрессирующим ожирением. Достигнутые результаты в редукции веса удерживаются в маленьком промежутке времени из-за снижения уровня качества жизни данной категории больных.

Целью данного исследования является оценка эффективности диетотерапии, разработанной с учетом показателей пищевого статуса у пациентов с ожирением в программах поэтапного снижения массы тела. В задачи исследования входила: оценка пищевого статуса у пациентов на различных этапах диетотерапии; изучение динамики клинико-биохимических показателей; оценка показателей качества жизни. Методы исследования: оценка фактического питания и антропометрических показателей, оценка энерготрат покоя, оценка композиционного состава тела, психологическое тестирование, клинико-биохимические методы.

Результаты: разработана и апробирована система клинических рекомендаций по подбору программ диетотерапии у пациентов с морбидным ожирением в условиях профильного отделения на основе определения показателей состава тела, энерготрат покоя (энергетическая ценность рациона, квота белка) и клинико-метаболических показателей (состав рациона). Данная методика позволяет дифференцированно подходить к подбору варианта диетотерапии, что объясняет во многих случаях отказ от применения традиционных низкокалорийных рационов и дает возможность дальнейшей модификации рационов в течение пролонгированного периода времени с учетом меняющихся показателей состава тела и энерготрат покоя.

### Влияние программы «медико-санитарного сопровождения» пациентов гериатрического профиля на показатели качества медицинской помощи в условиях психиатрического стационара

Гаскина Л.В., Латыпова Е.А.  
Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

Актуальность. Гиподинамия и нарушение навыков самообслуживания вследствие психического состояния являются традиционной проблемой геронтопсихиатрических отделений, приводящих к вторичным соматическим осложнениям. Наиболее грозными осложнениями, влияющими на показатели внутрибольничной смертности и переводы в стационары соматического профиля, являются гипостатические пневмонии и пролежни. В мае 2013 г. в ГБУЗ ПКБ № 3 им. В.А.Гиляровского началась реорганизация гериатрического отделения с формированием дифференцированного подхода к реабилитации пациентов и оказанию услуг по сестринскому уходу. Цели и задачи. Изучение влияния новых подходов к организации работы геронтопсихиатрического отделения и дополнительной услуги «медико-санитарного сопровождения» на показатели качества медицинской помощи.

Материалы и методы. В исследование вошли 995 пациентов, находившихся на лечении в 11 отделении ГБУЗ ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского с 2013 г. по август 2016 г. (295 больных в 2013 г., 257 в 2014 г., 284 в 2015 г. и 159 в 2016 г.). Диагностическая оценка проводилась по МКБ-10 и соответствовала в 80% деменциям умеренной и тяжелой степени, осложненных психотическими симптомами и поведенческими нарушениями. Несмотря на реорганизацию отделения, возрастной и нозологический состав пациентов, тяжесть их психического и соматического состояния при поступлении остались прежними. Возраст 88% пациентов отделения составлял 80 — 94 лет. У части пациентов уже при поступлении выявлялись пневмонии, трофические расстройства кожи, декомпенсация коморбидных заболеваний, дефицит веса, переломы конечностей в анамнезе

и т.д. Около 25% пациентов поступают в состоянии церебральной хакенсии, что значительно увеличивает риск вторичных осложнений. На протяжении всего подотчетного периода лечение и обследование больных проводилось в том же объеме, сохранялся тот же штат сотрудников. В качестве критериев качества оказываемой помощи оценивались уровень смертности в отделении и количество переводов пациентов в стационары соматического профиля вследствие развившихся осложнений.

Результаты исследования. В рамках реорганизации работы отделения произошел ряд изменений. Пациенты стали размещаться на 2 этажах отделения в зависимости от степени когнитивного снижения, способности к самообслуживанию и передвижению. На 1-м этаже располагаются наиболее ослабленные пациенты, нуждающиеся в постоянном сопровождении, многочисленных гигиенических процедурах, кормлении с рук персонала, они не могут самостоятельно одеться, утратили функции тазовых органов, передвигаются лишь с посторонней поддержкой, либо на кресле-каталке. Помимо дифференцированного расположения пациентов внутри отделения, сместился акцент в работе персонала: стало уделяться повышенное внимание уходу за больными, гигиене пациентов, их сопровождению, активизации больных, вопросам деонтологии, созданию доброжелательной, «домашней» обстановки. Особое внимание стало уделяться активизации ослабленных пациентов, которых обязательно выводят днем из палат, включая даже тяжелых, по сути полулежачих больных, которых при поддержке стали водить по отделению. По утрам с больными проводится зарядка. По показаниям относительно сохранным больным проводится дыхательная гимнастика. По показателям качества медицинской помощи были получены следующие результаты. Переводы в многопрофильные больницы: в 2013 г. 82 человека (27,8%), из них с диагнозом «пневмония» 10 больных, с пролежнями 4 человека; в 2014 г. 71 пациент (27,6%), с пневмонией 8 больных, с пролежнями 3; в 2015 г. 29 человек (10,2%) с пневмонией 3 больных, с пролежнями 1; в 2016 г. из 159 пролежневых переведено 9 пациентов (7,2%), из них с пневмонией 1, с пролежнями больные не переводились. Летальные исходы: в 2013 г. умерло 11 пациентов (3,7%); в 2014 г. — 5 (1,9%); в 2015 г. — 5 (1,8%); в 2016 г. смертей не было. Выводы. Правильно организованный уход за геронтологическими пациентами (систематическая активизация, дополнительные гигиенические процедуры) способствует значительному улучшению показателя качества медицинской помощи. Дифференцированный подход к размещению больных облегчает планирование и учет необходимых сестринских пособий и манипуляций, что приводит к более индивидуальному, «адресному» уходу для оптимальной реабилитации каждого пациента.

### **Эпидемиологическая оценка показателя отношения случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, новорожденных к случаям внутриутробной инфекции**

Гладкова Л.С., Тихонова И.А., Восканян Ш.Л.  
Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

В последние годы на конференциях в докладах ведущих специалистов Роспотребнадзора все чаще звучит тезис о предполагаемом сокращении внутрибольничной заболеваемости новорожденных за внутриутробными инфекциями (ВУИ). Так, в 2015 году показатель отношения внутрибольничной и внутриутробной заболеваемости новорожденных в Москве в 6,5 раза превысил аналогичный показатель в Российской Федерации и составил 1:54. Внутриутробные инфекции относятся к тяжелым заболеваниям, но их истинная частота не установлена по настоящее время. По данным отечественных и зарубежных авторов, данная патология может встречаться у 10 — 30% от числа новорожденных.

Цель: проведение эпидемиологической оценки показателя отношения случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), новорожденных к случаям внутриутробной инфекции.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе акушерского стационара ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ» с учетом окончательных диагнозов отдела учета и регистрации инфекционных и паразитарных заболеваний ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве» в период с 2014 г. по июль 2016 г. Объектами исследования являлись медицинская документация — истории родов по форме № 096/у, истории развития новорожденного по форме № 097/у, индивидуальные карты беременной, электронная база АИС «ОРУИБ». Проанализировано 14 638 историй родов и 14 740 историй развития новорожденного. В работе использован эпидемиологический метод исследования. В рамках эпидемиологического наблюдения использованы описательно — оценочный и аналитический приемы. Диагноз о наличии врожденной инфекции устанавливался неонатологом родильного дома.

Результаты. Заболеваемость ИСМП составила 0,47 на 1000 новорожденных. В структуре нозологических форм преобладали омфалиты (5 случаев) и по 1 случаю конъюнктивит и пемфигус. Диагноз внутриутробной инфекции был поставлен 1074 новорожденным, заболеваемость составила 7,3%. Большая часть родившихся детей — 1015 сразу поступила в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), 59 детей находились в отделении новорожденных. Характеризуя ежегодную динамику заболеваемости ВУИ, следует отметить неблагоприятную тенденцию к увеличению заболеваемости в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных при убедительном сокращении заболеваемости в отделении новорожденных. В настоящее время отсутствуют утвержденные стандарты постановки диагноза ВУИ. Помимо клинического симптомокомплекса, важное значение при постановке диагноза имеют лабораторные показатели крови: лейкоцитоз, наличие миелоцитов или метамиелоцитов, повышение лактата, дефицит/избыток оснований, снижение pH крови. Отклонения тех или иных лабораторных показателей всегда имели место при постановке диагноза ВУИ. На 2-м этапе выхаживания диагноз врожденной инфекции не подтвердился у 210 новорожденных, переведенных из ОРИТН, им был поставлен прочий неинфекционный диагноз. Постановка диагноза осуществлялась в первые 72 часа жизни в 96,6% случаев. Диагнозы ВУИ, которые были поставлены на 4-е и 5-е сутки семи новорожденным, были подтверждены в детском стационаре. В структуре внутриутробных заболеваний большая часть — 47,9% представлена внутриутробными инфекциями без очага, доля которых увеличилась с 44,2% до 53,9% за период наблюдения, 39,2% составила пневмония, 8,7% — омфалит, 2,1% — инфекции мочевыводящих путей, по 0,1% пришлось на сепсис, дакриоцистит, пемфигус. Заболеваемость ИСМП новорожденных является достаточно объективным показателем, поскольку регистрация случаев проводится в детских стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях через систему АИС «ОРУИБ». Показатель отношения случаев ИСМП новорожденных к случаям ВУИ составил в 2014 году 1:132, в 2015 году 1:86, а за 7 месяцев 2016 года случаев ИСМП новорожденных не было зарегистрировано, в то время как диагноз врожденной инфекции поставлен 330 новорожденным.

Вывод. Показатель отношения ИСМП новорожденных к внутриутробной инфекции является косвенным критерием эпидемиологической ситуации в акушерском стационаре. Чем больше показатель, тем благополучнее эпидемиологическая ситуация в отделении, где получают лечение и уход новорожденные.

### **Особенности оказания платных услуг в условиях круглосуточного психиатрического стационара на примере работы 10 отделения ГБУЗ «ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ»**

Гладышева О.А., Кожевникова М.Ю., Цекин В.П.  
Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

Актуальность. В течение года в ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» (далее ПКБ №3) функционирует отделение № 10, оказывающее платные услуги. Изучение социальных, клинических и мотивационных факторов, определяющих обращаемость пациентов с психическими

расстройствами за платной помощью, позволит провести критический анализ целевой аудитории потребителей психиатрических услуг в платном отделении круглосуточного стационара и определить наиболее актуальные направления дальнейшего развития отделения. Цель. Определить особенности оказания медицинских услуг в условиях платного стационарного отделения психиатрической больницы на примере работы 10 отделения ПКБ №3.

Задачи: изучить клинические и социальные характеристики пациентов отделения. Выявить отличительные черты пациентов, обращающихся за помощью в платное стационарное отделение. Материал. Пациенты, проходившие платное лечение в условиях круглосуточного психиатрического стационара за период с июня 2015 года по июнь 2016 года. Методы. Ретроспективный анализ медицинских карт, статистические методы. Результаты. За указанный период было пролечено 263 пациента. При этом максимальное количество пациентов приходилось на декабрь 2015 года и июнь 2016 года, сезонности в обращаемости за платными стационарными услугами выявлено не было. При анализе каналов госпитализаций выявлено, что 46% пациентов поступили без направления, в сопровождении родственников, узнав об отделении через интернет, либо через личную рекомендацию. Бригадой неотложной психиатрической помощи было госпитализировано 27% пациентов, 21% обратились по направлению врачей-психиатров других учреждений, прочие каналы — 6%. При анализе мотивационной составляющей выявилось, что пациенты преимущественно ориентируются на качество услуг, сервис и доступность индивидуализированной помощи (индивидуальный пост наблюдения, возможность пользоваться средствами связи, право прервать курс стационарного лечения). Анализ половозрастного состава выявил преобладание мужчин (57%), средний возраст пациентов 39±2 года. Значительную часть составили пациенты с впервые развившимся психотическим эпизодом, которые ранее к психиатрам не обращались (23%), и страдающие психическим заболеванием первые 5 лет (31%). Пациенты распределились по нозологическим группам следующим образом: расстройства шизофренического спектра — 122 случая (46%), аффективные расстройства — 50 случаев (19%), аддитивные расстройства — 50 случаев (19%), органические заболевания головного мозга, включая деменцию — 31 случай (12%), прочие психические расстройства и расстройства поведения — 10 случаев (4%). Средний койко-день в отделении — 19. При распределении по нозологиям: расстройства шизофренического спектра — 24 койко-дня, аффективные расстройства — 19 койко-дней, аддитивные расстройства — 11 койко-дней, органические заболевания головного мозга, включая деменцию — 25 койко-дней. Заключение. Анализируя полученные данные работы платного психиатрического отделения, можно сделать следующие

Выводы: 1. Целевая аудитория платного отделения — пациенты молодого возраста, недавно болеющие, работающие/учащиеся, с высоким реабилитационным потенциалом. Данная группа пациентов требует особого психофармакологического, психотерапевтического, мотивационного воздействия, что увеличивает нагрузку на сотрудников отделения. 2. Спектр нозологий, с которыми пациенты проходят лечение в отделении, достаточно широк, что требует от сотрудников высокой квалификации, гибкости и индивидуального подхода. 3. В платном отделении более короткие сроки стационарного лечения, в том числе для пациентов с расстройствами психотического уровня, таким образом, выявляется необходимость интенсификации лечебного процесса. Также особую значимость приобретает формирование преемственности помощи с дневным стационаром и с амбулаторией. 4. В связи с тем, что заказчиком платных услуг чаще всего являются родственники, а не сам пациент, работа с компаньонами и пациентов и родственников становится одним из наиболее важных вопросов в процессе лечения. Преодоление стигматизации психиатрической помощи и повышение комплаенса достигается индивидуализированным подходом к работе как с пациентами, так и с их родственниками (заказчиками). Контрактная (договорная) модель взаимоотношений врач — пациент позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс всеми участниками, включая заказчиков услуг.

## Корреляция изображений рака предстательной железы, полученных путем гистосканирования предстательной железы с данными патоморфологического исследования после радикальной простатэктомии

Говоров А.В., Васильев А.О., Ковылина М.В., Прилепская Е.А., Пушкарь Д.Ю. Московский государственный медико-стоматологический университета им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Гистосканирование — метод ультразвуковой диагностики, основанный на компьютеризированном анализе УЗ-характеристик исследованной ткани. Благодаря тому, что морфология опухолевых клеток способна изменять акустические свойства ткани, данная методика позволяет оценивать наличие и/или отсутствие опухоли, ее объем и локализацию в предстательной железе (ПЖ). Цель работы. Изучение корреляции результатов гистосканирования ПЖ с последующим патоморфологическим исследованием простаты после радикальной простатэктомии (РПЭ). Материалы и методы. В клинике урологии ИГМСУ проанализированы результаты гистосканирования ПЖ у 200 пациентов с клинически локализованным раком ПЖ за 1–7 сут. до радикальной робот-ассистированной (n=115) или позадилоной РПЭ (n=85). Проанализирована зависимость рассчитанного при гистосканировании объема опухоли с данными патоморфологического исследования удаленной ПЖ (коэффициент Пирсона), послеоперационной стадией заболевания (pT), суммой баллов по шкале Глисона и ПСА. Патоморфологические характеристики опухоли после оцифровки изображения были внесены в электронный атлас микропрепаратов. Результаты. Средний возраст пациентов составил 64,6 года, ПСА 9,8 нг/мл, объем ПЖ 42,4 см<sup>3</sup>. Клиническая стадия pT2, pT3 и pT4 установлена у 114 (57%), 77 (38,5%) и 9 (4,5%) пациентов соответственно. Степень дифференцировки по системе градации Глисона 6, 7 и ≥ 8 отмечена у 74 (33,7%), 89 (49,3%) и 37 (17%) пациентов. Отмечена достоверная корреляция объема опухоли, полученного при гистосканировании, с объемом опухолевой ткани по результатам патоморфологической оценки (r=0,73; p<0,001): 2,5 см<sup>3</sup> и 3 см<sup>3</sup> у пациентов с клинической стадией pT2 и 4,2 см<sup>3</sup> и 5,2 см<sup>3</sup> при клинической стадии pT3. Объем опухоли, полученный при гистосканировании, также достоверно коррелировал с патологическим объемом опухоли у пациентов с суммой баллов по шкале Глисона 6 (1,2 см<sup>3</sup> и 2,3 см<sup>3</sup>, p<0,04), 7 (2,8 см<sup>3</sup> и 4,2 см<sup>3</sup>, p<0,02) и 8 (4,6 см<sup>3</sup> и 15,1 см<sup>3</sup>, p<0,001). Чувствительность гистосканирования была выше у пациентов с клинической стадией pT3 (88%), чем при pT2 (61%); общая чувствительность составила 72%. Корреляция между общим ПСА и данными гистосканирования не выявила статистической значимости.

Выводы. Применение гистосканирования позволяет с высокой достоверностью судить об объеме опухоли и локализации ее в ПЖ. Получаемые при гистосканировании данные могут быть использованы при выборе метода лечения, планировании хода операции / иных видов терапии, а также при последующем наблюдении за пациентами. Работа выполнена при поддержке РНФ, проект № 14-15-01120

## Актуальные тенденции развития венерологии

Гомберг М.А. Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В современной венерологии можно выделить несколько важнейших тенденций. Наиболее очевидны успехи в диагностике ИППП. Сегодня основными способами выявления большинства возбудителей ИППП стали методы амплификации нуклеиновых кислот. Серологические методы диагностики сохраняют свои важные позиции при выявлении и контроле лечения ряда ИППП (сифилис, ВИЧ-инфекция, гепатиты), но и эти традиционные методы диагностики претерпели серьезные изменения в плане их усовершенствования. Менее очевидны успехи в профилактике ИППП, хотя для ряда инфекций (гепатит В, ВПЧ-инфекция) произошли

революционные достижения в плане успехов первичной профилактики с помощью вакцинации. В настоящее время проходят клинические испытания и вакцина против *S.trachomatis*. За последние десятилетия появились новые ИППП. Так, в 1980 была открыта новая микоплазма (*M.genitalium*), для которой были доказаны и ее патогенность и способность передачи половым путем. Последняя открытая на сегодня инфекция, которую можно отнести к ИППП, это вирус Зика. Одной из наиболее актуальных проблем современной венерологии является повсеместно регистрируемый рост устойчивости возбудителей ряда ИППП к антибактериальной терапии. В первую очередь это относится к *N.gonorrhoeae*. Для мониторинга резистентности гонококка к антибиотикам в Европе была создана специальная программа. Другим возбудителем ИППП, у которого чрезвычайно быстро стала резистентность к антибиотикам, оказалась *M.genitalium*. Важной проблемой является влияние успехов в борьбе с наиболее серьезными ИППП на формирование рискованной модели поведения. Так, достижения в плане профилактики ВИЧ-инфицирования, в частности внедрение методов «профилактики до контакта» (Pre-exposure prophylaxis, PrEP), привело к росту других ИППП в группах риска. Итак, несмотря на явные успехи в профилактике, диагностике и лечении ИППП, эти инфекции остаются серьезной проблемой здравоохранения, требующей немалых затрат.

### Особенности питания московских школьников

Горелова Ж.Ю., Соловьева Ю.В., Летучая Т.А., Плац-Колдобенко А.Н., Федоскина Е.А.  
Научный центр здоровья детей, Москва

В школьном возрасте качество питания во многом определяет динамику состояния здоровья, процессы роста и развития организма. Для сохранения и укрепления здоровья детского населения особенно важно, чтобы питание было физиологически полноценным по возрасту и сбалансированным, как в домашних условиях, так и в организованном коллективе, который посещает ребенок, с учетом современных пищевых предпочтений.

Целью исследования было изучение современных особенностей питания в общеобразовательных организациях предпочтений учащихся с учетом домашнего питания.

Материалы: школьники 7–18 лет образовательных организаций разных округов г. Москвы, пищеблоки образовательных организаций.

Методы исследования: анкетирование, гигиенические, физиологические, статистические методы.

Аппаратура: компьютерное программное обеспечение.

Полученные Результаты: Проведены обобщение и анализ полученной информации о вкусовых предпочтениях обучающихся 1–11 классов в 220 школах в различных округах города Москвы (ЦАО, САО, СВАО, ВАО, ЮВАО, ЗАО, СЗАО, ТиНАО, ЗелАО). При этом оценивалось потребление каждого блюда из действующего на момент проведения исследования меню, в том числе учитывался ассортимент продукции, приобретаемой в школьном буфете и вне школы (т.е., что охотнее всего едят дети дома). Использованы результаты, полученные при определении процента пищевых отходов (при проведении исследования оценивалось употребление 202 385 порций блюд, из них 129 159 порций завтрака и 73 226 порций обеда, выданных по действующим меню на день проведения исследования с выходом порций в зависимости от возраста питающихся, при этом количество задействованных школьников составило 49 952), анкетирования обучающихся и родителей — 751, наблюдения учителей, обслуживающего персонала. Установлено, что ряд продуктов, блюд и кулинарных изделий, которые предлагаются в школьном меню не отвечают вкусовым предпочтениям учащихся: детям не нравятся, а поэтому школьники не едят или съедают не полностью такие блюда, как «салат из морской капусты», «икра из уваренных кабачков», «щи из шпината», «рыба припущенная», «кисель» и др. Имеет место высокий процент отходов на пищеблоках образовательных организаций (от 35% и выше), отсутствует преeminence домашнего

и школьного питания. Совет родительской общественности также принимает активное участие в исследовании и рассмотрении вопросов, связанных с формированием школьно-семейного меню. Разработчиками учитываются все замечания и предложения. Выводы: полученные данные обосновывают необходимость разработки новых вариантов рациона питания школьников в возрасте 7–11 и 12–18 лет, отвечающего физиологическим потребностям и современным особенностям питания детей в школе (с учетом домашнего питания). В рецептурах блюд для детей должны быть использованы только те продукты, которые разрешены в питании детей в возрасте от 7 до 18 лет. При внедрении разрабатываемого рациона ожидается повышение потребления школьниками предложенных в рационе блюд и кулинарных изделий и снижение процента отходов. Полученные результаты по оценке современных вкусовых предпочтений учащихся показали необходимость в рекомендациях для родителей по домашнему питанию школьников с целью полноценного составления и потребления суточного рациона, преемственности школьного и домашнего питания и обучения родителей в вопросах здорового питания.

### Дифференцированный подход к хирургическому лечению переломов нижней стенки орбиты у детей

Горбунова Е.Д., Ерашов М.А., Денисова О.А.  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В последние годы увеличилось количество детей с травмой орбиты, сочетающейся с черепно-мозговой травмой. Вопросы, посвященные оперативным вмешательствам у детей, имеющих костные дефекты стенок орбиты, остаются актуальными в настоящее время. Цель: разработка дифференцированного подхода к хирургическому лечению переломов нижней стенки орбиты у детей.

Задачи: изучить диагностическую значимость реконструируемых компьютерно-томографических изображений при переломах стенок орбиты у детей; разработать показания к оперативному лечению осложненных переломов нижней стенки орбиты с использованием двойного доступа (трансорбитального и трансназального); оценить эффективность оперативного лечения переломов нижней стенки орбиты у детей с использованием двойного доступа.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов с травматическим повреждением нижней стенки орбиты. Возраст больных варьировал от 4 до 17 лет. Большинство больных — мальчики старше 10 лет (40 детей — 80,0%). Всем пациентам с подозрением на перелом нижней стенки орбиты проводили компьютерную томографию (КТ). Выполняли реконструкцию орбиты в режиме мультиспирального сканирования с толщиной срезов 0,5 мм и шагом (расстояние между срезами) 0,25 мм. Для выработки тактики хирургического лечения пациенты по результатам КТ-исследования были разделены на 2 группы. Критерии отбора: поперечный размер сквозного дефекта, величина смещения нижней стенки орбиты в сторону верхнечелюстной пазухи, наличие компьютерно-томографических признаков ущемления мягких тканей орбиты в области перелома, размеры грыжевого компонента в верхнечелюстной пазухе. К 1-й группе отнесено 24 пациента с осложненным переломом нижней стенки орбиты: при поперечном размере сквозного дефекта более 1,0–1,5 см, смещения фрагментов нижней стенки орбиты более 2 мм в верхнечелюстную пазуху и наличии грыжевого компонента. Ко 2-й группе отнесены 26 пациентов с неосложненным переломом нижней стенки орбиты — при поперечном размере сквозного дефекта менее 1,0 см, ущемлении содержимого орбиты и смещении фрагментов нижней стенки орбиты менее 2 мм в верхнечелюстную пазуху. Лечение больных 1-ой группы заключалось в контурной пластике нижней стенки орбиты комбинированным доступом (трансорбитальный, трансназальный) под эндоскопическим контролем. Лечение больных 2-ой группы проводили, используя транскантанный поднадкостничный доступ с контурной пластикой нижней стенки орбиты. У всех больных в качестве аллопластического материала использовалась матрица с высокоочищенного ксено коллагена.

Результаты и их обсуждение. Операции и ранний послеоперационный период у всех 50 больных протекали без осложнений. Проведение контрольной КТ через 6 месяцев после оперативного вмешательства показало, что у всех пациентов 1-й группы достигнуто полное восстановление нижней стенки орбиты, проявившееся отсутствием ее деформации и костного дефекта. Во 2-й группе отмечалась незначительная остаточная деформация нижней стенки орбиты, не превышающая 2 мм в сторону верхнечелюстной пазухи. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования у детей аллопластического материала, позволяющего восполнить костные дефекты при проведении контурной пластики орбиты. На наш взгляд, аллопластический материал, встраиваясь в собственную архитектуру орбиты по типу «матрицы», не препятствует физиологическому росту лицевого скелета, в отличие от металлоконструкций, применяемых у взрослых. Использование двойного доступа также дает возможность отказаться от дополнительных фиксирующих элементов, что обеспечивает лучший ортопедический эффект при контурной пластике нижней стенки орбиты у ребенка.

Выводы: 1. КТ с реконструкцией орбиты является информативным методом диагностики переломов ее нижней стенки и позволяет установить характер костных и мягкотканых повреждений с высокой точностью. 2. Показаниями к оперативному лечению переломов нижней стенки орбиты с использованием двойного доступа (трансорбитального и трансназального) у детей выступают наличие перелома с поперечным размером сквозного дефекта более 1,0–1,5 см, смещение фрагментов нижней стенки орбиты более 2 мм в верхнечелюстную пазуху, наличие грыжевого выпячивания. 3. Использование комбинированного доступа при контурной пластике нижней стенки орбиты под эндоскопическим контролем позволяет добиться полного восстановления анатомической целостности костных структур и глазодвигательных функций.

### Нейрохирургическая помощь детям с ПСМТ

Горчаков С.А., Дивилина Ю.В.

Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Хирургическая реабилитация детей с травматическими повреждениями позвоночника и спинного мозга остается актуальной проблемой нейротравматологии.

Цель работы: совершенствование хирургической реабилитации детей и подростков с повреждениями позвоночника и спинного мозга.

Материалы и методы. На хирургическом лечении находились 64 больных с переломами позвоночника. Сроки после травмы были от 1 суток до 30. Наряду с клинико-неврологическим обследованием применялись специальные методы: стандартная рентгенография, миелография, КТ, МРТ. Выделили три основные группы переломов по классификации (F. Denis): компрессионные — 39, взрывные — 14, переломовывихи и флексионно-дистракционные переломы — 11. Неврологические расстройства оценивали по H. Frankel. С грубой неврологической симптоматикой (тип А, В) было 18 человек, с менее выраженной (тип С, Д) — 8, с неосложненной травмой позвоночника — 38. При взрывных переломах шейного отдела выполняли дискэктомию смежных дисков поврежденного позвонка, корпорэктомию, передний корпородез с фиксацией шейной пластиной (17 случаев). У 3-х пациентов с переломами зубовидного отростка С2 позвонка по Anderson-Alonzo 3-го типа фиксировали винтом. Для коррекции и фиксации позвоночника применялись дорсальные металлоконструкции (43 случая). В одном случае транспедикулярную фиксацию сочетали с передней фиксацией сеткой mesh с аутоотрансплантатами. Выбор метода оперативного лечения зависел от вида, локализации перелома, степени стеноза позвоночного канала, характера неврологических расстройств. При неосложненных нестабильных компрессионных переломах в грудопоясничном отделе выполнялась задняя транспедикулярная фиксация с одномоментным устранением травматического кифоза за счет лигаментотаксиса. Ревизии позвоночного канала, как правило, не требовалось.

Интраоперационная миелография позволяла достоверно оценить степень сохранения или устранения стеноза позвоночного канала. С целью формирования корпородеза из заднебокового доступа выполняли фенестрацию и удаление поврежденного диска, с установкой в межтеловое пространство аутоотрансплантата. В одном случае в грудном отделе выполняли операцию только из переднего доступа с использованием транспедикулярных винтов в сочетании с корпородезом аутоотрансплантатом. При осложненных взрывных переломах с неврологическими нарушениями (тип D) производили закрытую непрямую декомпрессию — вправление отломков и восстановление формы канала путем дистракции и лордозирования. Неврологическая симптоматика (тип А, В, С) являлась показанием к расширенной ламинэктомии с резекцией корневой дуг для удаления клина Урбана и поврежденного диска. Операцию заканчивали металлофиксацией позвоночника и межтеловым спондилодезом. У всех оперированных детей достигнута коррекция деформации и стабильно-функциональный остеосинтез поврежденных сегментов позвоночника.

Заключение: дифференцированный выбор технологии оперативного лечения, основанный на оценке характера повреждения позвоночника и спинного мозга, обеспечивает эффективную коррекцию и профилактику посттравматических деформаций позвоночного столба и оптимальные условия для регресса неврологического дефицита.

### Опыт и подходы, стили обучения на кафедре мануальной терапии

Гридин Л.А., Орел А.М., Леонтьев Д.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, институт профессионального образования, Москва

Внедрение в обучение и переподготовку специалистов принципов андрагогического подхода, который предусматривает систему обучающих мероприятий, учитывающих принципы обучения взрослых. Процесс обучения ориентирован на потребности, мотивы и профессиональные интересы обучающегося [Гридин Л.А., Орел А.М., и соавт., 2015, Щенников С.А., Теслинов А.Г., 2006 и др.].

С целью совершенствования обучения на кафедре было проведено исследование предпочитаемых индивидуальных стилей обучения с помощью теста P. Honey, и A. Mumford (Honey Mumford Preferred Learning Style Test) [Опросник LSQ]. Тестирование осуществлялось в группе преподавателей и курсантов — врачей мануальных терапевтов и остеопатов, всего у 31 человека. Выявлено, что в исследуемой группе наиболее часто встречались два стиля обучения «рефлексирующий» и «прагматик» которые были представлены почти в равной степени: 14,19% и 13,59% тестируемых, соответственно. Третью строку по частоте занял предпочитаемый стиль обучения «теоретик» 12,66% и, наконец, стиль обучения «деятель» встретился лишь у 10,53% тестируемых. С одной стороны курсантам предоставляется наиболее полная и развернутая информация об изучаемом предмете, а с другой стороны — на возможностях практического использования получаемых знаний, немедленно применяемых на практике. Особый акцент обучения на кафедре направлен на целостность человека и не ограничен опорно-двигательным аппаратом, так как болезнетворные процессы проявляются как на уровне региона, так и организма в целом и курируются соответствующими техниками. Содержание обучения включает многочисленные технологии лечения функциональных расстройств внутренних органов и систем, в том числе костно-суставной, фасциальной, жидкостной и невральная составляющей тела. Большое значение придается методам лучевого, пальпаторного и перцептуального исследования тела.

Методы обучения мануальных терапевтов соответствуют андрагогической модели и включают материалы для аудиторной и внеаудиторной работы. Это и традиционные лекции, семинары и практические занятия. Часть теоретических положений выделена в учебные блоки для самостоятельной проработки. Используются принципы дистанционного обучения с формированием пособий, содержащих необходимый объем теоретических материалов и систему контроля

полученных знаний. Курс профессиональной переподготовки и курсы сертификационного и тематического повышения квалификации разбиты на законченные модули. Каждый модуль содержит полностью оформленную совокупность знаний по изучаемой теме. Модуль состоит из тематического подбора теоретических материалов, набора заданий для самостоятельного и группового освоения и набора заданий для домашнего изучения. Модули соединены по принципу «от простого — к сложному». Подготовлены учебные презентации для компьютера по наиболее важным и сложным темам. Курсант может познакомиться с презентацией во время занятия, но при необходимости существует доступ к этим материалам на сайте кафедры в интернете. Освоение практических навыков осуществляется в процессе аудиторных занятий. Большое внимание уделяется отработке техник, приемов и методов мануальной диагностики и лечения. Технические приемы курсанты отрабатывают под руководством преподавателей друг на друге и затем сразу применяют их в своей практической деятельности. Результаты обсуждаются с преподавателями и коллегами в ходе семинарских занятий.

Таким образом, применение принципов андрагогического подхода способствует совершенствованию обучения врачей мануальных терапевтов и остеопатов на кафедре мануальной терапии I МГМУ им. И.М.Сеченова.

## Стандартизация работы аптечных пунктов ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ»

Гришина Ю.С.  
Центр лекарственного обеспечения ДЗМ, Москва

1. Краткая историческая справка о ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ».
2. Развитие справочной службы льготного лекарственного обеспечения.
3. Аптечные пункты, входящие в ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ». Перспективы развития.
4. Внедрение стандартов фирменного оформления и стандартов оборудования.
5. Оптимизация технологии поставки препаратов в аптечный пункт.
6. Внедрение стандартов отчетности, предоставляемой от аптечного пункта в медицинскую организацию.

## Рентгенэндоваскулярное лечение больных с ишемическим инсультом (опыт одного центра)

Громов Д.Г., Ковалев Ю.А., Ишевский А.Г., Арфуль Ф.Д., Хайрудинов Е.Р., Бережанский Б.В., Утц Н.В., Камбиев Р.Л., Савкова О.Н., Горлова Н.В., Квитивадзе Г.К.  
Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Цель. Оценить эффективность рентгенэндоваскулярных методов лечения у больных с ишемическим инсультом на госпитальном этапе.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 24 пациентов, которым с 2014 г. по н.в. в первые 6 часов от начала инсульта были выполнены следующие вмешательства: у 12 больных — селективный тромболитиз (ТЛ) и у 12 — механическая тромбозэкстракция (в 9 случаях — из М1-сегмента средней мозговой артерии (СМА) и в 3 — одновременно из М1-СМА и внутренней сонной артерии. Средний возраст больных составил 65 (20–82) лет; статус до заболевания по шкале Рэнкина (mRS) — 0–1; тяжесть инсульта по шкале NIHSS — 17 (13–20) баллов. Результаты. Из 24 пациентов: 21 (87,5%) — были выписаны из стационара; 1 (4,2%) — скончался после операции от основного заболевания (отек мозга) и 2 (8,3%) — от его осложнений (ТЭЛА). В подгруппе с тромбозэкстракцией показатели оптимальной ревазуляризации (по шкале TICI: 2b-3), выживаемости и регресса неврологической симптоматики (по шкале NIHSS) были лучше, чем в подгруппе с ТЛ, составив соответственно: 9 (75%) и 7 (58%); 11 (92%) и 10 (83%); 8 (67%) и 7 (58%).

Выводы. Изученные нами методы (при соблюдении отечественных и международных рекомендаций по их применению)

являются эффективными у подавляющего большинства больных с ишемическим инсультом. По всем основным показателям механическая тромбозэкстракция эффективнее, чем селективный тромболитиз.

## Возможности рентгенэндоваскулярной хирургии в лечении патологии висцеральных артерий

Громов Д.Г., Папоян С.А., Ишевский А.Г., Арфуль Ф.Д., Хайрудинов Е.Р., Ковалев Ю.А., Шеголов А.А., Чевокин А.Ю., Бережанский Б.В., Квитивадзе Г.К.  
Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Цель. Оценить возможность и эффективность применения рентгенэндоваскулярных методов лечения у пациентов с патологией висцеральных ветвей аорты и высоким риском открытой хирургической операции.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения за период с 2013 г. по настоящее время у 14 пациентов (7 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 45 до 87 лет. Из них: у 8 пациентов (с резистентной гипертензией) было выполнено стентирование почечной артерии; у 3-х (с ишемией кишечника) — стентирование брыжеечной артерии или чревного ствола; у 2-х — эмболизация висцеральных артерий по поводу кровотечения (в т.ч. с применением стент-графта) и у 1 — эмболизация аневризмы селезеночной артерии микроспиралями. В 3-х последних случаях возможность применения открытой хирургической операции была сопряжена с высоким риском осложнений.

Результаты. Технический успех вмешательств составил 100%. Летальных исходов и других серьезных осложнений во время и после вмешательств отмечено не было. Все 14 пациентов были выписаны из стационара без проявления клинических симптомов основного заболевания.

Выводы. Применение рентгенэндоваскулярных методов лечения технически возможно и максимально эффективно при широком спектре патологии висцеральных артерий.

## Особенности адаптации сердечно-сосудистой системы под воздействием физических нагрузок в детско-юношеском возрасте

Грузинцева Ю.П., Фесюн А.Д., Бабкина С.С., Яковлев М.Ю., Чистякова В.В., Амбражук И.И.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

По данным ранее проведенных исследований, процесс и специфика адаптации лиц, профессионально занимающихся физической культурой и спортом, во время тренировочного процесса заключается в воздействии повышенных физических нагрузок на функциональные резервы сердечной мышцы. При этом продолжительная адаптация спортсменов характеризуется морфофункциональными и регуляторными изменениями, что влияет на механизмы регуляции метаболизма миокарда в целом. Принимая во внимание вышесказанное, было проведено исследование по анализу оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы у спортсменов детско-юношеского возраста, занимающихся циклическими и игровыми видами спорта под влиянием повышенных физических нагрузок. В рамках углубленного медицинского обследования в ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ за период с ноября 2015 года по февраль 2016 года у 42 юношей в возрасте 11–13 лет, профессионально занимающихся плаванием (1-я группа, n=21) и футболом (2-я группа, n=21), было проведено эхокардиографическое исследование. При этом стаж занятий спортом составил от 5,0 до 7,5 лет, межгрупповые различия по антропометрическим показателям в целом по выборкам не наблюдались (p>0,05 по критерию Манна-Уитни). По данным эхокардиографии проводилось исследование полостей сердца, крупных сосудов, а также определялись показатели внутрисердечной и центральной гемодинамики с доплерографическим анализом. В результате было доказано, что сравниваемые группы имели различие по следующим показателям: диаметр легочной артерии составлял у пловцов 1,89 [1,74;1,98] см и 1,91 [1,86;1,97] см, у футболистов,

максимальный градиент давления в нисходящей аорте 9,88 [9,19;10,17] мм рт. ст. и 8,9 [8,15;9,19] мм.рт.ст. соответственно ( $p < 0,05$  по критерию Манна-Уитни). Кроме этого наблюдались различия между показателями максимального градиента давления на митральном клапане 2,97 [2,89;3,1] мм рт. ст. и 2,68 [2,53;3,27] мм.рт.ст. и аортальном клапане 5,07 [4,74;5,12] мм рт. ст. и 4,54 [4,31;5,09] мм рт. ст., а так же скорости кровотока в проекции аортального клапана 1,11 [1,07;1,14] м/с и 1,08 [1,02;1,14] м/с — у пловцов и футболистов соответственно ( $p < 0,05$  по критерию Манна-Уитни). В итоге, следует отметить, что анализируемые показатели находились в пределах границы нормальных значений, однако с целью создания адекватного получаемым физическим нагрузкам медико-биологического обеспечения и своевременной оценки функциональных и адаптационных резервов спортсменов детского-юношеского возраста необходимо проводить наблюдение в динамике.

### Эффективность методов консервативного лечения лимфедемы верхней конечности у больных раком молочной железы

Грушина Т.И.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Радикальное лечение рака молочной железы, включающее воздействие на пути регионарного метастазирования в виде лимфодиссекции или лучевой терапии, приводит к возникновению лимфатического отека (лимфедемы) верхней конечности на стороне операции. Наличие данного осложнения снижает качество жизни больных в связи с нарушением физической, психологической и социальной функций.

Цель: оценить эффективность методов консервативного лечения лимфедемы верхней конечности у больных раком молочной железы.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 1460 больных раком молочной железы I–IIIБ стадий III клинической группы с лимфедемой верхней конечности I–IV степени, в возрасте от 32 до 65 лет. Консервативное лечение больных включало системную и местную фармакотерапию (флебопротекторы) и методы физической терапии, направленные на различные звенья патогенеза лимфедемы. Продолжительность курса реабилитации была 15–21 день с ежедневным проведением процедур.

Результаты, определяемые антропометрическим исследованием и водной плетизмографией, представленные в процентах уменьшения объема отеочной конечности, были следующими. В среднем для всех степеней лимфедемы эффективность специальной диеты составляла около 3%, фармакотерапии — 16%, лазеротерапии — 11%, лечебной физкультуры по разработанной методике — 4%, мануального лимфодренажного массажа — 18%, ношения компрессионных изделий или тейпов — 8%, компрессионного бандажирования — 7%, гидротерапии при 28°C — 12% без статистически достоверной разницы (а гидротерапия при 34°C наоборот увеличила лимфедему на 0,7%). Многосекционная перемежающаяся пневматическая компрессия в режиме «нарастающая волна» с посылкой-паузой — 20/15 с и давлением в манжетном рукаве не выше 60–80 мм рт. ст. в течение 45–60 мин в день способствовала уменьшению лимфедемы всех степеней на 41,0±4,7%. Ее сочетание с электростимуляцией мышц плечевого пояса на стороне операции импульсными токами и/или общей/локальной электро-нейростимуляцией лимфатического дренажа — на 55,4±4,5%. Ее сочетание с локальной низкочастотной низкоинтенсивной магнитотерапией переменным синусоидальным магнитным полем частотой 50 Гц в непрерывном режиме с индукцией 30–40 мТл в течение 15–20 мин в день — на 58,9±3,4%. Комплексное использование данных факторов — на 75,0±3,7% ( $p < 0,05$ ). Отрицательного влияния использованных физических факторов на показатели выживаемости больных раком молочной железы III клинической группы не было выявлено.

Выводы. Для лечения лимфедемы — заболевания, многие аспекты которого до сих пор неизвестны, пока нет окончательного решения. Методы консервативного лечения имеют различную эффективность, недостаточно высокую при лимфедеме III–IV степени, что ведет к необходимости мультидисциплинарного подхода (с включением новых технологий и хирургической составляющей). Выбор методов реабилитации больных раком молочной железы III клинической группы с лимфедемой верхней конечности должен строго основываться на разработанных показаниях и противопоказаниях.

### Ревматоидные пациенты — особая группа риска развития туберкулеза

Гунтупова Л.Д., Фомина Т.А., Лукина Г.В., Борисов С.Е.  
Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Москва

Актуальность. В последние годы в арсенале ревматологов, наряду с традиционными иммуносупрессорами, появились генно-инженерные биологические препараты, селективно блокирующие медиаторы воспаления. В то же время чем эффективнее и длительнее медикаментозная иммуносупрессия (МИ), тем больше опасность снижения устойчивости организма больных к инфекциям, в частности туберкулезу (ТБ). Развитие ТБ на фоне МИ находится в прямой связи с распространением в популяции специфического воспаления. В связи с этим проблема снижения риска развития активного ТБ у получающих подобное лечение больных в России особенно актуальна.

Цель исследования. Снижение риска развития ТБ у ревматоидных больных.

Задачи исследования. Оптимизация диагностики и предупреждения ТБ у ревматоидных пациентов.

Материалы и методы. Все больные прошли клинко-рентгенологическое, лабораторное обследование, проведено определение факторов риска по ТБ эпидемиологического, медицинского и социального характера. Иммунодиагностику ТБ выполняли при помощи тестов *in vivo*, *in vitro* с применением специфических для *M. tuberculosis* антигенов, указывающих на наличие активно метаболизирующей популяции микобактерий ТБ. При первичном обследовании в МНПЦ с 2010 по 2016 годы осмотрено 3337 ревматоидных пациентов возрастом от 14 до 91 года из более 50 медицинских учреждений г. Москвы с длительностью заболевания от 1 года до 22 лет. Из них: ревматоидный артрит (РА) — 1396 (41,8%), анкилозирующий спондилит (АС) — 923 (27,7%), псориаз (ПС) — 354 (10,6%), воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) — 425 (12,7%), системная красная волчанка (СКВ) — 70 (2,1%), системная склеродермия (ССД) — 31 (0,9%), прочие аутоиммунные заболевания (ПР) — 138 (4,1%) человек. 54,6% из них получали глюкокортикостероиды, 62,4% — антимагнетолиты. Повторное обследование проведено 1780 пациентам от 1 до 16 раз. По нозологиям пациенты распределены таким образом: РА — 794 (44,6%), АН — 509 (28,6%), ПС — 205 (11,5%), ВЗК — 157 (8,8%), СКВ — 26 (1,5%), ССД — 18 (1%), ПР — 71 (4%) человек.

Результаты. В рамках скрининга ТБ органов дыхания в анамнезе выявлен у 218 (6,5%) обследованных: РА — 8,5%, АС — 5%, ПС — 4%, ВЗК — 3,3%, СКВ — 11,4%, ССД — 6,5%, ПР — 10,6%. Были выявлены изменения в легочной ткани, требовавшие дифференциальной диагностики с ТБ или с посттуберкулезными изменениями при: РА — 18,5%, АС — 9,1%, ПС — 8,5%, ВЗК — 6,1%, СКВ — 34,3%, ССД — 71%, ПР — 53,3% обследуемых. Положительная проба Манту с 2 ТЕ отмечена у 1428 (42,8%) больных: РА — 40,4%, АС — 53,7%, ПС — 35,9%, ВЗК — 29,8%, СКВ — 32,1%, ССД — 52,6%, ПР — 36,1% пациентов. Наличие в организме пациентов активных секретирующих микобактерий при положительной пробе с Диаскинтестом наблюдали у 463 (13,9%): РА — 17,2%, АС — 11,9%, ПС — 13,3%, ВЗК — 4,8%, СКВ — 16,4%, ССД — 26,9%, ПР — 20,4% пациентов. Превентивная противотуберкулезная терапия в течение 12 недель была

назначена при диагностированных латентной туберкулезной инфекции и посттуберкулезных изменениях 483 пациентам (14,5%): РА — 15,8%, АС — 16,1%, ПС — 13,6%, ВЗК — 4,5%, СКВ — 14,3%, ССД — 32,3%, ПР — 17,1% пациентов. Из них 5 пациентам терапия прекращена досрочно ввиду развития побочных реакций. У 6 пациентов в ходе первичного обследования был установлен активный ТБ органов дыхания: 3 случая — при РА, по одному — при АС, ПС и СКВ. В результате повторного обследования пациентов, находящихся на МИ, выявлено 36 больных активным ТБ, из них 15 чел. не наблюдали в МНПЦ. При РА в 11 случаях диагностирован ТБ органов дыхания, АС — 9, ПС — 4, ВЗК — 7, СКВ — 1, при ПР — в 4 наблюдениях. В клинической картине ТБ у данной категории больных преобладали прогрессирующее и остро прогрессирующее течение. Для морфологических проявлений характерны: скудная гранулематозная тканевая реакция с преимуществом альтернативных и экссудативных процессов, генерализация специфического воспаления с поражением множества органов, в том числе довольно редких локализаций — поджелудочная железа, костный мозг.

Выводы. Пациенты, имеющие показания к назначению иммуносупрессивных препаратов, представляют группу риска заболевания ТБ. Для снижения риска развития ТБ необходимо регулярное, не менее 1 раза в 6 месяцев, клинко-рентгенологическое, лабораторное обследование, иммунодиагностика. Для предупреждения развития активного ТБ при установлении латентной туберкулезной инфекции и/или посттуберкулезных изменений показана превентивная противотуберкулезная терапия.

### **Исследование восприятия социальной поддержки у пациентов, страдающих бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких**

Давыдова И.А., Ярославская Л.И., Ярославская М.А., Рылева Е.Г.  
Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва

Цель исследования — изучение особенностей восприятия социальной поддержки как психологических стратегий адаптации у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Задачи: исследовать источники и типы восприятия социальной поддержки как ресурса совладающего поведения. Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 120 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет, страдающих ХНЗЛ. Большинство больных находилось на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы № 70 г. Москвы. Выборка из 120 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 60 больных, имеющих диагноз бронхиальная астма (БА) (шифр по МКБ — 10 J45.0 — J45.9), средний возраст составил — 47,2±10,2. Вторую группу составили 60 человек, имеющих диагноз хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) (шифр по МКБ — 10 J44.1), средний возраст — 52,7±6,1. Для изучения восприятия социальной поддержки, степени ее использования, оценки эффективности применялись следующие методики: шкала восприятия социальной поддержки MSPSS, (G.D. Zimet, 1988; адаптация В.М. Ялтонского, Н.А. Сирота, 1991), опросник социальной поддержки F-SOZU-22 (G. Sommer, T. Fydrich, 1993; А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петрова, 2003).

Результаты исследования. Исследование социальной поддержки с помощью методики MSPSS показало, что больные ХНЗЛ испытывают дефицит социальной поддержки. В меньшей степени ощущают наличие социальной поддержки пациенты с ХОБЛ. У больных ХНЗЛ в целом, выявлен низкий уровень восприятия поддержки от социальных сетей: семья, друзья и значимые другие. Пациенты, страдающие БА, в наименьшей степени чувствуют принадлежность к семейным решениям, ощущают их поддержку в период рецидивов заболевания. Больные ХОБЛ чаще пациентов с БА испытывают дефицит внимания со стороны значимых близких, трудности построения и укрепления доверительных внутрисемейных отношений, им сложнее выражать свои чувства, желания, потребности, имеют ограниченную возможность

в получении эмоциональной поддержки, они склонны держаться более обособленно. Больные ХОБЛ, в сравнении с пациентами, страдающими БА, реже обращаются за рекомендациями по разрешению ситуации, чаще испытывают чувство одиночества, трудности в построении и удержании дружеских отношений. Результаты исследования видов социальной поддержки опросником социальной поддержки F — Sozu — 22 показали, что больные ХНЗЛ ощущают дефицит эмоциональной поддержки. Вместе с тем у пациентов, страдающих ХОБЛ, получены более низкие значения по шкале эмоциональная поддержка в сравнении с испытуемыми, имеющими диагноз БА. Больные ХОБЛ также в наименьшей степени ощущают наличие инструментальной поддержки в сравнении с пациентами, страдающими БА, что может способствовать ухудшению практических навыков совладания со стрессом. Больные ХНЗЛ склонны воспринимать у себя наличие и количество социальных связей как недостаточное. Больные ХНЗЛ ощущают себя социально изолированными, отмечают недостаток межличностного взаимодействия. Больные ХНЗЛ в средней степени удовлетворены социальной поддержкой.

Выводы: 1. Исследование социальной поддержки показало, что больные ХНЗЛ испытывают дефицит социальной поддержки. В меньшей степени ощущают наличие социальной поддержки больные ХОБЛ. 2. Больные ХНЗЛ определяют недостаточность своих социальных связей, отрицают их наличие либо отмечая их количественную скудность.

### **Совершенствование организации работы в инфекционном стационаре по профилактике опасных инфекций, требующих проведения мероприятий по санитарной охране города Москвы ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 Департамента здравоохранения города Москвы»**

Десяткин А.В., Базарова М.В., Кузьмина Н.А., Сайфуллин М.А.  
Инфекционная клиническая больница №1 ДЗМ, Москва

По данным Совета безопасности ООН инфекционные заболевания перерастают в глобальную проблему (грипп А(Н1N1) pdm09 в 2009 г., лихорадка Эбола в 2014 г., лихорадка Зика в 2016г.). Инфекционные болезни распространяются по планете намного быстрее, чем когда-либо прежде, чему в первую очередь способствуют международный туризм и коммерция. К профилактическим мероприятиям, выполнение которых является одним из основных средств обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения страны, относится санитарная охрана территории. Действующие санитарно-эпидемиологические правила по санитарной охране территории требуют проведения мероприятий в отношении 25 нозологических форм инфекционных болезней. Москва — город мегаполиса, имеющий несколько международных аэропортов, поэтому существует постоянно вероятность завоза опасных инфекций. Инфекционная клиническая больница №1 на основании распорядительных документов Департамента здравоохранения города Москвы в течение многих лет является стационаром для поступления больных с подозрением на опасные инфекционные заболевания. Прежде всего госпитализируются лица, прибывшие из зарубежных стран, при наличии у них проявлений лихорадочных состояний и сыпи неясной этиологии в течение 21 дня после прибытия. В больнице разработаны комплексные планы по организации первичных противоэпидемических мероприятий, имеется профессионально подготовленный персонал, который ежегодно проходит теоретическую и практическую переподготовку. Имеется специализированное боксовое отделение для пребывания пациентов в условиях изоляции и строгого противоэпидемического режима. Больница оснащена современным оборудованием, транспортировочными биобоксами, защитными костюмами, укладками для забора материала и экстренной профилактики медицинского персонала.



На базе ИКБ №1 в рамках отработки взаимодействия заинтересованных служб города Департаментом здравоохранения проводятся тактико-специальные учения по опасным инфекциям. В практике последних лет работы больницы такие инфекции — геморрагические лихорадки из различных стран мира и России, полиомиелит, вызванный диким вирусом, грипп, вызванный новым подтипом. Во время развития эпидемии лихорадки Эбола в Африке в ИКБ №1 госпитализировались лихорадящие больные, прибывшие из зарубежных стран.

### Межведомственное взаимодействие по вопросам профилактики болезней зависимости

Деменко Е.Г.  
Московский научно-практический центр наркологии, Москва

Стратегическая цель наркологической профилактики — снижение масштабов распространения аддитивных расстройств среди населения (злоупотребления алкогольной продукцией, незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, потребления табачной продукции, других форм зависимого поведения). Для достижения поставленной цели решаются задачи информационно-просветительского, лечебно-диагностического, мотивационного, обучающего и организационного характера. Среди них: формирование в обществе негативного отношения к потреблению психоактивных веществ; развитие системы межведомственного взаимодействия; ранняя диагностика предрасположенности к развитию болезней зависимости; организация консультативной помощи населению, в т.ч. семейного и мотивационного консультирования, направленных на изменение дезадаптивных форм поведения и формирование установок и навыков здорового образа жизни, обучение навыкам психологической устойчивости, ответственного отношения к здоровью; обучение специалистов профилактики основам наркологической превентологии; разработка и внедрение инновационных профилактических технологий. Взаимодействие с субъектами профилактики строится на основе межведомственных соглашений, договоров о сотрудничестве и планов совместных мероприятий. Основными субъектами профилактики в городе Москве выступают образовательные организации, медицинские организации, правоохранительные органы, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП), социальные службы, службы исполнения наказания, организации культуры и спорта, общественные и религиозные объединения. Профилактическая работа в образовательной среде включает в себя различные формы и методы работы с обучающимися, их родителями, педагогическим коллективом. Самостоятельным направлением работы является организация мероприятий по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися (тестирование). Эффективность данной формы профилактики подтверждается устойчивой тенденцией по снижению числа выявленных наркопотребителей по результатам тестирования на фоне роста уровня доверия населения к данным мероприятиям. Особое внимание уделяется организации работы с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, социально опасном положении, которая проводится на системной основе в условиях тесного межведомственного взаимодействия с комиссиями и инспекциями по делам несовершеннолетних. Важным звеном является обмен информацией о лицах, находящихся под наблюдением этих служб. Одной из приоритетных задач наркологической службы является выявление, учет, обследование и лечение, при наличии показаний медицинского характера, несовершеннолетних и/или их родителей, употребляющих психоактивные вещества. В целях популяризации культуры здорового и безопасного образа жизни осуществляется выпуск научно-популярной газеты «Независимость личности», информационных брошюр, памяток, буклетов, предназначенных для различных целевых групп населения и специалистов профилактики. Разработаны и внедрены новые формы просветительской работы, в том числе с использованием Интернет-пространства. Впервые начата работа по созданию и трансляции короткометражных профилактических видеofilмов. Совместно с православным радио

и телевидением «Радонеж» реализуется просветительский проект «Убереечь детей от наркотиков». В рамках межведомственного взаимодействия отделением образовательных программ разработаны и реализуются краткосрочные тематические программы повышения квалификации для специалистов системы профилактики. Организована работа постоянно действующего семинара по актуальным вопросам наркологии для специалистов медицинских организаций, КДНиЗП, инспекций по делам несовершеннолетних. Разработан и реализуется в трудовых коллективах комплекс мероприятий по предупреждению развития синдрома эмоционального выгорания как фактора риска аддитивных расстройств. Проводится работа с водителями автотранспортных предприятий, направленная на профилактику употребления психоактивных веществ. Продолжена работа по разработке и реализации комплексных профилактических программ для населения. Выраженная положительная тенденция по снижению числа несовершеннолетних, находящихся под наблюдением наркологической службы, почти на четверть в течение последних трех лет позволяет говорить об эффективности системы профилактики наркологических расстройств среди населения города Москвы.

### Алгоритмы диагностики и лечения сахарного диабета в амбулаторной клинической практике

Демидов Н.А.  
Больница «Кузнички», Москва

В практике врача-эндокринолога значимое место занимает диагностика и лечение сахарного диабета (СД), что связано с большим количеством больных СД и быстрым приростом диспансерной группы. Количество выявленных больных СД в РФ за последние 15 лет удвоилось (с 2 млн до 4,3 млн чел.) (1). При этом, по данным различных экспертов, реальное число больных в РФ может составлять от 6,5 до 12 млн человек (2, 3). СД является наиболее частой причиной потери зрения, ампутации нижних конечностей и значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые чаще всего и являются причиной смерти больных. За последние 15–20 лет наблюдается лавинообразное увеличение объема научной информации о профилактике, диагностике, лечении СД и его осложнений, что требует от врача-эндокринолога вовлеченности в непрерывный процесс повышения уровня собственных знаний. Практически ежегодное появление новых классов сахароснижающих препаратов, их новых комбинаций и новых показаний к применению, а также необходимость применения многофакторного подхода к терапии СД, с учетом необходимости не только поддержания целевого уровня гликемии, но и целевого уровня артериального давления и липидов крови, привели к необходимости систематизации имеющихся современных знаний в виде международных и национальных рекомендаций для практических врачей. Базовыми национальными рекомендациями для диагностики и лечения СД в РФ являются: «Алгоритмы диагностики и лечения сахарного диабета в амбулаторной клинической практике», выпускающиеся уже более 10 лет. Алгоритмы предназначены в первую очередь для врачей эндокринологов, но могут быть использованы в работе врачей всех специальностей, участвующих в лечении больных СД. Алгоритмы обновляются 1 раз в 2 года, что обусловлено появлением новой информации о диагностике, профилактике, терапии СД и его осложнений. Последней актуальной версией Алгоритмов на сегодняшний день является 7-й выпуск 2015 года, который включает международный опыт и современный взгляд на диагностику, классификацию СД, включает новые рекомендации по использованию инновационных классов лекарственных препаратов, современные подходы к диагностике и лечению гестационного диабета. В новой версии Алгоритмов делается акцент на персонализированный подход к выбору целей терапии СД, обновлены позиции, касающиеся лечения СД 2 типа и его осложнений. Также, 7-я версия Алгоритмов включает информацию о нормативной базе ведения региональных регистров диабета как составных частей Государственного Регистра больных СД.

## Тактика ведения пациентов с декомпенсацией сердечной недостаточности при оказании медицинской помощи вне медицинской организации

Джаиани Н.А., Гурина О.В., Косицына И.В., Плавунцов Н.Ф.  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова, Станция скорой и неотложной медицинской помощи  
им. А.С. Пучкова, Москва

Актуальность: Декомпенсация сердечной недостаточности (СН) является состоянием, ассоциированным с высокой распространенностью, плохим прогнозом и значительными экономическими затратами. По данным отечественных эпидемиологических исследований каждый второй больной с установленным диагнозом СН госпитализируется минимум по два раза в год. Лечение больных с СН обходится государству дорожке лечения даже некоторых онкологических заболеваний, не говоря уже о заболеваниях других органов и систем. Поэтому актуальным является не только эффективная профилактика СН при сердечно-сосудистых заболеваниях (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма), не только эффективное лечение имеющейся СН, но и правильное ведение пациента, в том числе на этапе оказания медицинской помощи вне медицинской организации, потому как именно от данного этапа может зависеть исход больного.

Цель: оптимизация оказания медицинской помощи пациентам с декомпенсацией СН, разработка тактики ведения данной категории пациентов. При этом значимым является не только применение современных методов лечения пациентов, но и правильная маршрутизация больных для оказания необходимой эффективной специализированной помощи, которая во многом определяет их дальнейший прогноз.

Материалы: использование современных рекомендаций по тактике ведения больных с декомпенсацией СН на этапе оказания медицинской помощи вне медицинской организации в конечном счете позволяет минимизировать риск неблагоприятного прогноза данной категории пациентов. Залогом успешного ведения пациентов на этом этапе является своевременная диагностика декомпенсации СН, принимая во внимание анамнестические данные, знание этиологических факторов заболевания, аспектов дифференциальной диагностики. Необходимо также знание современной классификации СН, в том числе для оценки ее тяжести. При этом важно учитывать патогенетические механизмы декомпенсации и факторы высокого риска неблагоприятного прогноза для того, чтобы определить дальнейшую правильную тактику ведения пациента. В процессе оказания помощи больному с декомпенсацией СН крайне важен контроль витальных показателей, таких как артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхания, уровень насыщения крови кислородом, мониторинг ЭКГ. Это необходимо как для оценки эффективности проводимых вмешательств, так и для оценки дальнейшей стратегии ведения пациента (фармакотерапевтические вмешательства, маршрутизация пациента).

Результаты: на основании современных рекомендаций по диагностике и лечению СН совместно с сотрудниками «Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗ г. Москвы подготовлены и опубликованы методические рекомендации по тактике ведения пациентов с декомпенсацией СН вне медицинской организации.

## Трансорбитальная краниотомия в хирургии супратенториальных аневризм и образований передней и средней черепных ямок

Джиджихадзе Р.С., Древалъ О.Н., Лазарев В.А., Камбиев Р.Л., Богданович И.О.  
Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Усовершенствование микронейрохирургической техники, нейроранестезиологии и интраоперационной визуализации делает возможным оперировать через маленькие разрезы, малую

краниотомию, то есть, соблюдая концепцию keyhole хирургии, с обнадеживающими результатами.

Материалы и методы. Авторы представляют предварительные результаты использования трансорбитальной краниотомии (ТОК) через разрез по брови при аневризмах переднего отдела Виллизиева круга и объемных образованиях передней и средней черепных ямок. С марта 2014 года по декабрь 2015 года из МОЗ оперировано 45 пациентов. Проведено клипирование 15 супратенториальных аневризм и удаление 30 образований. По локализации аневризм распределялись следующим образом: 8 аневризм передней соединительной артерии, 4 аневризм внутренней сонной артерии в области устья задней соединительной артерии и 3 офтальмические аневризм. Состояние больных оценивалось по шкале Hunt-Hess и объем САК по шкале Fisher. У большинства пациентов были неразорвавшиеся аневризм (10 больных). У 5 больных в анамнезе были САК. Однако оперативное вмешательство проходило в постгеморрагическом периоде в среднем через 14 дней после САК. Преоперационно всем больным с аневризмами выполнена нативная и 3D КТ ангиография. Все аневризм, клипированные из ТОК, были малых или средних размеров, не более 15 мм в диаметре. При объемных образованиях в пределах передней и средней черепных ямок методом выбора в диагностике было МРТ головного мозга с контрастированием. Средний возраст больных 58,3 года. По морфологической структуре опухоли распределялись следующим образом: ольфакторная менингиома-9, менингиома бугорка турецкого седла-5, менингиома крыла основной кости-3, менингиома переднего наклоненного отростка-3, краниофарингиома-3, кавернома медиобазальных отделов лобной доли-3, макроаденома гипофиза-2, супраселлярный эпидермоид-1, метастаз аденокарциномы-1. Результаты и обсуждение. Все аневризм были полностью выключены из мозгового кровотока, что подтверждено как интраоперационными данными, так и выполнением контрольной 3D СКТ ангиографии в послеоперационном периоде. Серьезных осложнений или летальных случаев в группе больных с аневризмами не было. Тотальное удаление опухолей выполнено 28 пациентам. Летальность в этой группе составила 3,3% (1 пациент на фоне тромбозомболии). У двух пациентов с макроаденомами гипофиза, супра и параселлярным распространением выполнено субтотальное удаление вследствие инвазии кавернозного синуса. Послеоперационные осложнения оценивались в сроки 2 недель и 6 месяцев. Перiorбитальная отечность отмечена у всех пациентов и полностью регрессировала в сроки 3–5 дней после вмешательства. Транзиторная гипестезия в лобной области отмечена у 7 пациентов. Послеоперационный косметический результат оценивался пациентами как отличный. Заключение. ТОК является альтернативой классическим доступам и может быть хорошим подспорьем в хирургии аневризм и опухолей основания черепа. Основным преимуществом ТОК является не только косметический эффект, а создание дополнительного пространства для работы микроинструментами, лучший обзор и уменьшение глубины хирургического поля к широкому спектру патологии основания черепа и орбиты. Необходима критическая оценка в подборе кандидатов для подобной keyhole хирургии. Дальнейшие разъяснения и опыт необходим в оценке превосходства ТОК над птериональной или орбитозигматической краниотомией. Ясность при выполнении ТОК на данном этапе представляется в виде минимизации хирургической травмы и соответственно ассоциированных осложнений.

## Лечение переломов длинных костей конечностей у ВИЧ-инфицированных пациентов

Доронин Н.Г., Митичкин А.Е., Литвина Е.А., Хорошков С.Н.  
Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Цель исследования: улучшить результаты лечения пострадавших с переломами длинных костей конечностей при наличии сопутствующей ВИЧ-инфекции путем выбора оптимальной тактики лечения в зависимости от характера перелома и особенностей течения сопутствующей ВИЧ-инфекции.

Методы и материалы. В период с января 2010 года по февраль 2013 г. в травматологических отделениях ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» находились на стационарном лечении по поводу переломов длинных костей конечностей 166 пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 90 пациентов, инфицированных ВИЧ. В ходе лечения данной группы пациентов применялись традиционные подходы к диагностике и определению тактики и метода оперативного лечения без учета особенностей течения сопутствующей ВИЧ-инфекции. Во вторую — 76 пациентов, инфицированных ВИЧ, в лечении которых применялся разработанный нами алгоритм. В первой группе средний возраст пациентов составил 38 лет (от 23 до 54 лет). По половому составу пациенты распределились следующим образом: 28 (31,1%) женщин и 62 (68,9%) мужчин. До получения травмы в связи с заболеваниями, связанными с наличием ВИЧ-инфекции, инвалидами 2 и 3 групп были признаны 41 (45,6%) человек. 42 (46,67%) человека имели перелом бедренной кости, 21 (23,33%) — перелом плечевой кости и 27 (30%) — перелом костей голени. У 37 (48,7%) пациентов второй группы наблюдался перелом бедренной кости, у 21 (27,6%) — плечевой кости и у 18 (23,7%) пациентов — перелом костей голени. Во второй группе средний возраст пациентов составил 38 лет (от 23 до 54 лет). Все пациенты трудоспособного возраста, что подчеркивает социальную значимость данной проблемы. По половому составу пациенты основной группы распределились следующим образом: 28 (31,1%) женщин и 62 (68,9%) мужчин. До получения травмы в связи с заболеваниями, связанными с наличием ВИЧ-инфекции, инвалидами 2 и 3 групп был признан 41 (45,6%) человек. Во второй группе 42 (46,67%) человека имели перелом бедренной кости, 21 (23,33%) — перелом плечевой кости и 27 (30%) — перелом костей голени.

Результаты и обсуждение. Оценка результатов лечения производилась по методике Любошица-Маттиса-Шварцберга. Результаты лечения 29 (32,2%) пациентов первой группы оценены как хорошие, 33 (36,7%) как удовлетворительные и 4 пациентов 28 (31,1%) неудовлетворительные. У 29 (32,2%) пациентов отмечалось асептическое расшатывание металлофиксаторов, у 17 (18,9%) миграция металлофиксаторов, 48 (53,3%) замедленная консолидация переломов, у 11 (12,2%) отсутствие консолидации перелома, у 28 (31,1%) производились повторные хирургические вмешательства, у 5 (5,6%) выявлено инфицирование послеоперационной раны, у 3 (3,3%) пациентов отмечался сепсис, 6 (6,7%) пациентов умерли в течение одного года после полученной травмы. На основании проведенного анализа результатов лечения пациентов первой группы разработан алгоритм определения тактики и метода лечения данной группы пациентов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, количества CD4 лимфоцитов, соотношения CD4/CD8 лимфоцитов, вирусной нагрузки, минеральной плотности кости, с применением малоинвазивных методов остеосинтеза, с применением интрамедуллярных штифтов с аугментацией цементом с антибиотиком. Совместно с инфекционистом проводилась коррекция антиретровирусной терапии и терапия сопутствующих оппортунистических заболеваний. В результате получены следующие результаты лечения у пациентов второй группы: 53 (69,8%) хорошие, 22 (28,9%) удовлетворительные и 1 (1,3%) (31,1%) неудовлетворительные. У 4 (5,3%) — асептическое расшатывание металлофиксаторов, у 3 (3,9%) миграция металлофиксаторов, 11 (14,5%) замедленная консолидация переломов, у 1 (1,3%) отсутствие консолидации перелома, у 8 (10,5%) производились повторные хирургические вмешательства, у 2 (2,6%) выявлено инфицирование послеоперационной раны, сепсис не выявлен, 2 (2,6%) пациента умерли в течение одного года по причинам, не связанным с полученной травмой и ее лечением. Таким образом, применение разработанного нами алгоритма позволяет значительно снизить число осложнений у ВИЧ-инфицированных пациентов и улучшить результаты их лечения.

## Артроскопическое сопровождение остеосинтеза при оскольчатых внутрисуставных переломах дистального метаэпифиза лучевой кости

Дубров В.Э., Гречухин Д.А.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД, Москва

Введение. Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости (ДМЛК) представляют собой самые частые переломы у человека. До настоящего времени так и не определен оптимальный способ лечения перелома ДМЛК и не выработаны единые лечебные протоколы. При оскольчатом внутрисуставном характере перелома часто не удается достичь адекватной репозиции. Применение блокируемых пластин, устанавливаемых по ладонной поверхности лучевой кости, по данным медицинской литературы, обеспечивают лучший результат лечения оскольчатого внутрисуставного перелома ДМЛК. Некоторые авторы докладывают, что применение артроскопически ассистированной репозиции при оскольчатом внутрисуставном переломе ДМЛК приводит к улучшению результатов лечения.

Цель настоящего исследования — определить целесообразность и эффективность артроскопии в процессе хирургического лечения оскольчатого перелома ДМЛК.

Материалы и методы. Клиническая часть исследования построена на анализе хирургического лечения 68 пациентов с внутрисуставными переломами ДМЛК, проведенного на клинических базах МГУ им. М.В. Ломоносова с 10.2011 по 08.2016 г. Критериями включения в клиническое исследование были: — оскольчатый внутрисуставной характер перелома ДМЛК — диастаз между дистальным отломком (отломками) и метаэпифизом более 2 мм или укорочение лучевой кости более 2 мм (нестабильные переломы типа В3 — С2 по АО/ASIF). Сразу при поступлении в стационар производили осмотр пациента, сбор анамнеза травмы, выполняли рентгенографию лучезапястного сустава в двух проекциях: прямой и боковой. После предоперационной подготовки производили остеосинтез лучевой кости пластиной с угловой стабильностью, устанавливаемой по ладонной поверхности. Больные были разделены на 2 группы, в каждой из них было 34 пациента. В группе контроля качество репозиции при накостном остеосинтезе осуществляли при помощи электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Во второй группе (группа исследования) в дополнение к ЭОП репозицию отломков производили с артроскопическим сопровождением при помощи телескопа диаметром 2,7 мм с углом зрения 30° через стандартные порты (1-2, 3-4, 4-5, 6R, 6U). Репозицию осуществляли при помощи элеваторов и спиц Киршнера. После провизорной фиксации отломков в группе исследования выполняли артроскопию лучезапястного сустава с оценкой качества репозиции с применением ЭОП. Репозицию считали завершённой, если диастаз или «ступенька» между отломками не превышала 0,5 мм. Результат лечения оценивали на основании рентгенограмм, объема движений, силы хвата и при помощи опросника Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH). Сравнение результатов DASH производили через 3, 6, 12 месяцев после операции.

Результаты исследования. После подтверждения качества репозиции рентгеноскопически в 21 наблюдении (61,8%) артроскопически была выявлена дислокация отломков более 1 мм, что потребовало проведения дополнительных манипуляций. Повреждение треугольного фиброхрящевого комплекса (ТФХК) было выявлено в 88%. Разрыв ладьевидно-полулунной связки выявлен в 35,3% наблюдений (12 больных), разрыв полулунно-треугольной в 4 (11,8%). Анализ показателей DASH продемонстрировал отсутствие статистически значимой разницы в результатах лечения пациента с артроскопическим сопровождением и без него через 12 месяцев после проведенной артроскопии (7,6±9,3 и 7,5±9,9). В раннем послеоперационном периоде (через 3 месяца) было отмечено существенное

( $p=0,0023$ ) улучшение показателя DASH в группе исследования ( $12,5\pm 8,0$  и  $9,2\pm 8,1$ ). Анализ амплитуды движений в лучезапястном суставе продемонстрировал отсутствие статистически достоверной разницы в результатах лечения с применением артроскопического сопровождения. Отмечено незначительное улучшение амплитуды тыльного разгибания в лучезапястном суставе через 12 месяцев после оперативного лечения в группе исследования, однако статистически значимой разницы не выявлено ( $p>0,05$ ). Установлено, что использование артроскопического сопровождения не влияет на величину силы мышечного хвата как в раннем послеоперационном периоде, так и через один год после операции.

**Выводы.** Артроскопия лучезапястного сустава улучшает диагностику его повреждений и качество репозиции костных фрагментов при оскольчатом внутрисуставном переломе ДМЛК, но не влияет на отдаленные результаты лечения. Остеосинтез оскольчатого внутрисуставного перелома ДМЛК с артроскопическим сопровождением достоверно улучшает клиническую картину в раннем послеоперационном периоде.

### **Повышение качества оказания медицинской помощи пациентам с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости в г. Москве**

Дубров В.Э., Злобина Ю.С.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва

В последнее время отмечается увеличение частоты переломов дистального метаэпифиза лучевой кости как у людей работоспособного возраста, так и у пожилых пациентов, причем если у молодых граждан это происходит на фоне увеличения частоты высокоэнергетических травм (дорожно-транспортные происшествия, агрессивные виды спорта), то у пожилых причина кроется в увеличении частоты остеопороза разной степени выраженности на фоне роста продолжительности жизни населения. Помимо этого, значительные сложности при лечении пациентов работоспособного возраста могут быть обусловлены как характером перелома (многооскольчатые, внутрисуставные, чаще возникающие при высокоэнергетических травмах), так и высокими требованиями к качеству жизни (полное восстановление функции конечности) в посттравматическом периоде.

**Цель:** повышение качества оказания медицинской помощи пациентам с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости в г. Москве.

**Задачи:** 1. Информирование врачей травматологов-ортопедов об эпидемиологии данного вида травм, их классификации, способах лечения, современных особенностях выбора его тактики. 2. Обучение современным способам консервативного лечения переломов данной локализации с использованием полимерных фиксирующих повязок. 3. Освещение современных хирургических методов лечения и их актуальности у пациентов разных возрастных групп.

**Материалы и методы.** Для решения поставленных задач организационно-методическим отделом по травматологии и ортопедии ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», администрацией ГБУЗ «Городская клиническая больница №29 Департамента здравоохранения города Москвы», кафедрой общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины ГУНУ «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова» был проведен курс лекций «Современный взгляд на лечение переломов дистального отдела лучевой кости» для врачей травматологов-ортопедов г. Москвы. В вестретической части курса были освещены такие вопросы, как исторический аспект лечения переломов лучевой кости, наиболее значимые детали анатомии кистевого сустава, классификация переломов дистального метаэпифиза лучевой кости, критерии выбора тактики лечения при оказании помощи пациентам с данной патологией, профилактика ошибок и осложнений. Практическая часть была посвящена

хирургическим доступам и технике выполнения остеосинтеза волярной пластиной с угловой стабильностью (с проведением Work-shop), проведению мастер-класса по иммобилизации переломов дистального метаэпифиза лучевой кости полимерными повязками, разбору клинических наблюдений с демонстрацией пациентов, онлайн трансляции операций остеосинтеза при переломах данной локализации. **Результаты.** Проведение курса лекций «Современный взгляд на лечение переломов дистального отдела лучевой кости» позволило повысить информированность врачей травматологов-ортопедов г. Москвы об особенностях эпидемиологии, классификации и методах лечения переломов данной локализации; обеспечить владение врачами травматологами-ортопедами современными способами консервативного лечения данного вида травмы, а также, повысить осведомленность о показаниях, противопоказаниях, методах и результатах оперативного лечения.

**Вывод:** проведение образовательного курса лекций «Современный взгляд на лечение переломов дистального отдела лучевой кости» позволило повысить качество оказания медицинской помощи пациентам данной категории в г. Москве.

### **Современный подход к лечению переломов дистального метаэпифиза лучевой кости**

Дубров В.Э., Максимов Б.И., Шантруков П.А., Маковский А.А.

Городская клиническая больница №29 им. Н.Э. Баумана, Москва

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости (ДМЭЛК) относятся к одним из самых частых видов повреждения костного скелета. Примерно 18% переломов среди взрослого населения составляют переломы ДМЭЛК. Исторически для переломов ДМЭЛК не использовали понятие «золотой стандарт». По сравнению с остальными травмами скелета при переломах ДМЭЛК доля несращений при консервативном лечении ничтожно мала. В связи с этим традиционно в профессиональном обществе бытует мнение, что переломы ДМЭЛК требуют консервативного, и только в исключительных случаях оперативного лечения. Но не следует забывать, что функциональный дефицит различной степени отмечается примерно в 86% случаев консервативного лечения. Однако в современной концепции медицины, как средство повышения качества жизни, следует делать основной акцент именно на функциональный результат, период восстановления, реабилитацию, сроки появления и прогрессирование остеоартроза при переломах ДМЭЛК. За один только 2015 год в г. Москва зарегистрировано более 14 тысяч первичных обращений, в результате которых диагностирован перелом ДМЭЛК. Согласно всемирным статистическим наблюдениям примерно трети пациентов с переломами ДМЭЛК требуется именно оперативное лечение.

**Цель нашего исследования:** оценить результаты оперативного лечения переломов ДМЭЛК. В рамках данной цели сформулированы следующий

**Задачи:** определить сроки и степень максимального восстановления функции лучезапястного сустава, проанализировать осложнения хирургического лечения, сравнить сроки, степень максимального функционального восстановления в группе пациентов, пролеченных консервативно и хирургически.

**Материалы и методы** В период с января 2013 по август 2016 года в травматологическом отделении ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана на стационарном лечении находилось 378 пациентов с перелом ДМЭЛК. Из них 183 пациента пролечены хирургически, а 195 — консервативно. Из всех пациентов отобраны две группы сравнения. В первую группу включено 169 пациентов, которые имели переломы группы А3 (n=40), В1 (n=32), С1 (n=0), С2 (n=39), С3 (n=28) по классификации АО/ASIF, пролеченные хирургически, а также срок наблюдения за которыми после операции составил не менее 12 недель. В первой группе средний возраст пациентов составил 57 лет, средний срок наблюдения — 25 недель. В первой группе зафиксировано всего 3 эпизода осложнений, что составило 1,7%.

Во вторую группу включено 143 пациента с переломами групп А3 (n=36), В1 (n=19), С1 (n=27), С2 (n=33), С3 (n=28) по классификации АО/ASIF, которые были пролечены консервативно, а также минимальный срок наблюдения за которыми составил не менее 8 недель от момента травмы. Во второй группе средний возраст пациентов составил 64 года, средний срок наблюдения составил 22 недели. Кроме того, всем пациентам предлагалось заполнить опросник PRWE для объективной оценки функции верхней конечности. Обработка результатов проводилась при помощи программы Statistica V10. Значимое различие определялось в ситуации при  $p < 0,05$ .

Результаты. В первой группе наблюдения количество послеоперационных осложнений составило 3 случая: 2 подкожные гематомы, 1 случай неприятных ощущений из-за контакта кортикального винта и сухожилий разгибателей. Все 3 случая разрешились благоприятно. Средние сроки нетрудоспособности в первой группе составили 3,5 недели. Также необходимо отметить, что 63% пациентов приступили к работе до сроков окончания консолидации. Дефицит объема движений определялся по 4 осям и в среднем составил 10 градусов. По шкале PRWE среднее значение оценки функционального результата составило 6 баллов. Средний срок восстановления окончательной функции сустава составил 4,1 недели. Во второй группе наблюдения средние сроки нетрудоспособности составили 7,3 недели. 14% пациентов приступили к работе раньше сроков консолидации при условии соблюдения ортопедического режима для травмированной конечности. Дефицит объема движений определялся по 4 осям и в среднем составил 33 градуса. По шкале PRWE среднее значение оценки функционального результата составило 14 баллов. Средний срок восстановления окончательной функции сустава составил 9,2 недели.

Выводы: 1. Сроки максимального восстановления функции в первой группе статистически значимо меньше, чем во второй группе ( $p < 0,05$ ). 2. Степень максимального восстановления функции в первой группе статистически значимо больше, чем во второй группе ( $p < 0,05$ ). 3. Доля осложнений оперативных вмешательств составила 1,7%.

### Дуоденальная дистрофия: опыт ведения больных

Дубцова Е.А., Никольская К.А., Безаева И.В.  
Московский клинический научный центр ДЗМ, Москва

Дуоденальной дистрофией (ДД) принято называть хроническое воспаление ткани ПЖ, эктопированной в стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК). Дифференциальная диагностика при данной патологии проводится с опухолями, хроническими панкреатитами и врожденными аномалиями ПЖ. В зависимости от преобладания фиброзных или кистозных изменений выделяют кистозный и солидный варианты ДД, которые являются стадиями одного патологического процесса.

Цель: определить частоту функциональных нарушений поджелудочной железы у больных дуоденальной дистрофией и их связь с хирургическим лечением.

Материалы и методы. В МКНЦ (Центральном научно-исследовательском центре гастроэнтерологии) с 2013 по август 2016 гг. проходили обследование 45 пациентов с ДД, из них 36 (80%) мужчин и 9 (20%) женщин. Кистозная форма ДД была выявлена у 44 (97,8%) больных, солидная — у 1 (2,2%). Возраст пациентов варьировал от 37 до 67 лет, средний возраст 48,5±8,7 лет (средний возраст женщин 48,3±9,7, средний возраст мужчин 48,8±8,6 лет). Всем пациентам выполняли УЗИ, эндоскопическую ультрасонографию, ЭГДС, МСКТ с в/в болюсным контрастированием, исследование фекальной эластазы.

Результаты. В результате обследования было выявлено, что по данным вербальной описательной шкалы боли (10-балльная шкала), боль варьировала в пределах 4–6 баллов, панкреатическая гипертензия встречалась у 27 (57,8%) больных, билиарная гипертензия

у 6 (13,3%); ДД сочеталась с кальцифицирующим панкреатитом у 22 (48,8%) больных, сахарный диабет (СД) выявлен у 13 пациентов (28,8%). 24 больным проведено хирургическое лечение, из них в МКНЦ — 14 пациентам, выполнялась панкреатодуоденальная резекция. Внешнесекреторная недостаточность выявлена до оперативного лечения у 2-х (11,1%) больных, после оперативного лечения — у 11 (24,4%) из общего числа больных. Оперативное лечение способствовало развитию внешнесекреторной недостаточности у 37,5% больных. Показатели фекальной эластазы у этих пациентов варьировали в пределах от 15 до 54 мкг/г. Количество больных с СД в течение полугода наблюдения за больными после оперативного лечения не увеличилось.

Выводы: хирургическое лечение дуоденальной дистрофии в 37,5% случаев привело к развитию экзокринной недостаточности поджелудочной железы, тогда как связь между оперативным лечением больных и течением диабета не была установлена.

### Хронический панкреатит после панкреонекроза, можно ли прогнозировать и предупредить развитие поздних осложнений?

Дюжева Т.Г., Шефер А.В., Семенов И.А., Гусейнов Э.К., Абдулкеримов З.А.  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Институт регенеративной медицины, Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, Москва

Актуальность. Рецидивный и тяжелый острый панкреатит (ОП) рассматривают в качестве причин развития хронического панкреатита (TIGAR-O system, 2001). Хронический панкреатит (ХП) наблюдали у 47% больных через 7 лет после ОП (Nikkola J и соавт., 2014). Синдром повреждения панкреатического протока (СПП) — важный признак ХП после ОП (Fisher TD и соавт. 2014). Поздним последствиям ОП уделяют мало внимания (Tann M et al. 2015).

Цель. Изучить причины формирования поздних последствий панкреонекроза, разработать критерии прогноза развития осложнений и предложить мероприятия, направленные на их предупреждение.

Материал и методы. Анализ основан на результатах лечения 431 больного: 204 больных на этапе ОП (проспективное исследование), 102 больных, оперированных по поводу осложненных ПК (ретроспективное исследование) и 125 больных, которым произведены резекционно-дренирующие операции по поводу ХП (проспективное исследование). Состояние паренхимы поджелудочной железы (ПЖ), главного панкреатического протока (ГПП) и экстрапанкреатические проявления оценивали данными КТ, плотность паренхимы ПЖ — данными ультразвуковой эластометрии.

Результаты. 1. Некрозы выявлены у 138 (67%) из 204 больных ОП. Определены ранние КТ-признаки СПП, являющиеся предикторами внутреннего панкреатического свища: глубокие поперечные некрозы ПЖ (более 50% в сагитальной плоскости) с сохраненной жизнеспособной паренхимой дистальнее некроза (1 тип конфигурации некроза). Главная проблемная зона — перешеек ПЖ, глубокие некрозы сформировались у 95% больных. При некрозе в области хвоста ПЖ при отсутствии жизнеспособной паренхимы за некрозом (2 тип конфигурации) при глубоких некрозах внутренних панкреатических свищей, как правило, не возникает. Глубокий некроз при 1 типе конфигурации реализовался при выписке в наличии наружных свищей и формирующихся ПК с высокой активностью  $\alpha$ -амилазы жидкости у 46 (55,4%) из 83 больных, тогда как при 2 типе конфигурации — только у 3 (16%) из 18 больных,  $p=0,002$ . Что ждет этих больных в дальнейшем? 2. Осложнения псевдокист (перфорация, кровотечение) у 102 больных наступили в течение 1 года после перенесенного ОП. У 73% из них ПК располагалась в головке, перешейке или теле ПЖ и только у 27% — в области хвоста. Экстренные операции сопровождались высокой летальностью (16%) и не могли быть максимально корригирующими, а только этапными, направленными на спасение жизни. 3. 107 из 125 больных ХП, которым произведены дуоденум-сохраняющие резекции головки ПЖ (у 114 с наложением панкреато-еюноанастомоза), имели в анамнезе ОП. При локализации фиброза только в головке длительность заболевания составила 27±7 мес, повторных вмешательств на ПЖ не было, осложнения в виде желчной

или портальной гипертензии отмечены у 18% больных. При локализации фиброзных изменений во всех отделах ПЖ длительность заболевания составила  $57 \pm 9$  мес ( $p < 0,05$ ), повторные вмешательства по поводу псевдокисты и свищей перенесли 33% больных, признаки желчной или сегментарной портальной гипертензии выявлены у 82% больных ( $p < 0,01$ ). 4. Скорость сдвиговой волны при проведении эластометрии различных отделов поджелудочной железы свидетельствовало об увеличении плотности паренхимы при длительном анамнезе заболевания и составила через 1 год после ОП ( $n=28$ )  $2,2 \pm 0,2$  м/сек (головка),  $1,7 \pm 0,2$  м/сек (тело и хвост), в сроки более 1 года (от 2 до 10 лет,  $n=41$ ) —  $2,9 \pm 0,2$  м/сек (головка,  $p < 0,05$ ),  $2,5 \pm 0,2$  м/сек (тело,  $p < 0,05$ ) и  $2 \pm 0,1$  (хвост,  $p > 0,05$ ).

Выводы. Поздние последствия ОП, приводящие к симптомокомплексу ХП, обусловлены эволюцией некроза паренхимы ПЖ и СПП — важнейшими факторами формирования фиброза, что подтверждают данные эластометрии. Прогнозировать развитие рецидивирующих ПК и С можно уже на этапе ОП по конфигурации некроза, оцененной с помощью КТ с контрастированием (наличие глубокого поперечного некроза, жизнеспособная паренхима дистальнее некроза, жидкостные скопления с высокой активностью  $\alpha$ -амилазы). Больные с 1 типом конфигурации некроза ПЖ входят в группу риска образования персистирующих ПК и рецидивирующих свищей. Они требуют амбулаторного динамического наблюдения в течение года после ОП для своевременного решения о сроках проведения максимально корригирующих плановых вмешательств.

### **Анализ морфологических проявлений черепно-мозговой травмы и результатов прижизненных рентгенологических исследований**

Егорова Е.В., Кузин А.Н., Жулидов А.А.  
Бюро судебно-медицинской экспертизы, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Целью исследования явилось сравнение морфологических проявлений черепно-мозговой травмы (ЧМТ) с результатами прижизненных рентгенограмм и компьютерных томограмм (КТ) головного мозга и черепа. В практической работе нейрохирургических и неврологических клиник системы ЛПУ г. Москвы для диагностики ЧМТ используют следующие виды нейровизуализации: рентгенологические, ультразвуковые, магнитно-резонансные и радионуклидные, первые из которых в настоящее время нашли наибольшее применение. В доступной отечественной литературе сведения по данной проблеме крайне скудны. Из числа немногих — две статьи (Шевченко К.В., Золотовская Е.А., Кудреватых К.А. (2007), Шевченко К.В., Золотовская Е.А. (2010)), констатируют практически полное совпадение данных КТ и морфологических изменений, выявленных на аутопсии. К аналогичному выводу приходит и автор одной из кандидатских диссертаций (Дадабаев (2008)). В случаях, датируемых 1998–2003 гг., при обследовании больных компьютерная томография применялась крайне редко. При ЧМТ и подозрении на нее из инструментальных методов чаще всего использовались рентгенография черепа и экзоцефалоскопия (Эхо-ЭС), результаты которых зачастую были недостоверны. Широкое внедрение в практическое здравоохранение такого высокоспецифического и высокоспецифического метода исследования, как компьютерная томография должно было повысить качество диагностики, в том числе в случаях с ЧМТ. Для анализа выбран период с 2007 года по настоящее время, когда метод компьютерной томографии нашел массовое применение. Из 250 исследований трупов, проведенных в танатологическом отделении №6 Бюро судмедэкспертизы г. Москвы за этот период времени, выбрано 120 случаев. Поиск производился по ключевым словам. Критерием отбора явилось наличие полного протокола результатов прижизненных КТ или МСКТ головного мозга и костей черепа

в предоставленной медицинской документации. Сравнительный анализ проводился по двум критериям: повреждение костей черепа и повреждение головного мозга. В 52,5% случаев имело место полное совпадение по состоянию костей черепа. Расхождения проявились в следующем: 1) повреждения установлены не в полном объеме (не выявлен переход перелома на основание черепа) (59,6%). 2) не визуализированы переломы (29,8%), причем как мозгового, так и лицевого черепа; 3) неправильная дифференцировка давних и «свежих» переломов (5,3%); 4) неверное определение локализации переломов (3,5%); 5) гипердиагностика переломов (описание несуществующих и «утяжеленные» имеющихся) (1,8%). Что касается повреждений головного мозга и его оболочек, то лишь в 51 случае (43,2%) имело место полное совпадение. Ведущими в структуре расхождений стали: неполное описание объема повреждений вещества мозга и его оболочек (53 случая — (63%)) и, что немаловажно, имела место гипердиагностика повреждений (16 случаев (19%)). Нередко в одном и том же случае была и гипердиагностика, и неполное обнаружение всех повреждений. Так, при наличии субдуральной и/или эпидуральной гематомы не были распознаны имеющиеся очаги ушиба мозга при исследовании в день поступления. Ни разу не были установлены разрывы твердой оболочки. Особой проблемой явилась невозможность отличить внутричерепные повреждения по сроку их образования, что наиболее важно при последующем длительном стационарном лечении (бурые кисты, вторичные нарушения мозгового кровообращения принимались за «свежие» очаги ушиба). Таким образом, метод компьютерной томографии нельзя назвать достаточным и исчерпывающим — основываться лишь на его результатах при судебно-медицинской оценке повреждений нецелесообразно. При оценке результатов компьютерной томографии нельзя ограничиваться только описанием, выполненным врачом стационара, в котором лечился пострадавший. Желательно проанализировать сами снимки и изображения, сохраненные на цифровом носителе, с привлечением специалиста. Это в первую очередь актуально при экспертизе живых лиц, когда эксперт испытывает недостаток в объективных данных.

### **Сравнительный анализ магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии в диагностике дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника**

Елисеев Н.П., Смирнов В.В., Саввова М.В.  
Центр реабилитации, Клиническая больница №8, Обнинск

Новые перспективы открываются в диагностике дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника с появлением высокоинформативных методов диагностики: высокопольного магнитно-резонансного (МРТ) и многосрезовой спиральной компьютерной томографии (МСКТ). Эти методы визуализации позвоночника наиболее полно отражают весь спектр патоморфологических изменений в позвоночном сегменте с возможностью их объективной оценки и выявления корреляции с клиническими проявлениями. Взаимно дополняя друг друга методы спиральной компьютерной томографии (СКТ) и МРТ сделали диагностику заболеваний позвоночника математически точной. Нами проведен комплексный анализ данных МРТ- и МСКТ-исследований пациентов с жалобами на поясничные боли. Всего обследовано 258 позвоночных сегментов у 86 больных, каждому из которых проведено МРТ и МСКТ. Возраст пациентов колебался от 19 до 78 лет. Средний возраст составил  $50,6 \pm 13,3$  лет. Среди пациентов преобладают мужчины — 54 (62,7%) человека. Женщин было 32 (37,3%). Больше половины пациентов — 45 (52,6%) человек, составили возрастную группу от 41 до 60 лет. На основании результатов исследования проведен сравнительный анализ морфологических и количественных признаков дегенеративных

изменений в поясничном отделе позвоночника, изученных при высокопольной МРТ и МСКТ. Так, дегидратация как основной признак дегенерации диска определялась при визуальной оценке данных МРТ на Т2ВИ. При анализе данных МСКТ в сагиттальной и аксиальной плоскостях не выявлено визуальных отличий нормальных дисков от дегенеративно измененных. При сравнении высоты дегенеративно измененных дисков по данным МРТ ( $6,8 \pm 0,2$  мм) и МСКТ ( $5,2 \pm 0,2$  мм) исследований установлена средняя силы прямая взаимосвязь (коэффициент корреляции —  $0,4$ ;  $p < 0,01$ ). При оценке фиброзного кольца более информативными были данные МРТ. В 28,5% дегенеративно измененных дисках при МРТ выявлен разрыв задних отделов фиброзного кольца в виде зоны гиперинтенсивного МР-сигнала. При МСКТ разрывов фиброзного кольца выявлено в 10 раз меньше (в 2,8%). При параллельном анализе данных МРТ и МСКТ в сагиттальной плоскости отмечалось совпадение локализации выявленных изменений при «вакуум-феномене» в диске. При анализе дегенеративных изменений в субхондральных замыкательных пластинках информативность МСКТ оказалась выше, чем МРТ, тогда как при изучении дегенеративных изменений в дуготрастах суставов возможности обоих методов практически одинаковы. Выявленные при МРТ все три типа изменений костного мозга в субхондральных отделах тел позвонков по Modic соответствуют субхондральному склерозу по данным МСКТ.

Таким образом, сравнительный анализ данных МРТ и МСКТ показал, что в количественной оценке состояния заднего контура межпозвоночного диска оба метода одинаково информативны. МРТ позволяет лучше, чем МСКТ, выявить изменения в межпозвоночном диске: разрывы фиброзного кольца, грыжи дисков, а также изменения субхондральных отделов тел позвонков. МСКТ более информативна при изменениях костных структур — изменения в субхондральных замыкательных пластинках, задние остеофиты, псевдопсидиозы. При выявлении выпуклого диска, «вакуум-феномена» в диске оба метода имеют практически одинаковую диагностическую информативность. Итак, МРТ обладает лучшим контрастным разрешением для мягких тканей и костного мозга. МСКТ более информативна в выявлении изменений костных структур позвонков.

### Изучение экспрессии цитозольных молекулярных шаперонов семейства белков теплового шока HSP40 в клетках крови больных атопическим дерматитом

Елистратова И.В., Гречко А.В., Морозов С.Г.  
 Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии,  
 Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России,  
 Госпиталь для инкурабельных больных — Научный лечебно-реабилитационный центр, Москва, Балашиха

Во всем мире повышается число больных атопическим дерматитом (АД), тяжесть которого и частота обострений возрастает с каждым годом. В связи с этим уточнение патогенеза заболевания и поиск новых мишеней для разработки лекарственных препаратов являются насущной необходимостью. Стресс играет значительную роль в патогенезе АД. Молекулярные механизмы стресса включают в себя функционирование системы молекулярных шаперонов — белков теплового шока (Heat Shock Proteins), которые контролируют качество внутриклеточных белков. Среди 49 белков семейства HSP40 человека выделяют подсемейства А, В, С.

Целью исследования было сравнение экспрессии белка DNAJB6/MRJ подсемейства В HSP40 в клетках крови больных АД и здоровых доноров. В исследовании приняли участие 88 больных АД, находящихся в госпитале МВД в период с 2012 по 2015 г., а также 36 здоровых доноров, обращавшихся за справками, все мужчины в возрасте от 18 до 34 лет. Все участники исследования подписывали утвержденную форму информированного согласия. Тяжесть состояния больных АД

оценивали по индексу SCORAD. Клетки крови фракционировали на градиенте плотности Перколла, чистота выхода популяций составляла >98%. Выделенные нейтрофилы и лимфоциты фиксировали и окрашивали антителами к белку DNAJB6/MRJ, интенсивность флуоресценции анализировали на проточном цитометре. Статистический анализ проводили по программе ANOVA. Анализ полученных данных позволил выявить повышение экспрессии белка DNAJB6/MRJ во всех изученных образцах клеток крови больных АД по сравнению со здоровыми донорами. Экспрессия белка DNAJB6/MRJ в нейтрофилах более высокая, чем в лимфоцитах. Максимальная экспрессия показана в нейтрофилах больных АД в острый период заболевания, которая линейно возрастала по мере увеличения индекса SCORAD и соответственно тяжести заболевания. При хроническом течении АД экспрессия белка DNAJB6/MRJ в нейтрофилах постепенно снижалась. В лимфоцитах наиболее высокий уровень белка DNAJB6/MRJ регистрировался при подостром течении АД, но также положительно коррелировал с тяжестью заболевания. Выводы. Анализ цитозольного белка DNAJB6/MRJ в клетках крови показал его участие в развитии атопического дерматита, поэтому его можно использовать в качестве нового маркера для прогнозирования течения заболевания и оценки тяжести состояния при атопическом дерматите.

### Измерение уровня митохондриального шаперона DNAJC15/MCJ в клетках крови больных атопическим дерматитом

Елистратова И.В., Гречко А.В., Морозов С.Г.  
 Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии,  
 Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России,  
 Госпиталь для инкурабельных больных — Научный лечебно-реабилитационный центр, Москва, Балашиха

Целью данной работы было изучение экспрессии митохондриального белка, молекулярного шаперона DNAJC15/MCJ семейства HSP40, в лимфоцитах и нейтрофилах крови больных атопическим дерматитом (АД) средней степени тяжести (индекс SCORAD от 20 до 40) в остром периоде заболевания. В исследовании приняли участие 68 больных АД и 32 здоровых донора, все мужчины в возрасте от 18 до 34 лет, все подписывали утвержденную форму информированного согласия.

Методы. Клетки крови фракционировали на градиенте плотности Перколла, окрашивали антителами и анализировали на проточном цитометре. Статистический анализ проводили по программе ANOVA.

Результаты. Установлено, что экспрессия белка DNAJC15/MCJ в CD8<sup>+</sup> цитотоксических лимфоцитах и в нейтрофилах периферической крови больных АД достоверно выше по сравнению с донорами ( $P < 0,05$ ). Выявлено достоверное различие в уровне экспрессии белка DNAJC15/MCJ в Т-хелперах и в цитотоксических лимфоцитах как больных АД, так и здоровых доноров. При наличии бактериальной контаминации кожи уровень экспрессии белка DNAJC15/MCJ в нейтрофилах крови больных АД в два раза выше показатели больных без таковой. Увеличение экспрессии белка DNAJC15/MCJ сопряжено с возрастанием уровня церамид-индуцированного апоптоза нейтрофилов крови больных АД. Значение полученных нами результатов определяется ролью белка DNAJC15/MCJ в клетках: он участвует в биогенезе митохондрий, является эндогенным репрессором электронно-транспортной цепи, регулирует открытие митохондриальных пор, индуцирует апоптоз, регулирует ответ клетки на изменение метаболизма.

Выводы. Повышение экспрессии митохондриального белка DNAJC15/MCJ в лимфоцитах и нейтрофилах больных атопическим дерматитом средней степени тяжести в острой стадии заболевания отражает изменения метаболизма в клетках крови. Измерение уровня экспрессии белка DNAJC15/MCJ в клетках крови может служить новым маркером изменения метаболизма у больных атопическим дерматитом, а также для прогноза течения АД.

## Предикторы развития кардиотоксичности у онкогематологических больных, находящихся на жизнеспасующем лечении

Емелина Е.И., Гендлин Г.Е.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Многие больные с лимфопролиферативными заболеваниями молоды, с большой продолжительностью предстоящей жизни потенциально излечимы. Жизнеспасующим лечением для них являются различные схемы химиотерапии. Однако эти пациенты, получающие химиотерапевтическое лечение, находятся в группе риска по развитию осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы с развитием тяжелой хронической сердечной недостаточности (ХСН). Выявление предикторов развития кардиотоксичности является важнейшей задачей для ранней диагностики кардиальных осложнений.

Цель: выявить предикторы развития кардиотоксичности у больных лимфопролиферативными заболеваниями, получавших химиотерапию.

Задачи: 1. С помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) проследить динамику показателей сердечно-сосудистой системы больных на протяжении химиотерапии. 2. Исследовать изменения сердечно-сосудистой системы у пациентов в ремиссии лимфопролиферативного заболевания в отдаленном периоде после химиотерапии. 3. Определить клинические и гемодинамические особенности течения сердечной недостаточности в различные периоды после химиотерапии в зависимости от исходных лабораторных показателей лимфопролиферативного заболевания.

Материалы и методы: нами обследовано 112 пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями, получавших химиотерапию на базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина. Данные 92 пациентов в состоянии ремиссии основного заболевания изучены нами в отдаленном периоде после химиотерапии — в сроки от 6 месяцев до 30 лет после окончания лечения. 44 пациента обследованы в динамике: до начала лечения, во время лечения и после окончания химиотерапии. В исследование вошли пациенты от 16 до 65 лет, из них 39 мужчин (34,8%) и 73 женщины (65,2%). Всем пациентам химиотерапия проводилась по основным схемам: ABVD (n=46), BEACOPP (n=55), CHOP (n=11). Особой кардиотоксичностью в применяемых схемах выделяется доксорубин. Суммарная доза полученного доксорубина при лечении по схеме ABVD составляла 300 мг/м<sup>2</sup>, по схеме BEACOPP 200 мг/м<sup>2</sup>, по схеме CHOP 300 мг/м<sup>2</sup>. Полученные результаты: У больных с развившейся после лечения ХСН, уровень гемоглобина исходно был более низким — 12,3 (9,8–13,7) г/дл по сравнению с этим показателем у пациентов без ХСН: 13,7 (12,1–16,2) г/дл, p=0,019. У больных с анемией были отмечены статистически значимо более низкие значения показателей индексированного конечного диастолического объема (иКДО) и индексированного конечного систолического объема (иКСО) в сравнении с остальными пациентами группы. Так, при уровне гемоглобина больше 11,7 г/дл иКДО составлял 56,1 (39,3–79,4) мл/м<sup>2</sup>, тогда как у больных с анемией — 46,3 (37,4–53,5) мл/м<sup>2</sup>, p=0,009; иКСО у больных с анемией — 13,9 (11,3–17,3) мл/м<sup>2</sup>, у остальных пациентов — 16,7 (9,6–31,9) мл/м<sup>2</sup>, p=0,042. Отличий показателей фракции изгнания (ФИ) у этих пациентов не было. Выявлена статистически значимая связь между исходным уровнем гемоглобина и индексом массы миокарда левого желудочка (ИММлж), толщиной межжелудочковой перегородки (Тмжп), ударным индексом (УИ), иКДО в период ремиссии. При этом коэффициенты корреляции имели положительные значения, тогда как в популяции и при других заболеваниях эта связь носит обратный характер. Мы проанализировали связь параметров ЭхоКГ с другим показателем тяжести основного заболевания — уровнем исходного общего белка. В отдаленном периоде после лечения у пациентов с исходно более низким уровнем общего белка отмечались и более низкие значения ФИ и ИММлж. Так, в группе больных с исходным уровнем общего белка <65 г/л ФИ

составляла 61,0 (45,1–68,5)%, ИММлж — 85,5 (67,6–122,1) г/м<sup>2</sup>, у пациентов с уровнем общего белка до начала лечения >86 г/л ФИ — 74,4 (61,3–79,1), ИММлж — 115,9 (95,7–124,5), p=0,01.

Выводы: 1. У пациентов лимфопролиферативными заболеваниями с исходной анемией оказались статистически значимо более низкие показатели иКДО, ИММлж, толщин стенок и УИ. Это свидетельствует об общем механизме развития анемии и поражения миокарда у больных лимфопролиферативными заболеваниями, способствующими развитию ХСН. 2. Исходная гипопроотеинемия у пациентов лимфопролиферативными заболеваниями ассоциировалась в отдаленном периоде после лечения с более низкой ФИ. 3. Статистически значимая корреляционная связь Эхо-КГ показателей с уровнем гемоглобина и общего белка до начала химиотерапии делает возможным их использование в качестве предикторов развития ХСН у больных, химиотерапию с использованием доксорубина.

## Применения 3D-технологий в визуализации объектов и процессов: судебно-медицинские и клинические аспекты

Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Федорова А.С.

Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области, г. Иваново

С развитием цифровых технологий в медицину активно внедряются элементы трехмерного моделирования. В клинической практике пока еще не стали обыденными, но нередко используются трехмерные томографы, позволяющие получать трехмерные изображения внутренних органов и патологических очагов, получило распространение 3D моделирование биологических процессов и объектов. Очевидными недостатками, сдерживающими распространение 3D-технологий в отечественной судебно-медицинской и клинической практике, пока являются высокая стоимость оборудования, ориентация технологии и оборудования на решение весьма узких клинических задач, трудоемкость технологии получения 3D изображений. Исходя из этого излагаем результаты научно-практической разработки и апробации в экспертной практике технологии универсального сканирования и трехмерного моделирования судебно-медицинских объектов. Универсальность технологии заключается в возможности сканирования одним устройством объектов, имеющих разные размеры — от мелких (1×1 мм) до крупных (в несколько метров). Первый опыт использования технологии позволяет прогнозировать очевидную эффективность ее применения в судебно-медицинской практике. Она позволила нам реализовать получение обзорной трехмерной модели трупа, его отдельных сегментов, создавать точную трехмерную копию повреждений, следов-наложений, оценить их характер, взаиморасположение с масштабированием, т.е. с возможностью последующих измерений в копии. Появилась возможность создавать не только модели для архива, но и многократно проводить детальный анализ предметов с эффективным увеличением до 600 раз и возможностью измерений с точностью до 5 микрон, создавать модели в инфракрасном спектре и проводить исследование на предмет обнаружения скрытых малозаметных повреждений и следов (например, при огнестрельной травме). Технология может быть применена для диагностики объектов в медицинской криминалистике, клинической медицине (дерматология, онкология, хирургические заболевания). Важным достоинством использования 3D-технологии является проведение исследований при динамических взаимоотношениях объектов, т.е. в сочетании объема и движения. В учебном процессе использование 3D моделирования значительно повышает наглядность преподавания с впечатляющим эффектом присутствия и иллюзий изучения реального объекта, без потери его значимых информативных свойств. Динамическая составляющая позволяет передать этапы формирования повреждений и патологических изменений. Очевидно, что использование универсальной технологии сканирования предоставляет широкие возможности для сохранения и анализа 3D моделей повреждений, следов, травмирующих предметов, морфологических проявлений заболеваний и эффективной их идентификации в клинической и судебной медицине. Исходя из важности научно-практической разработки этого направления, прогнозируемого объема информации и возможностей технологии, приглашаем всех заинтересованных коллег к сотрудничеству.



## Развитие московского единого регистра артритов (МЕРА)

Жигяев Е.В.  
 ЗАО «Юропиан медикал сентер», Российская медицинская академия  
 последипломного образования, Москва

Расширяющееся использование в ревматологии дорогостоящих таргетных противовоспалительных препаратов, к которым относятся генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) и синтетические таргетные противовоспалительные препараты (СТПВП), ставит задачи тщательного контроля за их распределением и эффективностью применения. Регистр МЕРА спроектирован и используется для решения административных, медицинских и научных задач. В 2011 году начато включение пациентов в регистр. На первом этапе включались пациенты с ревматоидным артритом (РА), получающие ГИБП или СТПВП за счет средств федерального или регионального бюджета. С 2014 года начато включение также больных с псориатическим артритом, находящихся на лечении ГИБП или СТПВП. С 2015 года в регистре аккумулируются данные пациентов с ревматоидным артритом, получающих традиционную базисную противовоспалительную терапию. При включении пациента в регистр путем анкетирования собираются демографические, клинические данные (симптомы в начале и при последующем течении заболевания, время появления симптомов), наследственный анамнез, данные о предшествовавших и сопутствующих заболеваниях, предшествовавшем и продолжающемся лечении. Кроме того, при включении и на каждом последующем визите пациент заполняет опросники HAQ, EQ-5D, оценивается общее самочувствие по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), врачом вводится информация о припухших суставах, болезненных суставах и энтезах, текущих результатах лабораторных исследований. На всех повторных визитах по результатам анкетирования пациентов собираются данные всех медицинских значимых событий, произошедших после предыдущего визита (включая новые заболевания и состояния, их обострения, предполагаемые побочные эффекты препаратов), а также изменения в проводимой лекарственной терапии. К июлю 2016 года в регистре накоплены данные о 1167 визитах у 562 пациентов с ревматоидным артритом и 98 визитах у 52 пациентов с псориатическим артритом. Данные регистра позволили оценить результаты применения генно-инженерных препаратов у больных РА. Оценка активности заболевания у пациентов, получавших ГИБП на протяжении не менее 6 месяцев до включения в регистр, в 2014 году продемонстрировала неудовлетворительно низкий процент пациентов, достигших на фоне лечения целевых уровней активности заболевания (то есть ремиссии или низкой активности). Суммарная доля пациентов, достигших целевой активности, среди пациентов на лечении ГИБП составила 28,3% (в анализ включен 131 пациент). Анализ этих данных стал основой для внесения изменений в тактику ведения пациентов с РА, получающих ГИБП и СТПВП. Проведенное сравнение с достигнутой активностью у тех же пациентов через 403±209 дней продемонстрировало значительную и высокодостоверную положительную динамику. Доля больных, достигших целевой активности, почти удвоилась, достигнув 55,7%. Таким образом, анализ данных регистра позволил сделать и важный научный вывод: само по себе наблюдение пациента в регистре приводит к значительному улучшению результатов лечения. Количество пациентов с псориатическим артритом (ПсА), включенных в регистр МЕРА, значительно уступает таковому пациентов с РА. Однако анализ данных и этого сегмента регистра позволил выявить сходные тенденции в лечении больных, что может стать в дальнейшем основой для принятия мер по его улучшению. Анализ данных регистра МЕРА позволяет получать и другие важные научные результаты. К наиболее интересным результатам можно отнести выявление научно обоснованных предикторов для выбора таргетного препарата у каждого конкретного пациента с ревматоидным артритом, выявление значимых различий между используемыми препаратами в длительности удержания на терапии.

Заключение. Медицинские регистры могут быть эффективным инструментом для повышения эффективности оказания медицинской помощи пациентам.

## Рациональная терапия в условиях ЛПУ г. Москвы

Журавлева М.В., Антипова Ю.О., Кокушкин К.А., Новикова Ю.Н., Каменева Т.Р., Родионов Б.А.  
 Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Вопросы лекарственного обеспечения, рациональной и безопасной фармакотерапии в настоящее время являются наиболее актуальными в деятельности практикующих врачей, врачей клинических фармакологов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города Москвы. Ресурсы столичного здравоохранения позволяют внедрять наиболее оптимальные, научно обоснованные подходы, которые с наибольшей пользой и наименьшими затратами позволяют проводить рациональную, эффективную и безопасную фармакотерапию. При проведении анализа качества проводимой фармакотерапии необходимо отметить сложности, которые наиболее часто встречаются при лечении пациентов в широкой медицинской практике. К таким состояниям относятся: коморбидность и полиморбидность, полипрагмазия, недооценка взаимодействия лекарственных препаратов (ЛП). Наиболее часто отмечались ошибки в выборе препарата при стартовой антимикробной терапии как в условиях первичного оказания медико-санитарной помощи, так и при лечении в условиях многопрофильных стационаров. Наиболее часто полипрагмазия встречается у пациентов с коморбидностью и мультиморбидностью у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические последствия полипрагмазии — это развитие неблагоприятных побочных реакций, неэффективность фармакотерапии, что приводит к удорожанию лечения. Фармакотерапия коморбидных состояний является одной из наиболее актуальных проблем рациональной фармакотерапии. Это обусловлено одновременным назначением нескольких лекарственных препаратов, множественностью их фармакологических эффектов, взаимодействием ЛП, проявляющих синергизм или антагонизм фармакологического действия, низкой приверженностью пациентов к терапии, что требует обязательного контроля ее эффективности и безопасности. Важное значение имеет внедрение системы контроля антимикробной терапии, которое предусматривает внедрение локального протокола лечения наиболее актуальных инфекций, основанного на данных микробиологического мониторинга и наличия факторов риска полирезистентных инфекций. Для оценки динамики резистентности возбудителей инфекции и оценки эффективности проводимых мероприятий по сдерживанию распространения полирезистентных возбудителей постоянно проводится определение индекса лекарственной устойчивости (ИЛУ) — показателя, объединяющего уровень резистентности отдельных патогенов и потребление антимикробных препаратов в ЛПУ. Были проанализированы данные за 2012, 2013 и 2014 гг. По результатам микробиологического мониторинга основными патогенами, вызывавшими инфекции различной локализации, были грамотрицательные бактерии: *Kl.pneumoniae*, *E.Coli*, *A.baumannii*, *Ps.aeruginosa*, и грамположительные бактерии: *S.aureus*, *Enterococcus*. Выявлена тенденция к нарастанию резистентности в группе цефалоспоринов и карбапенемов, что позволяет применять принципы антимикробных препаратов с учетом локального мониторинга. Возможности клинической фармакологии позволяют провести анализ проводимой фармакотерапии с точки зрения принципов доказательной медицины, фармакоэкономического анализа, оценить весь спектр фармакодинамического эффекта лекарственных препаратов у пациентов «уязвимых» групп, что входит в обязанности и возможности врача клинического фармаколога. Особое значение уделяется взаимодействию ЛП с узким «терапевтическим окном». В первую очередь врач клинический фармаколог проводит оценку сочетания таких групп ЛП, как нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), антикоагулянты,

антиаритмики, сердечные гликозиды, психотропные и гипогликемические ЛП. На практике врачи клинические фармакологи применяют возможности таких современных и инновационных направлений, как клиническая фармакокинетика, клиническая фармакогенетика, терапевтический лекарственный мониторинг. Служба клинической фармакологии, созданная при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы, продолжает развиваться. Основным направлением деятельности является оптимизация лекарственного обеспечения и рациональное применение лекарственных средств.

## **Безопасность и эффективность лекарственного средства: единство или борьба противоположностей**

Журавлева М.В., Бердникова Н.Г., Каменева Т.Р., Крысанова В.С. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

В настоящее время баланс эффективности и безопасности лекарственных препаратов (ЛП) является одной из наиболее актуальных проблем рациональной фармакотерапии. Это обусловлено одновременным назначением нескольких лекарственных препаратов, множественностью их фармакологических эффектов, взаимодействием лекарственных препаратов, проявляющих синергизм или антагонизм фармакологического действия, низкой приверженностью пациентов терапии, что требует обязательного контроля ее эффективности и безопасности. Сочетание заболеваний имеющих множество факторов риска с вовлечением нервной системы, сердечно-сосудистой системы, различных метаболических нарушений, в том числе ожирение, патологии гепатобилиарной системы являются наиболее частыми в клинике практикующего врача. В структуре всех сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний все большую роль играют хронические формы нарушений мозгового кровообращения, а именно хроническая ишемия головного мозга. Проблема когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста в последние годы приобретает все большую актуальность, очевидно, что это связано с увеличением продолжительности жизни населения и успехами, в первую очередь профилактической медицины и, как следствие, увеличивается количество заболеваний, традиционно присущих пожилому возрасту. Коморбидные, в особенности эмоциональные расстройства оказывают неблагоприятное воздействие на динамику при умеренном когнитивном расстройстве. Одним из наиболее важных вопросов является фармакотерапия при сочетании нескольких конкурирующих заболеваний, когда необходимо ранжировать значимость назначаемых лекарственных средств с учетом их эффективности, безопасности, клинически значимого взаимодействия. Провести анализ с точки зрения доказательной медицины, фармакоэкономики, оценить весь спектр фармакодинамического эффекта лекарственных препаратов когнитивных нарушений входит в обязанность врача клинического фармаколога. Особое значение уделяется взаимодействию ЛП с узким «терапевтическим окном». В первую очередь врач клинический фармаколог проводит оценку сочетания таких групп ЛП как НПВП, антикоагулянты, антиаритмики, сердечные гликозиды, психотропные и гипогликемические ЛП. Работа службы клинической фармакологии позволяет улучшить стратегии проводимой лекарственной терапии у пациентов с коморбидной и полиморбидной патологией.

## **Использование современных перевязочных средств в гнойной хирургии**

Завьялов Б.Г., Ларичев С.Е., Чапарьян Б.А., Шабрин А.В., Деденков О.А. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница №17, Москва

В данном исследовании проведено сравнение применения современных перевязочных средств у 62 пациентов и применение классических перевязочных средств у 65 пациентов. При анализе полученных данных выявлено значимое сокращение сроков купирования

воспаления и очищение ран, сокращение сроков антибактериальной терапии, ускорение репаративных процессов, уменьшение койко-дня и снижение расходов на лечение.

Целью настоящей работы является оценка эффективности применения терапии управляемым отрицательным давлением, современных интерактивных перевязочных средств, в лечении улучшения острых и хронических ран различного генеза.

Материалы и методы: В клиническом исследовании приняло участие 127 пациентов с острыми и хроническими ранами различного генеза (раны после хирургической обработки флегмон и абсцессов различной этиологии, венозных, артериальных, язв при синдроме диабетической стопы), в первой и второй фазах раневого процесса. План обследования включал: планиметрические обследования, доплерографию, микробиологические, рентгенологические. Лечение включало хирургическую обработку гнойного очага или некрэктомии, антибактериальную, сосудистую терапию по показаниям, терапию управляемым отрицательным давлением, перевязки различными перевязочными средствами. Методика терапии отрицательным давлением: Режим от -60 до -125 мм рт. ст. Средний период проведения от 2 суток до 5 дней. Применение интерактивных перевязочных средств: перевязки с частотой 48–96 часов. Больные были распределены на 2-е группы: 1 группа 65 пациентов, у которых применялись классические перевязочные средства. 2 группа 62 пациента, у которых применялись гидроколлоиды, альгинаты, адсорбенты, адаптивные гидрогелевые перевязочные лекарства, терапия отрицательным давлением. Распределение по полу и возрасту в группах было сопоставимо. Средний возраст больных в группах составил  $51,5 \pm 3,4$  года и  $52,3 \pm 2,5$ , соответственно. Средняя площадь раневых дефектов на момент включения в исследование составила  $144 \pm 1,5$  см<sup>2</sup>,  $143 \pm 2,4$  см<sup>2</sup> соответственно. Нарушение микро- и макроциркуляции отмечалось в 20% случаев в стадии субкомпенсации в 1-ой группе и 23% во 2-ой группе. Для оценки эффективности терапии использовали прямые показатели динамики раневого процесса, включающие и качественные показатели, а также оценка изменений микробиологического исследования раневого отделяемого.

Результаты: при оценке результатов выявлено значительное сокращение сроков разрешения перифокального воспаления (2-я группа —  $3,2 \pm 1,5$  дня, 1-я группа —  $5,6 \pm 2,2$  дня), сокращение сроков антибактериальной терапии (2-я группа —  $4,6 \pm 2,3$  дня, 1-я группа,  $7,5 \pm 3,3$  дня), купирование отека (2-я группа —  $1,5 \pm 2,5$  дня, 1-я группа —  $3,5 \pm 3,7$  дня), снижение бактериальной обсемененности тканей раны и активное удаление избыточного раневого отделяемого при использовании терапии управляемым отрицательным давлением. Также отмечено ускорение репаративных процессов, активного роста грануляционной ткани с заполнение раневого дефекта. Использование современных перевязочных средств позволило ускорить эпителизацию раны. При этом относительно классических перевязочных средств количество перевязок сократилось в 2,7 раза, а возможность проведения пластических закрытий ран в ранние сроки, на 7–9 сутки, появилась у 64,5% больных. При обработке полученных данных выявлено снижение затрат на лечение, сокращение койко-дня, снижение сроков антибактериальной терапии и повышение эффективности медикаментозного лечения.

Выводы: проведенное клиническое исследование показало, что использование вакуумной терапии и современных интерактивных перевязочных средств является эффективным методом лечения острых и хронических ран различного генеза. Это ускоряет заживление ран, уменьшает сроки стационарного лечения, также улучшает качество жизни у данных больных.

## **Ревматоидный полиартрит как маска системной красной волчанки: особенности клинической картины и сложности диагностики**

Загребнева А.И. Городская клиническая больница № 52, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Системная красная волчанка (СКВ) — системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся

гиперпродукцией органоспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов. Первичная заболеваемость СКВ в мире колеблется от 40 до 50–70 случаев на 100 тыс. населения. Это заболевание молодых женщин: соотношение заболевших женщин к мужчинам 10:1, репродуктивного возраста (от 15 до 40 лет). Пик заболеваемости приходится на возраст 15–25 лет. Клиническая картина СКВ различна и зависит от вовлечения и степени поражения органов и систем. Это может быть легкое течение, например, с поражением кожи и суставов, так и крайне тяжелое поражение почек, ЦНС, сердечно-сосудистой системы с неблагоприятным исходом. Для лечения пациентов СКВ используется большой набор лекарственных препаратов: НПВП, аминохинолиновые производные, глюкокортикостероидов (ГКС), цитостатические препараты, иммуномодулирующие агенты, плазмаферез.

Цель настоящего исследования: анализ пациентов с СКВ, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении в течение 2015 года: выявление трудностей диагностики и особенностей клинической картины СКВ на амбулаторном этапе. В ревматологическом отделении 52 ГКБ за 2016 год проходили лечение 92 пациента с СКВ. Все пациенты — женского пола (100%), средний возраст 34,6±8,6 года, из них 23 пациента с впервые установленным диагнозом. 9 (32%) пациентам диагноз установлен на первом году болезни, 7 (30%) — в течение 2–3 лет болезни, 6 (26%) — в течение 4–10 лет, 1 пациентке на 20-м году болезни. У 11 пациентов (47%) с впервые верифицированным диагнозом СКВ в ревматологическом отделении нашей клиники, ранее на амбулаторном этапе был установлен диагноз ревматоидного полиартрита. Ретроспективный анализ диагностики, клинической картины и терапии данной группы пациентов позволил выявить следующие особенности:

Ревматоидный полиартрит у данных пациентов был серонегативным и не ассоциирован с АЦЦП.

Дебют заболевания — с вовлечения лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, иногда — средних суставов. Не отмечалось припухлости и болей суставов.

Выраженность утренней скованности и болевых ощущений требовала назначения ГКС, в дозах 5–15 мг/сут, и в дальнейшем попытки отмены ГКС были неудачными из-за обострения суставного синдрома.

У 14 (60%) пациентов в дебюте заболевания отмечалось повышение температуры тела до 37,6°C.

У 9 (39%) пациентов за время болезни отмечались гематологические нарушения, на фоне комбинированной терапии ГКС и базисными препаратами (лефлуномид, метотрексат), которые расценивались как цитостатическое ятрогенное влияние, с отменой лефлуномида/метотрексата и потребностью увеличения дозы ГКС с достижением желаемой лабораторной динамики.

Заключение: выявление суставного синдрома у женщин репродуктивного возраста требует проведения дифференциального диагноза с СКВ, а именно тщательное изучение анамнеза, клинической картины, предшествующей терапии. Особенный интерес представляет пациент женского пола с ревматоидным полиартритом, негативным по РФ и АЦЦП, с высокой активностью суставного синдрома и общевоспалительных явлений, потребностью в ГКС.

### Современные представления об инфекционном эндокардите

Зайратьянц О. В.  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Представления об инфекционном эндокардите (ИЭ) за последние десятилетия претерпели кардинальные изменения. Из нозологической единицы, особой формы сепсиса, он трансформировался в групповое понятие класса болезней системы кровообращения, объединяющее первичные инфекционные поражения эндокарда, эндотелия аорты и крупных сосудов (инфекционный эндартериит),

а также внутрисердечных искусственных материалов, которые могут протекать как сепсис или осложняться его развитием]. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по профилактике, диагностике и лечению ИЭ (2009), поддержанным Европейским обществом клинической микробиологии и инфекционных заболеваний и другими международными медицинскими ассоциациями, ИЭ — это заболевание инфекционной природы с первичной локализацией возбудителя на эндокардиальной поверхности (клапанов сердца, пристеночном эндокарде), эндотелии аорты и крупных сосудов (инфекционный эндартериит), а также на внутрисердечных искусственных материалах (протезированные клапаны, электрокардиостимулятор, имплантированный кардиовертер-дефибриллятор), без или с вовлечением клапанов сердца. ИЭ, по сути, представляет собой набор клинических ситуаций и не является однородной нозологической единицей. Это группа заболеваний с меняющимся микробиологическим профилем, растущей частотой случаев, связанных с оказанием медико-санитарной помощи и среди пожилых пациентов. ИЭ следует дифференцировать с острым полипозно-язвенным эндокардитом при септикопиемии (когда один из гнойных метастатических очагов локализуется в эндокарде) и другими видами эндокардитов. Это представляет собой значительные трудности, особенно при стафилококковых и некоторых других ИЭ, которые быстро осложняются развитием септикопиемии. Классические представления об ИЭ сложились на основании изучения преобладающих в середине XX века его вариантов, вызванных стрептококками, причем часто вторичных, на фоне ревматических пороков сердца. Для таких ИЭ характерно затяжное течение, иммунокомплексный патогенез васкулитов, гломерулонефрита, выраженный тромбоэмболический синдром с отсутствием тенденции к нагноению инфарктов, ряд других проявлений, включая так называемые периферические знаки ИЭ. Эффективная антибиотикотерапия стрептококковых ИЭ привела в свое время к их терапевтическому патоморфозу, в результате чего на первое место вышла летальность от хронической сердечной недостаточности, обусловленной декомпенсацией порока сердца в исходе ИЭ. В настоящее время подобные ИЭ уступили место другим его формам, прежде всего, стафилококковым первичному и нозокомиальному, ятрогенному ИЭ, а также ИЭ у наркоманов, больных ВИЧ-инфекцией и другими иммунодефицитными синдромами. В результате современного патоморфоза ИЭ, в развитых странах в последние годы отмечают рост заболеваемости ИЭ и увеличение среднего возраста больных, ущажение первичного ИЭ при сохранении высоких показателей летальности (15–60%), причем при жизни не диагностируется до 30–50% случаев ИЭ. Современная рабочая классификация ИЭ основана на его этиологии, локализации поражения, форме приобретения, активности и возможности рецидива или повторного развития. Описано около 120 возбудителей ИЭ (бактерии, грибы и риккетсии), более половины — грамположительные бактерии (золотистый стафилококк, пиогенный стрептококк), а также грамотрицательные бактерии. Серьезными проблемами остаются трудность выявления возбудителя ИЭ (у 10–30% выделить возбудитель не удается), возможность смены возбудителя в течения заболевания, микст-инфекции, не ясна роль вирусов в повреждении эндокарда. 40–70% наблюдений ИЭ в настоящее время являются осложнениями хирургических операций, медицинских манипуляций и др. мероприятий. Отдельную проблему представляет ИЭ у инъекционных наркоманов и больных ВИЧ-инфекцией. Заболеваемость ИЭ у них составляет 6–10%. Риск развития ИЭ при инъекционной наркомании в 30 раз выше, чем в популяции. В 60–97% наблюдений у таких больных диагностируют стафилококковый первичный ИЭ, при этом типично (но не обязательно) поражение правых отделов сердца и быстрое развитие септикопиемии. Таким образом, несмотря на принципиальные изменения за последние годы представлений об ИЭ, необходимо помнить, что острый ИЭ — это, преимущественно, сепсис с проявлением вальвулита, а подострый или затяжной, медленно текущий ИЭ — это вальвулит, нередко осложняемый сепсисом.

## Повторные вмешательства после TIPS

Затевахин И.И., Назарова И.А., Цицашвили М.Ш., Шиповский В.Н., Монахов Д.В., Карповский А.И.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Городская клиническая больница №57, Москва

TIPS—это эндоваскулярная операция по созданию портосистемного шунта для декомпрессии системы воротной вены при портальной гипертензии. В качестве шунта при проведении вмешательства выступает голометаллический стент или стент с покрытием PTFE (политетрафторэтилен). Одним из факторов, лимитирующих применение TIPS, является увеличение риска развития печеночной энцефалопатии и возможный тромбоз внутрипеченочного стента. Стеноз возникает у 15–67% больных в течение первого года после вмешательства, в первую очередь в результате псевдонимимальной гиперплазии. Улучшение результатов TIPS может быть достигнуто реинтервенциями или применением специальных стентов с PTFE-покрытием — стент-графтов.

Цель исследования. Изучение эффективности различных методик по восстановлению проходимости внутрипеченочного стента при его тромбозе или миграции.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ комплексного клинического обследования 33-х пациентов с тромбозом TIPS, страдающих печеночной формой портальной гипертензии. Все случаи тромбоза произошли в разные сроки от момента операции: до недели — у 8 больных, от недели до одного месяца — у 9 больных, от одного до трех месяцев — у 6, от трех месяцев до 1 года у 2-х больных и от 1 года до 2 лет у 8 пациентов.

Методика восстановления просвета стента при тромбозе TIPS заключалась в следующем: реканализации тромбированного стента; проведении реолитической тромбэктомии (РТЭ) с использованием AngioJet 9000 и механической корзинкой Dormia; при отсутствии эффекта от тромбэктомии для дальнейшего восстановления просвета выполняли баллонную ангиопластику и/или стентирование stent in stent; выполнении параллельного и У-образного TIPS.

Результаты. 33 пациентам с тромбозом TIPS была выполнена 51 повторная операция. При этом только 25-ти из 33 пациентов удалось восстановить проходимость первичного TIPS, пяти пациентам выполнен в дальнейшем параллельный TIPS, а 3-м У-образный. Баллонная дилатация стеноза (n=16), стентирование «стент-в-стент» (n=16), механическая тромбэкстракция с помощью системы «AngioJet» (n=5), корзинка Dormia (n=5). Через 1 месяц результаты прослежены у 31 пациента из 33-х, перенесших повторные вмешательства после TIPS; двое больных с циррозом печени класса С умерли от печеночно-клеточной недостаточности. При УЗДС портального кровотока у всех больных был выявлен магистральный кровоток по стенту. В исследуемой группе больных не было рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и нарастания количества асцитической жидкости.

Выводы. Таким образом улучшение результатов лечения у больных, перенесших тромбоз TIPS, обусловлено выполнением реолитической и механической тромбэктомии в сочетании с баллонной дилатацией и стентированием стент-в-стент. В случае невозможности выполнить ни одну из вышеописанных методик, следует выполнять параллельный TIPS.

## Клинический случай тромбоза центральной вены сетчатки у ребенка 15 лет

Захарченко А.В., Овчинникова А.В., Выскварка О.А.  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Тромбоз центральной вены сетчатки (ТЦВС) — острое нарушение кровообращения в центральной вене, обусловленное окклюзией сосуда и являющееся одной из причин слепоты и слепоты. ТЦВС чаще развивается у пациентов старше 60 лет

на фоне гипертонической болезни, атеросклероза, сахарного диабета, глаукомы. У лиц молодого возраста причины тромбоза несколько иные — повышенная вязкость крови и инфекции. Случаи развития ТЦВС у детей и подростков единичны — так в зарубежной литературе нам удалось найти два описания ТЦВС у детей 16 и 13 лет, в отечественной литературе мы не встретили описания этой грозной патологии у детей.

Цель: продемонстрировать редкий случай развития ТЦВС у подростка 15 лет.

Материалы и методы. Пациентка С., 15 лет, экстренно поступила в отделение офтальмологии и микрохирургии глаза Морозовской ДГКБ с жалобами на стремительное снижение зрения правого глаза. Офтальмологическое обследование, помимо стандартных методик, включало оптическую когерентную томографию (ОКТ). Помимо того, девочке было назначено расширенное исследование крови и обследование у гематолога. Результаты и их обсуждение. При поступлении острота зрения правого глаза — 0,02 н/к, левого — 1,0. Осмотр правого глаза продемонстрировал отсутствие патологии в состоянии переднего отрезка и оптических сред. При офтальмоскопии обнаружено обширное кровоизлияние, захватывающее весь центр сетчатки (по типу «раздавленного помидора») и прикрывающее диск зрительного нерва. Сосуды просматривались частично, так как местами были погружены в отечную сетчатку. Вены резко расширены, извиты; артерии сужены. По периферии сетчатки на ее поверхности и в слоях визуализировались множественные мультиформные разнокалиберные кровоизлияния. Сканограммы ОКТ показали изменения, корреспондирующие кровоизлиянию (гиперэхогенное округлое образование в средних слоях нейророзплетения, в фовеа) и отеку сетчатки (увеличение толщины сетчатки до 460–500 мкс, сглаженность фовеального углубления, нарушение дифференцировки слоев сетчатки вплоть до отсутствия интерфейса между наружными и внутренними сегментами фоторецепторов). Стандартные лабораторные исследования — клинический и биохимический анализы крови и коагулограмма не показали отклонений от возрастной нормы. Гематологическое обследование выявило гематогенную тромбофилию — заболевание, характеризующееся предрасположенностью к развитию, преимущественно венозных, тромбозов различной локализации. На основании клинической картины и проведенного обследования поставлен диагноз тромбоза центральной вены сетчатки правого глаза. Ребенку была назначена активная терапия — препараты, улучшающие реологические свойства крови и уменьшающие отек и ишемию макулярной области, рассасывающие средства. Под контролем анти-Ха активности проводили подкожные инъекции низкомолекулярного гепарина в течение 6 недель. Через 2 недели острота зрения правого глаза повысилась до 0,3–0,4. На глазном дне отмечено постепенное рассасывание кровоизлияний (начиная с периферии), появилась возможность визуализации диска зрительного нерва. На фоне повышения остроты зрения и положительной динамики в состоянии глазного дна пациентка выписана на амбулаторное долечивание. В последние годы офтальмология переживает настоящую революцию во взглядах на оптимальную тактику лечения патологии сетчатки, в частности ее отека. Появилось множество работ, доказывающих ключевую роль ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) в лечении отека и пролиферативной патологии сетчатки. Так зарубежные офтальмологи (2015 г.), приводя отдаленные результаты лечения ребенка с ТЦВС бевацизумадом, сообщают о полном восстановлении остроты зрения, несмотря на сохраняющийся отек диска зрительного нерва. Таким образом, современная офтальмологическая литература свидетельствует, что пациентам с ТЦВС целесообразно дополнительное назначение офф-лейбл инъекций препаратов этой группы по критерию возможности достижения куративного эффекта. Заключение. Прослеженная нами история ТЦВС у 15-летней девочки демонстрирует возможность появления этой грозной патологии у ребенка, необходимость

комплексного обследования для выявления фонового заболевания. Полученные результаты подчеркивают значимость адекватной и упорно проводимой терапии для повышения функций. Данные современной литературы убедительно свидетельствуют о целесообразности использования офф-лейбл ингибиторов VEGF в лечении угрожающего функциям отека сетчатки.

### Тромбоэмболия легочной артерии и острый венозный тромбоз — тактика лечения

Золкин В.Н., Толстов П.А., Ситников А.В., Маров К.Б., Годяев М.Я., Емельянов А.И.  
Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева, Москва

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с острыми тромбозами глубоких вен и массивной ТЭЛА.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2015 год в ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ» 203 пациентам с массивной ТЭЛА проведена системная тромболитическая терапия в 199 случаях, 3 пациентам реолитическая эмболектомия и 1 больному катетерная фрагментация тромбозов. Для тромболиза в 139 случаях использована урокиназа у 47 больных актилизе, стрептокиназа — 9 пациентам, пуралаза — 4. Возраст больных варьировал от 19 до 84 лет ( $62,1 \pm 11,3$ ). 17 пациентов поступало в состоянии кардиогенного шока. У всех остальных больных исходно имелись симптомы острой дыхательной недостаточности с частотой дыхания в среднем  $25,7 \pm 0,9$  в минуту, сатурацией кислорода  $87,5 \pm 1,1$ . Исходное давление в легочной артерии в среднем составило  $63,7 \pm 0,9$  мм рт. ст. У 162 больных диагноз подтвержден при ангиопульмонографии, в 23 случаях при КТ-ангиографии, у 17 — ти ЭхоКГ. Индекс Миллера в среднем составил  $25 \pm 2,0$  баллов. Источник ТЭЛА: 58,1% илюокавальный сегмент, инфраингвинальный сегмент 36,9%, тромбоз подключичной вены — 0,5%, правые отделы сердца — 0,5%. Источник не установлен у 4% пациентов. Больным с тромбозом глубоких вен нижних конечностей в 56% случаев потребовалась профилактика рецидива тромбоэмболии: 94 пациентам имплантирован кава-фильтр (в 79 случаях съёмный), 14 больным выполнена перевязка поверхностной бедренной вены и 6 пациентам тромбэктомия из общей бедренной вены с перевязкой поверхностной бедренной вены.

Результаты: у 65% больных наблюдался полный регресс дыхательной недостаточности. Показатели сатурации кислорода возвратились к нормальным показателям у 59% пациентов. Давление в легочной артерии вернулось к нормальным показателям у 38% больных, полное восстановление перфузии легких на сцинтиграммах — 10% пациентов (частичное — 83%), полный или частичный лизис флотирующей части тромба — 34% ( $p < 0,01$ ). Геморрагические осложнения тромболиза к 2015 году уменьшились с 20% до 2,3%. Летальность снизилась с 11% до 6,9%.

Выводы: системный тромболитизис высокоэффективен при массивной ТЭЛА и сопровождается низким процентом осложнений. Соблюдение жесткого протокола проведения тромболиза значительно снижает риск геморрагических осложнений. При флотирующем илюокавальном тромбозе до проведения тромболитической терапии возможна имплантация определенных моделей кава-фильтра через кубитальную вену. При локализации тромбоза ниже паховой связки в ближайшие часы после завершения тромболиза обязательно выполняется ультразвуковой контроль тромбированного сегмента, а оперативное вмешательство проводится не ранее чем через 12 часов после окончания тромболиза.

### Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных препаратов при заболеваниях челюстно-лицевой области

Зорян Е.В., Митронин А.В.  
Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Москва

Качество жизни человека во многом зависит от состояния зубо-челюстной системы. Зубная боль, кровоточивость десен

и подвижность зубов нарушают не только прием пищи и работу ЖКТ, но влияют на функцию различных органов и систем, психоэмоциональное состояние и сон пациента, снижают его работоспособность. Постоянным спутником большинства патологических процессов и вмешательств в полость рта является боль различной интенсивности, что определяется богатой иннервацией этой области. Спектр применяемых в настоящее время в медицинской практике НПВП чрезвычайно широк, что повышает ответственность врача за выбор не только эффективного, но и безопасного препарата.

Цель — разработать алгоритм профессионально ориентированного клиничко-фармакологического подхода к обоснованию выбора лекарственных средств.

Материал и методы. Был проведен анализ действия наиболее часто применяемых лекарственных препаратов при боли вследствие воспалительного процесса в челюстно-лицевой области — НПВП.

Результаты. Проведенными исследованиями по изучению эффективности и безопасности НПВП выявляется наличие у большинства применяемых препаратов односторонних побочных эффектов: негативное влияние на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, приводящее к развитию язвенных процессов, снижение агрегации тромбоцитов, развитие бронхоспазма и аллергических реакций, снижение диуреза, отеки, нарушение функции печени. Отмечено, что наиболее часто НПВП вызывают осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта, которые часто протекают бессимптомно, но могут приводить к образованию язв. На частоту осложнений может влиять доза и длительность применения НПВС, поэтому не рекомендуется применять НПВП при лихорадке более 3 дней, а в качестве анальгетика — более 10 дней (для кеторолака — более 5 дней). Учитывая роль блокады ЦОГ-1 в возникновении осложнений при применении НПВП, угнетающие преимущественно или избирательно ЦОГ-2 эти препараты сохраняют присущие другим НПВП противовоспалительный и болеутоляющий эффекты, но меньше влияют на физиологические функции, реже вызывают осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта, меньше влияют на гемостаз, лучше переносятся пациентами при курсовом применении, в том числе пациентами группы риска, имеющими в анамнезе язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, поражение почек, нарушения свертываемости крови. К тому же нередко, назначение высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2 приводит к преобладанию тромбоза А2, стимулирующего агрегацию тромбоцитов, поэтому их не следует применять одновременно с препаратами, содержащими малые дозы ацетилсалициловой кислоты для профилактики тромбообразования.

Выводы. 1. Таким образом, внимательное отношение к выбору лекарств для устранения боли и воспаления с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения побочных эффектов позволит повысить эффективность и безопасность проводимого лечения. 2. При выборе НПВП для снятия острой боли целесообразно начинать лечение с использования высокой дозы быстродействующих анальгетиков, снижая ее при достижении эффекта в то время как при упорной хронической боли преимущество имеют препараты длительного действия, применяемые 1–2 раза в сутки. 3. Планируя схему лечения, необходимо учитывать, что клинически значимая анальгезия развивается в течение 0,5–2 часов после однократного применения НПВП, в то время как противовоспалительный эффект НПВП при хроническом воспалении начинает проявляться через 2–4 дня при регулярном применении лекарств, что увеличивает срок применения препаратов и требует больше внимания уделять побочным эффектам выбранного лекарства и наличию сопутствующих заболеваний у пациента. 4. При выборе препарата для превентивной анальгезии перед оперативным вмешательством необходимо учитывать, что НПВП, действующие на ЦОГ-1, обладают антиагрегантным действием и могут провоцировать увеличение кровотечения.

## Носительство аллеля с полиморфного маркера rs2228145 гена рецептора интерлейкина-6 ассоциировано с неблагоприятным прогнозом у больных мерцательной аритмией

Зотова И.В., Бровкин А.Н., Фаттахова Э.Н., Волошина Н.М., Бакланова Т.Н., Затеищиков Д.А.

Городская клиническая больница №17, Центральная государственная медицинская академия, Федеральный научно-клинический центр специализированных видов клинической помощи и медицинских технологий, Москва

Цель: выявление ассоциации наследственных особенностей ряда факторов системы воспаления с риском развития неблагоприятного исхода при мерцательной аритмии.

Методы: обследовано 312 больных мерцательной аритмией без поражения клапанов сердца, средний возраст 69,2±0,59 лет, 52,1% женщин, значение индекса CHA2DS2-VASc у всех больных  $\geq 1$ ,  $\geq 2$  у 93,8%. С помощью ПЦР в реальном времени изучены полиморфные маркеры гена фактора некроза опухоли  $\alpha$  (G-238A, G-308A и rs1806302), гена интерлейкина 2 (rs2069762), интерлейкина 6 (G-174C, G-572C), интерлейкина 8 (A-252T, rs2227306 и rs2227307), интерлейкина 10 (A-1082G, C-592A, C-819T) и гена рецептора интерлейкина 6 (rs2228145). Медиана времени проспективного наблюдения за пациентами составила 559 дней.

Результаты: не выявлено достоверных ассоциаций частоты встречаемости полиморфных маркеров изученных генов с риском развития ишемического инсульта и любого тромботического события (сумма ишемических инсультов, инфарктов миокарда, венозных и артериальных тромбозов) на изученной группе. Основным фактором, влияющим на риск развития неблагоприятного исхода, являлась адекватная антикоагулянтная терапия. Выделена группа пациентов ( $n=161$ ), не получающих антикоагулянты. Достоверных различий по клинической характеристике пациентов, получающих и не получающих антикоагулянты, не выявлено. Факторами, независимо ассоциированными с риском развития ишемического инсульта у пациентов, не получающих антикоагулянтов, являлись возраст  $\geq 75$  лет (ОШ 6,1, ДИ 1,7–9,5,  $p=0,002$ ) и носительство аллеля С полиморфного маркера rs2228145(A/C) гена рецептора ИЛ-6 (ОШ 9,1 ДИ 1,4–11,3,  $p=0,016$ ). Факторами, независимо ассоциированными с риском развития любого тромботического события, являлись фракция выброса левого желудочка  $\leq 40\%$  (ОШ 2,96 ДИ 1,04–9,9,  $p=0,003$ ) и носительство аллеля С полиморфного маркера rs2228145(A/C) гена рецептора ИЛ-6 (ОШ 4,3 ДИ 1,6–12,3,  $p=0,018$ ).

Выводы: выявлена независимая ассоциация носительства аллеля С полиморфного маркера rs2228145(A/C) гена рецептора ИЛ-6 с риском развития ишемического инсульта и любого тромботического осложнения у пациентов с мерцательной аритмией. Прием адекватной антикоагулянтной терапии способен нивелировать негативный эффект данного фактора.

## Литературный обзор безопасности ГИБП у пациентов с псориазом и псориатическим артритом

Зянгиров Р.Р.

Городская клиническая больница № 71 им. М.Е. Жадкевича, Москва

Псориаз и псориатический артрит (ПсА) являются хроническими заболеваниями кожи, суставов и позвоночника. Болезнь часто требует пожизненного лечения и постоянного мониторинга пациентов! Наряду с основными базисными противовоспалительными препаратами для лечения также используются биологические препараты. По данным медицинской литературы, первая биологическая терапия псориаза датируется 2005 годом. Настоящий обзор призван выявлять публикации по безопасности биологической терапии псориаза согласно регистрам пациентов установленных в разных странах. Систематическое исследование литературы проводилось в Medline (PubMed). Большинство регистров расположены в европейских странах: в Великобритании и Ирландии

(BADBIR) Испании (BIOBADADERM), Нидерландах (BIO-CAPTURE), Дании (DERMBIO) Германии (PSOBEST) Италии (PSOCARE) Австрии (PSORA) и Швеции (PSOREG). Число публикации колебалось от 1 до 10 статей для каждого регистра, первыми регистрами мониторинга долгосрочного лечения псориаза были итальянские и голландские. Регистры включают традиционные и биологические препараты для лечения псориаза. Количество пациентов, включенных в публикации, охватывают большой диапазон, от менее ста до более чем двадцати тысяч. Регистры отвечают на вопросы безопасности проводимой биологической терапии и выживаемости. Систематический обзор показал, что большинство по данным регистра сосредоточились на выявлении побочных эффектов, таких как инфекции, злокачественные новообразования, усиление сердечно-сосудистого риска и летальный исход. На фоне лечения устекинумабом у пациентов с псориазом отмечена лучшая выживаемость по сравнению с ингибиторами ФНО. Таким образом, на фоне лечения псориаза ингибитором ИЛ 12,23 в отличие от других ГИБП удалось не только избежать серьезных побочных реакций, но также добиться снижения активности кожного синдрома.

## Анти-HLA антитела в диагностике позднего острого и хронического отторжения трансплантата почки

Иванова Е.С., Столяревич Е.С., Артюхина Л.Ю., Баранова Ф.С., Гичкун О.Е., Богданова Н.Б., Котенко О.Н., Томилина Н.А.

Городская клиническая больница № 52, Москва

Среди причин дисфункции почечного трансплантата (ПТ) основное место занимает отторжение с активацией гуморального звена иммунитета. Традиционно диагноз антитело-опосредованного отторжения ставится при выявлении донор-специфических антител (ДСА) и характерной морфологической картины микроциркуляторного воспаления в сочетании с экспрессией C4d фрагмента компонента на перитубулярных капиллярах (ПТК). Наиболее доступен в клинической практике метод скринингового определения анти-HLA AT. Однако он является недостаточно специфичным, так как помимо ДСА включает и неДСА. Тем не менее, будучи дополненным морфологическими и иммуногистохимическими данными, этот метод может быть успешно применен для диагностики антитело-опосредованного отторжения у большинства пациентов.

Цель исследования: оценить диагностическое значение скринингового выявления анти-HLA AT при позднем остром и хроническом отторжении ПТ.

Материалы и методы. В исследование включены 192 пациента с дисфункцией ПТ. Всем пациентам исследовались анти-HLA AT одним из методов твердофазного анализа (ELISA или Luminex) и выполнялась пункционная биопсия ПТ с определением C4d фрагмента компонента. По результатам биопсии все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группу (85 человек) составили пациенты с хроническим отторжением трансплантата (ХОТ), ко 2 группе (39 человек) относились пациенты с острым гуморальным отторжением (ОГО), 3 группа (68 человек) представляла собой группу контроля (иная патология ПТ). Пациенты не различались по возрасту и уровню креатинина ( $p>0,3$  и  $p>0,06$  соответственно). Результаты. Анти-HLA AT выявлялись у пациентов с ХОТ и ОГО с частотой 84,7% и 84,6% соответственно и статистически значимо реже — у 33,8% ( $p<0,001$ ) в контрольной группе. Свечение C4d на ПТК также определялось чаще в группах ХОТ и ОГО в сравнении с контролем: 65,9% и 84,6% vs 2,9% соответственно,  $p<0,001$ . Оба маркера (анти-HLA AT и экспрессия C4d) определялись у 60% реципиентов в группе ХОТ и у 71,8% в группе ОГО. В контрольной группе у большинства пациентов не выявлялось ни одного из этих признаков (64,7%). C4d-негативный вариант отторжения при наличии анти-HLA AT наблюдался у 24,7% пациентов с ХОТ и у 12,8% пациентов с ОГО. У 5% реципиентов с ХОТ и у 12,8% с ОГО выявлялся C4d при отсутствии анти-HLA AT. При оценке 3-летней выживаемости ПТ с ХОТ и ОГО в зависимости от наличия или отсутствия анти-HLA AT и C4d статистически значимых различий выявлено не было,  $p=0,4$ .

Выводы. Присутствие всех трех критериев отторжения (морфологическая картина+C4d на ПТК+циркулирующие анти-HLA AT)

позволяет надежно диагностировать антитело-опосредованное отторжение ПТ даже в условиях применения скринингового метода определения анти-HLA АТ. Наличие же анти-HLA АТ при отсутствии соответствующей морфологической картины и/или С4d на ПТК требует определения донорспецифичности выявленных АТ.

### Взаимосвязь гиподинамии и уровня тревожности с суточным профилем артериального давления у больных артериальной гипертензией и ожирением

Иванченко В.С., Ушаков А.В.  
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Симферополь

Современные исследования предоставляют убедительные доказательства влияния гиподинамии на возрастание распространенности сердечно-сосудистой патологии, включая артериальную гипертензию (АГ), сахарного диабета, метаболического синдрома, ожирения, а также депрессии и тревоги. Другим значимым фактором риска всех вышеперечисленных заболеваний является хронический психоэмоциональный стресс и связанная с ним дисрегуляция нейроэндокринных, метаболических и психологических механизмов.

Цель. Исследовать динамику суточного профиля артериального давления (АД) у пациентов, страдающих АГ и ожирением, в зависимости от уровня тревожности и физической активности (ФА).

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов с АГ 1 и 2 стадии, которые составили 2 группы: с наличием абдоминального ожирения (36 человек) и без ожирения (40 человек). Контрольная группа была представлена 26 лицами без ожирения, не страдающими АГ и сердечно-сосудистой патологией, сопоставимыми по полу и возрасту с группами больных АГ. Всем пациентам проведено суточное мониторирование АД (СМАД), с определением средних значений систолического и диастолического АД (САД и ДАД), вариабельности САД и ДАД, степени ночного снижения (СНС) АД. Уровень реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ) определяли с помощью опросника Спилберга-Ханина. Для оценки ФА пациентов использовали краткий международный опросник по ФА (IPAQ).

Результаты. При проведении СМАД у пациентов группы 1 и 2 был установлен патологический характер суточной динамики АД, что проявлялось в виде статистически значимых различий большинства параметров по сравнению с группой контроля. В обеих группах пациентов с АГ наблюдались достоверно более высокие среднесуточные, дневные и ночные показатели САД и ДАД ( $p < 0,001$ ), показатели вариабельности САД и ДАД в дневное и ночное время ( $p < 0,05$ ), однако значимых различий между группами 1 и 2 выявлено не было. Доля лиц с патологическими циркадными ритмами преобладала в группе пациентов, страдающих АГ и ожирением. Так, лица с недостаточной СНС АД (non-dipper) составили 72,2%, лица с ночным повышением АД (night-peaker) — 8,3% в группе 1, 52,5% и 2,5% соответственно в группе 2. У всех пациентов с гиподинамией была выявлена тенденция к увеличению ВАР САД и ДАД в дневное и ночное время по сравнению с пациентами, имеющими достаточный уровень ФА. При проведении корреляционного анализа во всех обследуемых группах отмечалась прямая корреляционная связь вариабельности САД и ДАД с уровнем РТ и ЛТ. Так, среди пациентов группы 1 при повышении уровня ЛТ и РТ пропорционально возрастала вариабельность САД днем ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,004$  и  $r = 0,62$ ;  $p = 0,00005$  соответственно), САД ночью ( $r = 0,55$ ;  $p = 0,0005$  и  $r = 0,52$ ;  $p = 0,001$  соответственно), ДАД днем ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,04$  и  $r = 0,42$ ;  $p = 0,01$ ); среди пациентов группы 2 уровень ЛТ и РТ коррелировал с вариабельностью САД днем ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,005$  и  $r = 0,38$ ;  $p = 0,016$  соответственно) и вариабельностью ДАД днем ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,002$  и  $r = 0,55$ ;  $p = 0,0002$ ). Установлена недостаточная СНС САД и ДАД у пациентов группы 1 с высоким уровнем ЛТ ( $r = -0,67$ ;  $p < 0,0001$  и  $r = -0,60$ ;  $p = 0,0001$  соответственно) и РТ ( $r = -0,54$ ;  $p = 0,0006$  и  $r = -0,43$ ;  $p = 0,009$ ). У пациентов группы 2 СНС САД коррелировала с уровнем ЛТ и РТ ( $r = -0,39$ ;  $p = 0,01$  и  $r = -0,46$ ;  $p = 0,003$ ). Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у больных с АГ как гиподинамия, так и повышенная тревожность играют ключевую роль в формировании прогностически

неблагоприятного течения АГ, проявляющегося в увеличении вариабельности АД и уменьшении степени ночного снижения АД, что наиболее выражено при сочетании АГ с ожирением.

### Вектор розничного рынка Москвы

Игнатьева Н.В.  
Российская ассоциация аптекных сетей, Москва

Розничный фармацевтический рынок г. Москвы увеличился в объеме по количеству аптекных организаций. На сентябрь рост составил 1%, (1,01%) в сравнении значений 2015 года с 9 месяцами 2016 года, что практически отображает общую динамику роста по стране (1,02%). Увеличение количества на 47 аптек в Москве никак не отражает благополучную ситуацию, напротив, этот накат конкуренции объясняется поиском наиболее оптимальных мест расположения аптеки и направлен на стратегию развития бренда той или иной аптечной сети, и нелогичной консолидацией множества брендов в одну компанию (36,6, Горздрав, А5, Норма, Старый Лекарь, А.В.Е). Нужно признать, что у этой медали есть две стороны: — краткосрочная перспектива: ужесточение конкуренции ведет к снижению цен, а в условиях настоящего снижения платежеспособности таким образом в глазах населения сглаживается реальная неизбежная картина роста цен на лекарственные препараты, но этот путь не является решением реальной проблемной ситуации — долгосрочная перспектива: монополизация аптечного рынка Москвы; или развал этичного прозрачного контролируемого рынка. Розничный фармацевтический рынок, как и другие сектора, отмечает падение платежеспособности населения. Сложившаяся экономическая ситуация меняет ориентир покупательского спроса в пользу более низких цен, и этот вектор сохранится. В целом на рынке поддерживает необходимость государственного регулирования цен на перечень ЖНВЛП, о чем свидетельствует отсутствие жалоб граждан на завышение цен (источник информационный портал «Наш город»). Главные проблемы в качестве лекарственной помощи москвичами отмечается в льготном обеспечении.

### Особенности пневмоний у больных с острыми отравлениями психофармакологическими препаратами старших возрастных групп

Ильашенко К.К., Белова М.В., Симонова А.Ю., Суходолова Г.Н., Клокова Т.В.  
Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

На современном этапе проблема диагностики, лечения и профилактики госпитальных пневмоний не потеряла свою актуальность, в том числе это касается лиц пожилого и старческого возраста. Известно, что в этой возрастной группе внебольничные и госпитальные пневмонии протекают более тяжело, нежели у лиц молодого и среднего возраста, обуславливают большую продолжительность пребывания пациентов в стационаре и характеризуются высокими показателями летальности. При острых экзотоксикозах, включая наиболее распространенные из них: отравления психофармакологическими препаратами (ОПФП), пневмонию (П) — всесторонне изучали в основном у лиц трудоспособного возраста, тогда как сведения об указанном осложнении у геронтологических больных носят фрагментарный характер. Цель исследования — выявить особенности пневмонии, осложняющей течение ОПФП. Обследовано 58 больных в возрасте от 61 до 87 лет с ОПФП, осложненными П в разные сроки проводимого лечения. Согласно классификации ВОЗ, пациенты были разделены на пожилых (61–75 лет) и лиц старческого возраста (76–90 лет). Женщин было 40 (68,9%), мужчин — 18 (31,1%). Тяжесть отравления при поступлении больных в стационар была различной и по классификации Е.А. Лужникова разделялась на легкую, среднюю и тяжелую. Основным методом диагностики воспалительных инфильтратов в легких была рентгенография. Среди обследованных больных П в 20,7% наблюдений была диагностирована у лиц с легкими отравлениями пожилого (11 человек) и у одного пациента старческого возраста. В первые сутки после госпитализации рентгенологически воспалительные инфильтраты в легких были

выявлены у 4 пациентов с поздними сроками госпитализации. У остальных 8 (66,6%) больных впервые ее диагностировали на 6–12 день пребывания в стационаре. Это дает нам возможность расценивать ее как гипостатическую. Летальность в этой группе составила 53,8%. Сроки разрешения пневмонии в среднем наступали на 11-й день, а летальные исходы — на  $22,0 \pm 17,4$  день. Пневмонии при отравлениях средней тяжести составили 18,9% (11 человек), практически поровну у лиц обеих возрастных групп. У 2 пациентов она была обнаружена в первые сутки, у 5 (45,4%) — на 2–3 сутки, т.е. была нозокомиальной. В остальных 4 (36,3%) случаях П носила гипостатический характер, была впервые выявлена в сроки от 6 до 10 суток. Летальность у этих больных составила 45,5%. Смерть наступала в период от 5 до 66 суток. При благоприятном исходе пневмония разрешалась в среднем на 10-й день. Наиболее многочисленную группу (34 больных) составили лица, у которых П развилась на фоне тяжелых отравлений. В 5 (14,7%) случаях П имела место в 1-е сутки пребывания больных в стационаре. У 25 (73,5%) больных она была нозокомиальной, а в 4 (11,7%) наблюдениях — гипостатической. Летальность в этой группе больных составила 32,3% (11 человек), смерть наступала на  $12 \pm 6,8$  день. Длительность П при благоприятном течении составила  $13,1 \pm 6,3$  суток. При первом рентгенологическом исследовании в 43,1% случаев диагностирована двусторонняя, в 39,6% наблюдений — правосторонняя и у 17,3% больных левосторонняя пневмонии.

Таким образом, у больных геронтологического возраста с исходно диагностируемой легкой степенью ОПФП развиваются П гипостатического характера, сопровождающиеся очень высокой летальностью, в то время как при отравлениях средней и тяжелой степени преимущество имеют нозокомиальные П.

### **Особенности иммунного статуса у пациентов с папилломавирусной инфекцией кожи и коморбидными патологиями**

Исаева Д.Р., Халдин А.А., Лупашко О.В.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

На сегодняшний день папилломавирусная инфекция (ПВИ) является актуальной социально значимой проблемой. Проявление ПВИ кожи происходит на фоне функциональных изменений в иммунной системе, которая становится несостоятельной в иммунологическом распознавании и элиминации трансформированных вирусом клеток. Вирус папилломы человека (ВПЧ) эпителиотропен, он инфицирует пролиферирующие клетки базального слоя эпителия, в клетках других слоев вирусные частицы лишь персистируют. Ввиду этого значение имеет состояние факторов местной иммунной защиты: барьерная функция эпителия, гуморальные и клеточные факторы. Изучение механизмов взаимодействия клеточного звена иммунной системы с ВПЧ продолжается.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 126 пациентов обоего пола (67 мужчин и 59 женщин) старше 18 лет, с диагнозом ПВИ кожи стоп, находившихся на амбулаторном лечении в Центре вирусной патологии филиала «Бабушкинский» МНПЦДК ДЗМ за период с 2014 по 2016 гг. Распределение по возрастным группам: средний взрослый 18–45 лет — 88 человек, поздний взрослый возраст 46–59 лет- 32 и пожилые 60–75 лет — 6 пациентов. Средний возраст больных составил 29,85 года. Была проведена оценка общего состояния здоровья с выявлением коморбидных заболеваний, влияющих на состояние и реактивность иммунной системы. Всем пациентам было проведено исследование иммунного и интерферонового статуса.

Результаты исследования. В ходе обследования было выявлено у 75 пациентов — венозная недостаточность и нарушение микроциркуляции крови. У 37 пациентов отмечено наличие инфекционных заболеваний онхимикоз, дерматофития стоп. Ортопедические патологии встречались в 36 случаях. Соматические

заболевания, такие как бронхиальная астма, сахарный диабет, ожирение — у 16, воспалительные артриты (ревматоидный и подагрический) у 18 пациентов. Иммунодефицитные состояния, доля которых составила 12 пациентов, занимают шестое место по встречаемости в группе людей, имеющих подошвенные бородавки. В отдельную группу были выделены сенильный гиперкератоз стоп, кератодермии, ониходистрофии — у 10 пациентов. Отметим, что у некоторых пациентов, присутствовали от 1 до 3 из выявленных коморбидных патологий. По данным, полученным в ходе иммунологического обследования пациентов с ПВИ кожи стоп выявлено наличие изменений показателей системы  $\alpha$ -интерферона. В 42,26% случаев уровень индуцированного тест-вирусом  $\alpha$ -ИФН не превышал 80 Ед/мл, в 49,28% случаев — на уровне 160 Ед/мл (при нормальном распределении он колеблется от 320 до 640 Ед/мл). Сывороточный интерферон у больных исследуемой группы был в пределах нормы и колебался от 0 до 8 Ед/мл, в пяти случаях составлял 16 Ед/мл. Способность лимфоцитов в периферической крови к продукции гамма-интерферона ( $\gamma$ -ИФН) у большинства больных находилась на сниженном уровне в пределах 8–16 Ед/мл. Выявленные изменения позволили констатировать у пациентов недостаточность системы по продукции  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферона. У 25% пациентов выявлено снижение абсолютного содержания  $CD^{3+}$ ,  $CD^{4+}$ , ИРИ относительно значений референсных величин. Гуморальный иммунитет-В-лимфоциты и содержание Ig M, G, A, ЦИК не отличались от референсных величин. Можно предположить, что изменения могут быть обусловлены не только наличием инфицирования ВПЧ, но и коморбидными патологиями. Выводы: У обследованных нами пациентов с ВПЧ-инфицированием наблюдались изменения иммунитета, обусловленные недостаточной выработкой специфических интерферонов. Наиболее перспективным считается комплексное лечение, включающее иммуномодулирующую терапию и деструкцию патологического очага поражения. Мониторинг показателей иммунного и интерферонового статуса, позволит индивидуализировать схемы комплексного лечения пациентов, повысить эффективность и безопасность терапии. Выявление у пациента имеющихся коморбидных патологий крайне необходимо для выбора лечебной тактики, которая может коренным образом отличаться у здоровых лиц с ВПЧ и у пациентов, имеющих ВПЧ с присоединением коморбидных состояний.

### **Эндоваскулярное лечение больных с острым коронарным синдромом: одноцентровый регистр — две с половиной тысячи чрескожных коронарных вмешательств**

Кавтеладзе З.А., Ермолаев П.М., Артамонова Ю.В., Брутян Г.А., Глаголев В.Э., Даниленко С.Ю., Асатрян К.В., Желтов Н.Ю., Эртман В.Г., Тарабрин А.С.  
Городская клиническая больница им. М.Е. Жадкевича, Москва

Цель и задачи. В работе освещены вопросы организационного и клинического характера с момента создания службы по оказанию помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС). Анализ результатов эндоваскулярного лечения 2500 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с ОКС.

Материалы и методы: с сентября 2014 г. по август 2016 г. в ГКБ имени М.Е. Жадкевича проведено эндоваскулярное лечение пациентов с ОКС — первые 25 300 ЧКВ. Все пациенты доставлены в стационар бригадами СМП, из них 78 больных (3,12%) поступили по каналу санавиации центра экстренной медицинской помощи (ЦЭМП). Пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST поступило 689 человек, ОКС без подъема ST — 1811 чел.

Диагноз «острый инфаркт миокарда» (ОИМ) подтвердился у 1228 больных (ОИМ с подъемом ST — 680 больных, ОИМ без подъема ST — 548 больных), нестабильная стенокардия (НС) — 1272 больных. Тромболитиз выполнен на догоспитальном этапе у 5 больных (метализа, тенектеплаза). При поступлении в стационар тромболитиз не проводился. Результаты: ЧКВ выполнены на



инфаркт-ответственных артериях: бифуркационное поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) — 7 больных, поражение ствола ЛКА с переходом на огибающую артерию (ОА) — 5 больных, поражение ствола ЛКА с переходом на переднюю нисходящую артерию (ПНА) — 15 больных; ПНА — у 1145 больных, огибающая артерия (ОА) — 559 больных, правая коронарная артерия (ПКА) — 769 больных. Острые окклюзии коронарных артерий отмечены у 495 больных (ПНА — 194, ОА — 60, ПКА — 241), из них у 478 больных выставлен диагноз ОИМ с подъемом сегмента ST. У 64 больных с диагнозом ОИМ с подъемом сегмента ST при поступлении диагностировали кардиогенный шок. Среднее время от момента поступления больного в стационар с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST до подачи в операционную составило 11,7 мин. Среднее время «дверь–баллон» составило 28,4 мин. Общая летальность среди больных с ОКС составила 5,7%. Среди больных с диагнозом ОИМ с подъемом сегмента ST смертность составила 12,2% (83 больных), среди этих пациентов 64 больных поступали в состоянии кардиогенного шока. Среди больных с диагнозом ОИМ без подъема сегмента ST смертность составила 7,5%. Для лечения поражений коронарных артерий потребовалось от 1 до 4 стентов, в среднем 1,2 стент на больного. Средний срок нахождения больных в отделении интенсивной терапии после проведения ЧКВ составил 2,3 суток.

Выводы: создание специальных центров по лечению ОКС показало свою эффективность — ускорить сроки оказания медицинской помощи, уменьшить летальность, уменьшить сроки нахождения больных в отделении интенсивной терапии, уменьшить тяжесть сердечной недостаточности после перенесенного ОИМ. Полученные данные позволяют рекомендовать дальнейшее укрупнение и оснащение (расширение) сердечно-сосудистых центров для оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с ОКС.

### Роль аспирационной тромбэктомии в лечении больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST: одноцентровый регистр

Кавтеладзе З.А., Желтов Н.Ю., Даниленко С.Ю., Бругян Г.А., Эртман В.Г., Асатрян К.В., Тарабрин А.С.  
Городская клиническая больница им. М.Е. Жадкевича, Москва

Цель и задачи. На основании современных руководств рутинное выполнение аспирационной тромбэктомии у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПST) не рекомендуется, однако данный метод может иметь место в специфических случаях. Основываясь на опыте работы более 2500 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при остром коронарном синдроме, была сформулирована концепция инвазивного ведения пациентов с ИМПST, где были определены некоторые ангиографические параметры, позволяющие отнести случай к избранному, в котором применение аспирационной тромбэктомии может быть оправдано.

Материалы и методы: С сентября 2013 года по август 2016 года в ГКБ им. М.Е. Жадкевича было выполнено 701 чрескожное коронарное вмешательство у пациентов с ИМПST. Из них были выполнены 62 (8,8%) мануальные аспирационные тромбэктомии. В данную группу избранных случаев входили пациенты с большим коронарным тромбом по шкале TIMI thrombus grade (TTG) в крупных сосудах и окклюзией сосуда после проведения проводника (TTG5), вовлечением в поражение крупных боковых ветвей и вероятностью дислокации тромба в эти артерии, тромбозом стента или в качестве bailout-терапии спасения при эмболии крупных ветвей.

Результаты. В качестве инфаркт-связанной артерии (ИСА) передняя нисходящая артерия (ПНА) встречалась у 29 (46,8%) пациентов, правая коронарная артерия (ПКА) — у 25 (40,3%) пациентов, огибающая артерия (ОА) — у 8 (12,9%). По классификации поражения степень TTG5 встречалась у 39 пациентов (62,9%), TTG4 — у 22 пациентов (35,5%), TTG3 — у 1 пациента (1,6%). Пройти поражение аспирационным катетером удалось у 53 (85,5%) пациентов, из них в 86,2% случаев у пациентов с поражением

ПНА, в 80,0% случаев у пациентов с поражением ПКА и в 12,9% в случае поражения ОА. Тромбоэмболический материал был получен у 40 (64,5%) пациентов, из них в 72,4% случаев при поражении ПНА, в 56,0% случаев при поражении ПКА и в 62,5% случаев при поражении ОА. Среднее время от начала болевого синдрома до имплантации стента составило 12,5 часа в подгруппе пациентов с неэффективной аспирационной тромбэктомией и 5,9 часа в подгруппе эффективной тромбэктомии.

Выводы. Во всех случаях успешной аспирационной тромбэктомии отмечалось понижение степени тромбоза в ИСА, что позволяло достичь лучшей визуализации дистального русла и выбрать более оптимальный диаметр и длину стента. Метод аспирационной тромбэктомии в избранных случаях достоверной доказательной базы. Таким образом, имеет право на существование выборочная стратегия, позволяющая применять аспирационную тромбэктомию у пациентов высокого риска. Следует помнить, что крайне важно соблюдать правила выполнения процедуры, что помогает определить верную стратегию стентирования и добиться оптимального ангиографического результата, несмотря на отсутствие влияния на клинические исходы и высокую безопасность данного метода.

### Организация оказания скорой медицинской помощи детям на Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы

Кадышев В.А., Баютин А.М., Курочкин А.В., Анисимова С.Н.  
Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Москва

Актуальность: в настоящее время скорую медицинскую помощь детскому населению города Москвы в круглосуточном режиме осуществляют сотрудники Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова. Ежедневно спешат на помощь маленьким пациентам выездные врачебные и фельдшерские бригады, специализированные педиатрические бригады и бригады анестезиологии и реанимации. Основными показателями работы сотрудников станции являются максимально быстрое прибытие бригад на место вызова, профессиональная, в полном объеме проведенная терапия и медицинская эвакуация пациентов в медицинские организации города.

Цель: С целью сокращения времени прибытия бригад СМП на вызовы и улучшения качества оказания медицинской помощи была создана система постов СМП. В 2012 году при присоединении к городу территории Троицкого и Новомосковского административных округов количество дислоцированных постов увеличилось. Выбор места дислокации поста и его мощность были определены с учетом обращаемости и транспортной доступности адресов района оперативной ответственности. В настоящее время в структуре станции развернуто 87 постов СМП, 28 из которых дислоцированы на магистралях и 59 на базах медицинских организаций.

Материалы и методы: При оказании медицинской помощи в труднодоступных и отдаленных местах к пациентам в тяжелом и крайне тяжелом состоянии направляются авиамедицинские бригады научно-практического центра экстренной медицинской помощи города Москвы. В 2016 г. на станции планируется создание собственной авиамедицинской службы. Количество поступающих вызовов к детям, к сожалению, из года в год имеет тенденцию к росту. Согласно статистическим данным в 2013 году было зафиксировано 520 129 вызовов к детям, в 2014 году — 520 247 и в 2015 году — 561 978 соответственно. Учитывая такой рост обращений за медицинской помощью в 2014 году на станции были разработаны и внедрены «Алгоритмы приема вызовов к детям». Результаты: при создании «Алгоритмов приема вызовов к детям» в первую очередь учитывалась степень тяжести состояния ребенка на момент вызова и значимость присутствующих симптомов для жизни и здоровья ребенка, указывающая на срочность выполнения вызова. Введение «Алгоритмов приема вызовов к детям» в промышленную эксплуатацию позволило дифференцированно проводить распределение поступивших вызовов на экстренные и неотложные, тем самым определить четкие показания для

направления на вызовы к детям бригад СМП, передачу вызовов на отделения круглосуточной неотложной медицинской помощи детскому населению или осуществлять консультативную помощь старшими врачами — педиатрами консультативного педиатрического пульта. Таким образом, при проведении сравнительного анализа работы станции за контрольный период пробной эксплуатации «Алгоритмов приема вызовов к детям» отмечено уменьшение количества вызовов, выполненных бригадами «103» и увеличение количества вызовов, переданных на исполнение на отделения неотложной медицинской помощи детскому населению.

Заключение: На станции проводится большая работа по повышению уровня квалификации сотрудников на базе симуляционного центра станции. Ведущие специалисты постоянно проводят занятия с сотрудниками по отработке основных экстренных манипуляций при проведении сердечно — легочной реанимации детям. На базе городской клинической больницы им. С.П. Боткина проводится стажировка по оказанию реанимационного пособия. Все сотрудники имеют сертификаты и в плановом порядке повышают свою квалификацию на циклах усовершенствования. Совместно с кафедрой скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова разработаны и опубликованы методические пособия и рекомендации.

### **Супраорбитальная keyhole краниотомия в хирургии внутричерепных аневризм**

Камбиев Р.Л., Джинджихадзе Р.С., Древаль О.Н., Лазарев В.А., Богданович И.О. Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Прогресс в хирургическом лечении внутричерепных аневризм базируется на внедрении современных минимально инвазивных технологий. Среди всего многообразия keyhole доступов супраорбитальная краниотомия наиболее часто используемый подход в хирургическом лечении аневризм переднего отдела Виллизиева круга.

Материалы и методы. Авторы представляют предварительные результаты использования супраорбитальной keyhole краниотомии при аневризмах переднего отдела Виллизиева круга у 27 пациентов, оперированных с марта 2014 года по декабрь 2015 года. По локализации аневризмы распределялись следующим образом: 16 аневризм комплекса передней мозговой — передней соединительной артерии, 5 аневризм внутренней сонной артерии в области устья задней соединительной артерии, 3 офтальмические аневризмы и 3 аневризмы М1 сегмента средней мозговой артерии. Состояние больных оценивалось по шкале Hunt-Hess и КТ характеристики САК по шкале Fisher. Соотношение мужчин и женщин 1:2. Средний возраст больных 56,4 года. У большинства пациентов были нераспорвавшиеся аневризмы (18 больных). У 9 больных были САК, 4 из которых оперированы в остром периоде. Все пациенты с САК были I и II по шкале Hunt-Hess, Fisher 1–3. Предоперационно всем больным выполнена нативная и 3D КТ ангиография. Выбор хирургического доступа определялся после тщательной оценки анатомии интракраниальных структур и аневризм. Все аневризмы, клипированные из супраорбитальной краниотомии были малых или средних размеров, не более 15 мм в диаметре.

Результаты и обсуждение. Все аневризмы были полностью выключены из мозгового кровотока, что подтверждено как интраоперационным вскрытием аневризм с последующим контролем с использованием ICG-ангиографии (19 больных), так и выполнением контрольной 3D СКТ ангиографии в послеоперационном периоде. Видеоэндоскопическая ассистенция выполнена 22 пациентам. Серьезных осложнений или летальных случаев в группе больных не было. Интраоперационных разрывов аневризм также не отмечено. Послеоперационные осложнения оценивались в сроки 2 недель и 6 месяцев. Периорбитальная отечность отмечена у всех пациентов и не расценивалась как осложнение, поскольку полностью регрессировала в сроки 3–5 дней после вмешательства. Гипестезия в лобной области отмечена у 7 пациентов. Причем к сроку в 6 месяцев отмечен полный регресс у всех пациентов. Атрофии височной мышцы и значительного западения в области

предшествующей краниотомии не отмечено. Послеоперационный косметический результат оценивался пациентами как отличный. Заключение. Супраорбитальный доступ в нашей группе при адекватном подборе кандидатов доказал свою высокую эффективность и безопасность. Несмотря на малые размеры краниотомии супраорбитальный доступ позволяет адекватно визуализировать необходимые интракраниальные структуры. Эндоскопическая видеоассистенция и ICG-ангиография — это важные дополнительные методы визуализации и контроля в keyhole хирургии аневризм.

### **Особенности терапии беременных с ревматическими заболеваниями (ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, системной склеродермией)**

Каневская М.З. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Успехи в лечении ревматических заболеваний (РЗ) делают проблему фертильности, вынашивания беременности, благополучных родов без осложнений для матери и плода актуальной для многих женщин, страдающих ревматоидным артритом, системной красной волчанкой и даже системной склеродермией и системными васкулитами. При планировании и ведении беременности должны учитываться ее влияние на активность заболевания, влияние РЗ на течение и исходы беременности, особенности развития детей и отдаленные наблюдения, лекарственная терапия на этапе планирования беременности, в период беременности и при лактации. Прием преднизолона и других ГК короткого действия (преднизолон, метилпреднизолон) в дозе не превышающей 15 мг относительно безопасен, не вызывает значительных осложнений у беременной и плода. ГК длительного действия (дексаметазон, бетаметазон) проникают через фетоплацентарный барьер, почти не подвергаясь разрушению. Их применение должно быть ограничено необходимостью создания высокой концентрации ГК в плодной циркуляции при врожденной полной поперечной блокаде у плода. Применение НПВС относительно безопасно в I и во II триместре беременности. Их следует отменить в последнем триместре, поскольку они могут вызывать преждевременное закрытие артериального протока и подавлять родовую деятельность. Достоверного отрицательного влияния аминохинолиновых препаратов на течение беременности и плод нет. Сульфасалазин проникает через плаценту, в связи с чем существует возможность развития у новорожденного ядерной желтухи. Считается, что прием сульфасалазина в дозе не выше 2 г в сутки в сочетании с фолиевой кислотой в течение беременности не представляет опасности для плода. Азатиоприн может назначаться во время беременности, если необходимо контролировать активность заболевания. Применение при беременности метотрексата, лефлюномида, микофенолата мофетила, алкилирующих цитостатиков не используется в течение беременности и должно отменяться за 3–6 мес до ее наступления. Назначать беременным женщинам ГИБТ можно лишь в том случае, если преимущества терапии превышают потенциальный риск для плода. При ССД наиболее опасны варианты диффузной болезни, поражение почек, сердца, легочная гипертензия. Характер терапии должен быть ориентирован на сохранение жизни беременной. Причиной осложненного течения и исходов беременности при РЗ может быть высокая активность, требующая агрессивной терапии, в свою очередь способной вызывать нарушения плацентации. У беременных с активным заболеванием чаще наблюдаются преждевременные роды (до 37-й недели гестации), задержка внутриутробного развития плода (< 2500 г), повышение числа самопроизвольных аборт, повышение риска родоразрешения путем кесарева сечения. Неблагоприятные исходы беременности могут наблюдаться у больных, серопозитивных по аФЛ, Ro/SSA, La/SSB-антителам. Рекомендуется планировать беременность у больных РЗ в фазе ремиссии или низкой активности, при

приеме поддерживающей дозы НПВС и глюкокортикоидов (ГК) и допустимых при беременности препаратов с соблюдением необходимых внешних условий, способствующих благополучному родоразрешению.

### Диагностическая эффективность современных методов анализа генома

Канивец И.В., Коновалов Ф.А., Пьянков Д.В., Хмелькова Д.Н., Толмачева Е.Р., Антоненко А.В., Акимова И.А., Дадали Е.Л., Коростелев С.А.  
Медико-генетический центр «Геномед», Москва

Одной из задач медико-генетического консультирования является установление точного диагноза наследственного заболевания. Она может быть успешно решена при правильной оценке врачом-генетиком клинической картины и фенотипа пациента, а также правильном выборе метода лабораторного исследования. Информация о растущем числе проводимых в различных группах пациентов исследований, таких как хромосомный микроматричный анализ и секвенирование экзона, позволяет предположить увеличение доли этих исследований среди назначаемых пациентам медико-генетических консультаций. Отсутствие рекомендаций, алгоритмов и данных о диагностической эффективности удерживают число таких исследований на достаточно низком уровне, что в конечном итоге снижает качество медико-генетического консультирования.

Целью исследования было определение диагностической эффективности хромосомного микроматричного анализа (ХМА) и секвенирования нового поколения (NGS) у пациентов медико-генетических консультаций.

Материалы и методы: пациентам медико-генетических консультаций, имеющим врожденные пороки развития, малые аномалии развития, умственную отсталость, расстройства аутистического спектра, а также состояния, клинические проявления которых соответствуют заболеваниям с установленной генетической гетерогенностью проводилось обследование с помощью хромосомного микроматричного анализа и клинического секвенирования экзона. В результате анализа данных NGS 1040 пациентов с подозрением на моногенное заболевание причина его была выявлена у 421, не выявлена — у 417, а в 202 случаях по результатам исследования требовалось проведение дополнительного обследования пробанда и/или членов его семьи. В результате ХМА 3211 пациентов с подозрением на хромосомную патологию, включая микроделеционные и микродупликационные синдромы, патогенные вариации числа копий (CNV) были обнаружены у 570 пациентов, вариации с неизвестной клинической значимостью — у 105, 92 пациента имели протяженные участки отсутствия гетерозиготности, у 11 пациентов были обнаружены варианты, имеющие потенциальную клиническую значимость.

Выводы: применение ХМА и NGS в исследуемых группах показало довольно высокую диагностическую эффективность, что позволяет использовать их в большом числе случаев в качестве тестов первой линии. Ожидается, что исследование так называемых панелей генов позволит повысить диагностическую эффективность NGS для определенных групп заболеваний (наследственные эпилепсии, нервно-мышечные заболевания и др.).

### Динамика IPSS после разных видов оперативного лечения ДГПЖ

Карпов В.В., Ответчиков И.Н., Камалов А.А.  
Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Городская клиническая больница № 17, Москва

В настоящее время авторами применяется несколько методов оперативного лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Выявленные различия в процессе восстановления мочеиспускания у пациентов, перенесших тот или иной вид операции, побудили нас выполнить данное исследование. Проанализирована динамика IPSS в послеоперационном периоде у 74 больных, средний возраст которых составил 76,3 года (от 57 до

86 лет). Показаниями к операции было наличие симптоматической ДГПЖ с умеренно выраженными нарушениями уродинамики нижних мочевых путей: количество остаточной мочи от 70 до 200 мл, максимальная объемная скорость потока мочи от 5 до 12 мл/с. До операции у всех пациентов исключалось наличие инфекции мочевыводящих путей. В исследование не включались больные после эпицистостомии. Выбор вида оперативного лечения зависел от размеров, формы роста, особенностей васкуляризации гиперплазированной предстательной железы и конституции больного. В зависимости от вида операции больные были разделены на три группы. В первую группу включено 26 больных, которым была выполнена трансуретральная электрорезекция предстательной железы (ТУРП), во вторую — 23 пациента, перенесших чреспузырную аденомэктомию (ЧПА) по Фрейеру-Фуллеру с погружными гемостатическими швами. Третью группу составили 25 больных после позадилоной аденомэктомии (ПЛА). Самостоятельное мочеиспускание восстанавливали на 1–2 сутки после ТУРП, 2–3 сутки после ПЛА и на 8–10 сутки после ЧПА. Оценка симптомов заболевания и особенностей мочеиспускания в послеоперационном периоде проводилась с помощью международной шкалы оценки заболевания простаты в баллах (IPSS) и качества жизни (QL). Анкетирование проводилось до операции, на 4–5 сутки и на 60 сутки после восстановления самостоятельного мочеиспускания. Выбор сроков обусловлен тем, что на 4–5 сутки после удаления дренажей и восстановления самостоятельного мочеиспускания пациент проходит первичную адаптацию к новым условиям функционирования нижних мочевых путей, а 60 суток являются сроком, на котором у большинства больных происходит эпителизация ложа предстательной железы и происходит полное рассасывание шовного материала.

Получены следующие результаты исследования в группах ТУРП, ЧПА и ПЛА: до операции показатели являлись приблизительно одинаковыми и составили: IPSS — 18,5 (4–32), 19,2 (5–33) и 19,7 (3–35); QL — 3,8 (1–6), 4,3 (2–5) и 4,2 (2–6), соответственно; через 4–5 суток: IPSS — 23,2 (9–35), 26,7 (15–35) и 8,3 (3–22); QL — 4,1 (3–6), 4,9 (4–6) и 3,0 (1–4), соответственно; через 60 суток: IPSS — 6,6 (4–23), 8,6 (4–21) и 5,6 (0–11); QL — 1,2 (0–4), 2 (1–4) и 0,6 (0–3) соответственно.

Таким образом, на ранних сроках у больных после ПЛА расстройства мочеиспускания выражены в значительно меньшей степени, чем у пациентов, перенесших ТУРП ( $p < 0,001$ ) и ЧПА ( $p < 0,001$ ). К 60 суткам после операции балл симптоматики значительно снижается и его значение приблизительно выравнивается во всех трех группах больных. Однако у больных после ЧПА и в поздние сроки сохраняются более высокие значения IPSS и QL, достоверно отличающиеся от значений IPSS у больных, перенесших ПЛА ( $p < 0,01$ ). Результаты свидетельствуют об ухудшении качества мочеиспускания у пациентов, перенесших ТУРП и ЧПА, непосредственно после восстановления мочеиспускания. Это наблюдается за счет сохранения ирритативных расстройств. Следствием является и низкая оценка больными качества жизни. При ПЛА наблюдается удовлетворительное качество мочеиспускания и хорошее качество жизни практически сразу после восстановления самостоятельного мочеиспускания. Мы связываем различия в динамике восстановления мочеиспускания у больных в обследованных трех группах с особенностями выполненных ими оперативных пособий. При ТУРП происходит значительное электротермическое воздействие на рефлексогенную зону задней уретры и шейки мочевого пузыря, последующий некроз и регенерация тканей. ЧПА неизбежно сопряжена с травмой передней стенки мочевого пузыря, повреждением и деформацией шейки, а также с необходимостью дренирования мочевого пузыря эпицистостомой в течение 10–14 дней. ПЛА лишена подобных недостатков.

Заключение: на сегодняшний день ТУРП продолжает оставаться «золотым стандартом» лечения ДГПЖ. Однако после ПЛА наблюдается более быстрая регрессия симптомов, по сравнению с ТУРП и ЧПА. С целью уменьшения ирритативных симптомов и улучшения качества жизни у пациентов после ТУРП и ЧПА целесообразно применять холинолитики и альфа-адреноблокаторы.

## Комбинированное лечение на ранних стадиях асептического некроза головки бедренной кости

Карчевный Н.Н., Загородный Н.В., Абакиров М.Дж., Садков И.А., Новиков С.В., Шпаковский Д.Е., Еремин В.В., Карчевный Д.Н., Петросян А.С., Панин М.А. Российский университет дружбы народов, Городская клиническая больница № 17, Москва

Актуальность. Асептический некроз головки бедренной кости представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Особенностью данной патологии является то, что в подавляющем большинстве случаев она поражает молодых трудоспособных людей. Данное заболевание является наиболее частой причиной эндопротезирования тазобедренного сустава в раннем возрасте. Цель. Оценить эффективность комбинированного лечения (хирургического и медикаментозного) асептического некроза головки бедренной кости на ранних стадиях.

Материал и методы. Лечение пациентов проводилось на базе кафедры травматологии и ортопедии РУДН — городской клинической больницы № 17 г. Москвы. Мы оценили результат лечения 12 пациентов с асептическим некрозом бедренной кости I и II стадий по классификации Steinberg, которая определялась по данным МРТ. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 23 до 42 лет. Всем пациентам проводилось комплексное медикаментозное лечение с применением препаратов группы бисфосфонатов, корректоров метаболизма костной ткани, витаминов, препаратов кальция и витамина Д. Девяти пациентам, у которых была выявлена II стадия заболевания было проведено хирургическое лечение — декомпрессия, костная аутопластика дефекта головки бедра.

Результаты проведенного лечения оценивались через 12 месяцев после начала терапии. Оценка проводилась по шкале Harris, по данным рентгенограмм и МРТ. Результаты. Спустя 1 год после лечения средняя оценка по шкале Harris улучшилась с 50 до 74 баллов. Ни у одного пациента не было выявлено прогрессирование процесса по данным рентгена и МРТ. У 2 пациентов, которые имели I стадию заболевания, была отмечена положительная динамика (уменьшение зоны некроза) по данным МРТ. Одному пациенту в связи со стойким болевым синдромом было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Выводы. Предложенный нами алгоритм лечения асептического некроза головки бедренной кости на ранних стадиях показал свою эффективность через 1 год после проведения лечения, однако требуется оценка состояния пациентов в более отдаленном периоде.

## Малоинвазивный остеосинтез при переломах диафиза плечевой кости

Карчевный Н.Н., Загородный Н.В., Ясин М.И., Новиков С.В., Шпаковский Д.Е., Еремин В.В., Карчевный Д.Н., Петросян А.С., Панин М.А. Российский университет дружбы народов, Городская клиническая больница № 17, Москва

Актуальность. Переломы диафиза плечевой кости составляют около 2,5% переломов костей скелета. В подавляющем большинстве случаев диафизарные переломы плечевой кости происходят от непрямой травмы: падение на кисть вытянутой руки или на локоть. Нередко такой перелом происходит у молодых, трудоспособных пациентов в результате высокоэнергетической травмы, полученной в ДТП, при падении с высоты и т.п. В настоящее время в Москве большая часть переломов диафиза плечевой кости подлечит хирургическому лечению. Предпочтение отдается современным малотравматичным методам остеосинтеза.

Цель. Провести сравнительный анализ результатов хирургических вмешательств при переломах диафиза плечевой кости с применением интрамедуллярных гвоздей с блокированием и пластин, установленных из переднего малоинвазивного доступа.

Материал и методы. Нами были проанализированы отдаленные результаты (6 месяцев после операции) хирургического лечения 40 пациентов с закрытыми диафизарными переломами плечевой кости, оперированных на базах кафедры травматологии и

ортопедии РУДН — ГКБ № 17 и ГКБ № 31 в период с 2014 по 2016 гг. Подавляющее большинство пациентов составили мужчины (34 из 40). Средний возраст больных составил 38 лет. I группу составили 22 пациента, которые были оперированы с применением интрамедуллярных гвоздей с блокированием, а II группу — 18 пациентов, которым был выполнен малоинвазивный остеосинтез пластиной из переднего доступа.

Результаты. Оценка результатов проводилась через 6 месяцев после операции. В I группе было отмечено 2 несращения, которые потребовали ревизионного вмешательства. У 7 пациентов результат нами был оценен, как отличный — полное восстановление функции, у 10 пациентов результат хирургического лечения был хорошим, но отмечались некоторые функциональные нарушения, а у 3 пациентов после интрамедуллярного остеосинтеза был отмечен удовлетворительный результат, то есть были отмечены значительные функциональные ограничения на фоне, однако, полного сращения перелома. Во II группе был выявлен 1 случай несостоятельности фиксации, который потребовал повторной операции. Отличный результат был достигнут у 9 пациентов, хороший также у 7 пациентов и удовлетворительный у 2 больных, у которых имели место очевидные ошибки при проведении послеоперационной реабилитации в амбулаторных условиях.

Выводы. Интрамедуллярный остеосинтез и малоинвазивный остеосинтез пластиной при диафизарных переломах плечевой кости являются современными, эффективными и достаточно безопасными хирургическими методами. По данным исследования оба метода показали сопоставимые результаты, но, по нашему мнению, малоинвазивный остеосинтез пластиной имеет некоторые преимущества. При остеосинтезе пластиной обеспечивается большая ротационная стабильность, а также не происходит травматизация вращательной манжеты плеча, что обеспечивает лучший функциональный результат. Следует отметить, что остеосинтез пластиной является более дешевым методом, что немаловажно в нынешних экономических условиях.

## Результаты реабилитационного лечения детей, больных эпилепсией с нарушением функции движения

Катыженков А.А., Букреева Е.А., Осипова К.В., Лайшева О.А., Сергеев Е.Ю., Притыко А.Г.

Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

У детей раннего возраста, больных эпилепсией, наблюдается нарушение двигательных функций в виде задержки моторного развития. Ранняя реабилитация позволяет эффективно компенсировать нарушения двигательных функций.

Цель: определение эффективности и безопасности применения прикладной кинезотерапии и массажа у детей с симптоматической эпилепсией с нарушением двигательных функций.

Материалы и методы: в настоящее исследование были включены дети раннего возраста с двигательными нарушениями на фоне различных неврологических заболеваний: обследовано 102 ребенка в возрасте от 7 месяцев до 15 лет, средний возраст которых составил 2,7 года. Мальчиков было 59, девочек — 43. У детей наблюдались двигательные и координаторные нарушения. Пациенты были разделены на три группы. В первой группе дети получали только процедуры массажа, во второй — только процедуры кинезотерапии и в третьей группе проводилось комбинированное восстановительное лечение. Курс лечения составил 15–20 дней. Результаты: в первой группе у пациентов отмечалось улучшение моторики, эмоционального состояния и коммуникативной функции у 59%, 89% и 52% пациентов, во второй группе — у 51%, 82% и 50% пациентов, в третьей группе — у 73%, 91% и 61% пациентов соответственно. После восстановительного лечения количества пациентов, относящихся к 4 и 5 уровню по шкале оценки двигательных расстройств заметно уменьшилось вследствие перехода в 1 и 2 группы.

Выводы: использование прикладной кинезотерапии и массажа у детей с симптоматической эпилепсией возможно в ранние сроки

после достижения медикаментозной ремиссии. Получены данные об отсутствии отрицательного воздействия применяемых нами методов реабилитации на течение эпилепсии в стадии медикаментозной ремиссии. Ключевые слова: эпилепсия; педиатрия; прикладная кинезотерапия; массаж.

### Медицинская реабилитация детей с онкологическими заболеваниями

Катыженков А.А., Букреева Е.А., Петриченко А.В., Гусев Л.И., Очкурено А.А., Иванова Н.М., Притыко А.Г.  
Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

Проведение агрессивной лекарственной терапии у детей приводит к развитию последствий, связанных с токсическим действием химиопрепаратов, применением имплантов, обширными резекциями и повреждающим действием ионизирующего излучения на ткани. Целью нашей работы явилось восстановление максимального для остаточных способностей качества жизни пациента, больного злокачественными опухолями.

Материалы и методы: в настоящее исследование вошли дети, больные злокачественными опухолями. Основным показанием к проведению реабилитационного лечения служило снижение качества жизни пациента. Реабилитационное лечение было проведено 88 детям, в возрасте от 9 месяцев до 19 лет, средний возраст — 10,1 года. Мальчиков было 46, девочек — 42. Остеосаркома встречалась в 22,7% случаях, саркома Юинга — в 33,0% случаях, опухоли ЦНС — 13,6%, другие опухоли — 30,7% случаев. Все диагнозы были морфологически подтверждены. Наиболее часто опухолью поражались нижних конечности — 37,5% случаев. У 46,6% больных определялись отдаленные метастазы. Специальное лечение состояло из интенсивной химиотерапии, радикальной операции, лучевой терапии в случае радиочувствительности опухоли. Всем детям, перенесшим противоопухолевое лечение, установлена категория «ребенок-инвалид». Дети получали персонализированное реабилитационное лечение на всех этапах специальной терапии, а также после его окончания — кинезотерапию, комплексы лечебной гимнастики, занятия лечебным плаванием, механотерапию, лазеротерапию.

Результаты: реабилитационные программы показали хорошую переносимость. Живы 49 детей. Умерли 14 детей: 2 — от рецидива болезни, 10 — от прогрессирования, 2 — от токсичности лечения. Выводы: реабилитационные мероприятия должны быть максимально ранними и активными. Восстановительная терапия в комплексном лечении детей, больных солидными злокачественными опухолями, позволяет существенно повысить результаты лечения. Ключевые слова: детская онкология, реабилитация, солидные опухоли

### Современная модель непрерывного медицинского образования по специальности судебно-медицинская экспертиза

Кинле А.Ф., Морозов Ю.Е.  
Российская медицинская академия последиplomного образования, Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ, Москва

Непрерывное медицинское образование (НМО) направлено на обеспечение гарантий предоставления качественных и безопасных медицинских услуг, отвечающих современным международным стандартам медицинской помощи. В России по инициативе Минздрава России, Национальной медицинской палаты и профессиональных медицинских обществ по различным специальностям федеральный пилотный проект «Внедрение НМО» начал в 2013 году с отработки основных принципов внедрения НМО для врачей первичного звена. В соответствии с приказом Минздрава России от 09.06.2015г. №328 НМО проводится Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования и до 2020 года должно охватить врачей всех специальностей и всех вузов. Назначение НМО заключается в обеспечении постоянного обучения медицинских

и фармацевтических работников по программам повышения квалификации в течение всей жизни. Основные принципы НМО: непрерывность процесса (1,5 часа в неделю, краткие циклы по 16 часов); разнообразие образовательных активностей: аудиторские занятия, конференции, семинары, симуляционные курсы, проводимые в режиме реального времени, дистанционное обучение с использованием компьютерных электронных программ, самостоятельная подготовка к последующим тестовым контролем (электронные модули); присвоение кредитов, согласно требованиям международных стандартов; при реализации НМО использовать (не менее 90%) рекомендаций профессиональных медицинских обществ (некоммерческих организаций); комиссионное рассмотрение заявок и результатов независимых экспертиз по оценке соответствия качества Координационным советом (КС) при Минздраве России. В 2016–2020 гг. учет образовательной активности осуществляется самими медицинскими работниками путем регистрации и оформления портфолио, в соответствии с индивидуальным планом обучения, на сайте НМО Минздрава России. Обучение начинается в течение месяца после сертификации. Контроль эффективности НМО проводится через федеральный регистр медицинских работников (ФРМР). Применительно к специальности «Судебно-медицинская экспертиза» каждый врач, судебно-медицинский эксперт и (или) иной специалист, осуществляющий деятельность в сфере судебно-медицинской экспертизы, при обучении по программам НМО должен за год накопить не менее 50 кредитов (50 часов образовательной активности), а за 5 лет — 250 кредитов. До 2018 года квалификация врачей и иных специалистов, осуществляющих деятельность в сфере судебно-медицинской экспертизы, должна быть приведена к международным стандартам. Работодатель при реализации НМО обязан: предоставить время для обучения; оплатить мероприятия и командировочные расходы, связанные с НМО; обеспечить доступ на рабочем месте к бумажным и электронным библиотекам. Насущные задачи для успешной реализации НМО по специальности «Судебно-медицинская экспертиза» заключаются в: мотивировании преподавателей, врачей, судебно-медицинских экспертов и иных специалистов, осуществляющих трудовую деятельность в сфере судебно-медицинской экспертизы, активно использовать НМО для повышения своей квалификации; обеспечения условий и средств для проведения НМО; предоставлении возможности получать доступное НМО, соответствующее стандартам качества.

### Кисты селезенки у детей

Киргизов И.В., Шишкин И.А., Апросимова С.И., Гайдаенко А.Е.  
Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Кистозные образования селезенки составляют редкую разнородную группу, в зависимости от этиологии кист и методов их лечения. Целью исследования является анализ собственного опыта ведения больных с этой патологией. Наблюдались 27 пациентов с кистозными заболеваниями селезенки, возраст детей составил от 2-х до 17 лет, девочек наблюдалось 19, мальчиков 8. При данной патологии мы придерживаемся определенного алгоритма обследования и лечения пациентов. При выявлении аваскулярного кистозного образования селезенки у детей размерами до 3 см (7 детей) проводим динамическое наблюдение с контролем УЗИ с доплерографией раз в 6 месяцев. У 4 детей кисты в селезенке при повторных исследованиях не визуализировались. У 2-х детей роста кисты в течении 2-х лет не наблюдалось, дальнейшую судьбу детей отследить не удалось. У 1 ребенка киста увеличилась до 5 см. При увеличении или обнаружении кисты от 5 см дополнительно проводим КТ в/в контрастированием или МРТ исследование. При аваскулярном кистозном образовании от 5 см и периферическом расположении очага (близко к капсуле) проводилась лапароскопическая фенестрация кисты с обработкой ее полости электрокоагулятором в режиме биполярной коагуляции (17 детей) и обязательным гистологическим исследованием стенки кисты. Из них истинная киста наблюдалась у

13 детей. Образования имели округлый характер, эпителиальную выстилку по результатам гистологического исследования. У 3-х детей отмечались посттравматические ложные кисты. В анамнезе от года и более отмечалась травма живота. Кисты имели неправильные очертания, перегородки. При проведении лапароскопии и фенестрации кисты, содержимое кист было бурого или темно-коричневого цвета. Гистологическое исследование подтвердило характер кист. При центрально расположенных кистах, залегающих в толще паренхимы органа, размером от 5 см проводили чрезкожную пункцию, катетеризацию кисты подключичным катетером под контролем УЗИ с последующей аспирацией содержимого и склерозированием полости 96% спиртом в течении 5 минут, эвакуацией спирта и созданием отрицательного давления (3 больных).

Результаты: во всех случаях операции носили органосохраняющий характер. Осложнений проведенного лечения не было. В 2-х случаях отмечался рецидив кисты после лапароскопической фенестрации, потребовавший повторной лапароскопической резекции «крыши» и коагуляции полости. Склерозирование в нашем случае оказалось вполне успешным, но потребовало проведения от 3 до 5 сеансов повторного введения склерозанта.

### Двухэнергетическая МСКТ в диагностике мочекаменной болезни

Климкова М.М., Синицын В.Е., Мазуренко Д.А.  
Городская клиническая больница им В.В.Вересаева, Москва

Цель: исследование посвящено анализу диагностической значимости двухэнергетической МСКТ и внутривенной урографии при планировании операции у больных с нефролитиазом.

Материалы и методы: в ретроспективное исследование было включено 234 больных с крупными коралловидными камнями, которым проводили чрезкожную нефролитотомию. Первой группе пациентов (n=111) для постановки диагноза проводилась двухэнергетическая МСКТ на аппарате GE, тогда как во второй группе (n=123) была проведена внутривенная урография.

Результаты: средняя продолжительность процедуры чрезкожной нефролитотомии в группах пациентов с крупными коралловидными камнями, которым проводилась двухэнергетическая МСКТ и внутривенная урография составила соответственно  $64 \pm 5$  мин и  $73 \pm 6$  мин, при этом показатель характеризовался достоверно значимыми различиями в данных группах ( $p < 0,05$ ). Рассчитанные значения средней продолжительности дальнейшего пребывания больных в стационаре в группе больных, которым проводили МСКТ, также характеризовались достоверно низкими значениями в сравнении с группой больных, которым проводили внутривенную урографию и составили соответственно  $5,05 \pm 0,4$  сут и  $5,55 \pm 0,5$  сут ( $p < 0,05$ ). Показатель послеоперационной 2-летней безрецидивной выживаемость в группе пациентов, которым проводили двухэнергетическую МСКТ, составил 64,0% и был достоверно выше в сравнение с группой больных, которым проводили внутривенную урографию, в котором показатель составил 59,5%. Данные различия могли быть обусловлены меньшими кровопотерями и меньшим количеством резидуальных камней после операции. Так, в группе больных, которым проводилась внутривенная урография, двоим пациентам потребовалось переливание крови во время хирургического вмешательства, тогда как в группе больных с проведением двухэнергетической МСКТ необходимость в трансфузии крови отсутствовала.

Общий вывод: Проведенное ретроспективное исследование показало, что двухэнергетическая МСКТ дает точную информацию о форме, размерах, составе и локализации камней у пациентов при мочекаменной болезни, позволяя точно определить предоперационный диагноз и спланировать хирургическое лечение. В сравнение с внутривенной урографией двухэнергетическая МСКТ показала достоверно более низкие продолжительность процедуры чрезкожной нефролитотомии и уровень осложнений при проведении вмешательства, а также снижение средней продолжительности пребывания больных в стационаре.

### Лабораторная диагностика нарушений гемостаза в многопрофильном стационаре

Лычичикова Е.В., Вахтель В.П., Тазина Е.В., Сергеева Е.В.  
Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва

Лабораторная диагностика (греч. *diagnostikos* — способный распознавать) — одно из направлений современной медицины, без которого трудно представить работу врача любой клинической специальности. Лабораторные анализы выполняются значительно чаще, чем другие дополнительные методы обследования, такие как рентгенодиагностика, ультразвуковая диагностика, эндоскопия и др. В многопрофильном стационаре с ургентной патологией одной из важнейших проблем для хирургов и терапевтов, гинекологов, анестезиологов и реаниматологов, травматологов, кардиохирургов и трансфузиологов остается патология гемостаза. По литературным данным, различные нарушения гемостаза развиваются в 25–35% случаев у больных при критических состояниях. Патологические изменения в системе гемостаза возникают в результате проникающих ранений сердца и магистральных сосудов, механических травм, профузных желудочно-кишечных кровотечений, заболеваний печени, а также при кардиохирургических и торакальных оперативных вмешательствах. На фоне различной ургентной патологии и многокомпонентной медикаментозной терапии своевременная диагностика нарушений гемостаза является особенно актуальной. Лабораторная диагностика оценки системы гемостаза при ургентной патологии должна быть направлена на решение следующих задач: скрининг гемостаза в предоперационном периоде для предупреждения послеоперационных кровотечений и тромбозов; определение причин различных видов кровотечений или тромбозов; контроль безопасности и эффективности терапии антикоагулянтами и антиагрегантами. Клинико-диагностическая лаборатория НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского выполняет исследования гемостаза для больных с различной ургентной патологией. В перечень показателей, выполняемых лабораторией, входят следующие тесты: АЧТВ, протромбин (по Квику) и МНО, фибриноген, протромбин С, антитромбин III, пламиноген, XIIa-зависимый фибринолиз, РКФМ-тест, тромбиновое время, Д-димер, волчаночный антикоагулянт, агрегационная способность тромбоцитов и тромбозастрограмма (ТЗГ). В настоящее время отсутствует единая концепция диагностики нарушений системы гемостаза у больных при ургентных состояниях. В практике использование рутинных показателей (АЧТВ, протромбин, фибриноген и тромбиновое время) не всегда объективно отражает происходящие процессы и может ввести врача клинициста в заблуждение при диагностике нарушений гемостаза. Очень часто поздняя диагностика снижает шансы больного на выздоровление. Все это значительно затрудняет практическую деятельность клинициста в борьбе за жизнь пациента в критическом состоянии. Принцип диагностики нарушений в системе гемостаза должен строиться на поэтапности исследований от скрининга к узкоспецифичным тестам. Современные возможности лабораторной диагностики патологии гемостаза требуют грамотного подхода в выборе аналитической системы, с одной стороны, из-за бурного развития фармакологии в области антикоагулянтной терапии. Также необходим высокий профессионализм врача клинической лабораторной диагностики. Врач клинической лабораторной диагностики (КЛД) должен быть активным участником диагностического процесса, а не исполнителем назначений лечащего врача. Необходимо предоставить врачу КЛД возможность расширять объем проводимых исследований, что позволит ускорить процесс лабораторной диагностики и сократит количество осложнений, связанных с патологией системы гемостаза. Таким образом, необходимо расширять спектр лабораторных исследований для больных с ургентной патологией с целью улучшения обследования и выявления нарушений в системе гемостаза с дальнейшим проведением адекватной патогенетической терапии. Также необходима максимальная информированность диагностических служб о ситуации с пациентом и коллегиальность в принятии решений. Все это позволит повысить качество лабораторного обследования пациентов с ургентной патологией многопрофильного стационара.

## Новый подход к контролю за эффективностью лечения часто болеющих детей

Ключникова И.В., Панков Д.Д.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Недостаточная компетентность отдельных сосудистых и вегетативных центров ведет к возникновению дисрегуляторных феноменов в виде снижения адаптации организма к экзогенным и эндогенным воздействиям. Одним из проявлений дисрегуляторного синдрома у детей являются частые респираторные инфекции, которые выливаются в острую медико-социальную проблему часто длительно болеющих детей. В основу настоящей работы положен анализ данных, полученных в результате комплексного клинико-инструментального обследования 50 детей, отнесенных в группу ЧБД в возрасте от 3-х до 15 лет. Наблюдение проводилось в условиях дневного стационара Детской городской поликлиники № 150 Департамента здравоохранения города Москвы. Для объективизации контроля за вегетативной нервной системой у всех больных этой группы осуществлялся мониторинг состояния ее тонуса и реактивности по индексу Кердо. До начала лечения вегетативный статус пациентов характеризовался симпатикотонией, как проявление саногенетических усилий организма. При качественной оценке структуры диаграмм, отражающих исследование ВНС, была явно выражена (у 42 детей — 84%) гиперсимпат-котония с ослаблением реактивности. При этом у 19 детей (38%) эти изменения ВНС отмечались на фоне формирования гиперкинетического типа кровообращения, у 18 детей (36%) отмечалась нестабильность сердечного выброса. После обследования пациентов и уточнения типа вегетативных и сосудистых дисфункций в дневном стационаре индивидуально подбирали метод медикаментозного лечения; витаминотерапия; физиотерапия, ЛФК. К концу курса лечения выраженность симпатикотонии достоверно уменьшилась, что, видимо, отражало уменьшение прессинга со стороны патогенетических механизмов. Однако, переходя от групповой к индивидуальной, качественной оценке диаграмм, отражающих исследование ВНС, можно условно констатировать, что заметная нормализация тонуса и реактивности ВНС была явно представлена у 42 пациентов (85%), а у 8 детей (15%) она на качественном уровне была заметна значительно меньше, что отражало клиническую характеристику течения заболевания. Данный факт позволяет полагать, что в целом используемый нами подход к лечению этой группы детей был выбран правильно, но, конечно, индивидуальные особенности у 15% пациентов потребовали дополнительных и более длительных усилий. Следовательно, оценка индекса Кердо и МОК в большей степени, чем другие методики, использованные в данном исследовании, отражает клиническую динамику состояния пациентов на фоне лечения в ДС и позволяет ее количественно объективизировать. Таким образом следует сделать следующие выводы: 1. У большинства детей из группы часто длительно болеющих имеет место дисрегуляторный синдром. 2. Всем часто длительно болеющим детям целесообразно исследовать реактивность ВНС по индексу Кердо и использовать его как индикатор правильно подобранной терапии.

## Влияние комбинированной терапии мезенхимальными стромальными клетками костного мозга и азатиоприна на клиническое течение болезни Крона

Князев О.В., Каграманова А.В., Лищинская А.А., Бабаян А.Ф., Фадеева Н.А., Конопляников А.Г., Парфенов А.И.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба, Обнинск, Москва

Одним из новых перспективных методов лечения болезни Крона (БК) является биологическая терапия с применением мезенхимальных стромальных клеток (МСК) костного мозга. В ряде случаев одновременно с МСК больные получают сопутствующую иммуносупрессивную терапию. Установлено, что

иммуномодулирующие препараты (азатиоприн, метотрексат, 6-меркаптопурин, инфликсимаб), независимо от концентрации, не влияют на жизнеспособность, дифференцировку, фенотип и способность МСК подавлять пролиферацию моноклеонарных клеток периферической крови. Однако исследования, проведенные Huang HR et al. продемонстрировали, что ИФЛ оказывал минимальное воздействие на пролиферацию МСК, апоптоз и их клеточный цикл, в то время как азатиоприн ингибировал пролиферацию клеток и индуцировал апоптоз МСК in vitro.

Целью нашей работы явилось изучение влияния комбинированного применения МСК костного мозга и азатиоприна (АЗА) на клиническое течение БК. Материалы и методы. 34 больных с люминальной формой БК разделили на две группы. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Me-29) (n=15) получала противовоспалительную терапию с применением культуры МСК 2 млн/кг + АЗА 2 мг/кг. Вторая группа больных БК (n=19) в возрасте от 23 до 60 лет (Me-31) получала МСК в соответствии с рекомендуемой схемой (без АЗА). Культура МСК вводилась трижды в течение месяца с интервалом 1 неделя через 6 месяцев с момента первого введения МСК. Исходный средний индекс активности болезни Крона (ИАБК) в первой группе составил 337,6±17,1 балла, во второй — 332,7±11,0 баллов (p=0,3). Оценку эффективности терапии осуществляли через 12, 24 и 36 месяцев.

Результаты. Через 12 месяцев в первой группе больных БК рецидив произошел у 1 больного БК (6,6%), во второй — у 2 (10,5%) (OR-0,63, 95% ДИ 0,06-6,34, p=0,82). Средний ИАБК в первой группе больных БК составил 99,9±10,8 балла, во второй — 100,6±12,1 балла (p=0,8). Через 24 месяца в первой группе больных рецидив БК произошел у 3 пациентов (20,0%), во второй — у 4 (21,05%) (OR-0,95, 95% ДИ 0,25–3,61, p=0,72). Средний ИАБК в первой группе больных БК составил 133,2±28,3 балла, во второй — 120,8±15,5 балла (p=0,2). Через 36 месяцев в первой группе больных БК рецидив произошел у 5 больных БК (33,3%), во второй — у 6 (31,6%) (OR-1,06, 95% ДИ 0,4–2,8, p=0,79). Средний ИАБК в первой группе больных БК составил 139,9±23,4 балла, во второй — 141,7±20,8 балла (p=0,9). Вывод. В течение трех лет наблюдения у пациентов, получавших одновременно МСК и АЗА и у пациентов, получавших только МСК, не было отмечено различия в частоте рецидивов и активности БК.

## Эффективность лечения пациентов с люминальной формой болезни Крона мезенхимальными стромальными клетками костного мозга — 7 лет наблюдения

Князев О.В., Каграманова А.В., Фадеева Н.А., Лищинская А.А., Ручкина И.Н., Бабаян А.А., Болдырева О.Н., Конопляников А.Г., Парфенов А.И.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба, Обнинск, Москва

Антицитокинотерапия анти-ФНО-α препаратами способствует достижению стойкой ремиссии болезни Крона (БК). Для лечения БК также используют мезенхимальные стволовые клетки (МСК). Цель: изучить долгосрочную эффективность (7 лет) терапии мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга у больных с люминальной формой болезни Крона (БК).

Материалы и методы. 80 больных БК с люминальной формой БК (терминальный илеит, колит и илеоколит) разделили на две группы. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Me-29) (n=34) получала культуру МСК по схеме (0-1-2-3, затем каждые 26 недель). Вторая группа больных БК (n=46) в возрасте от 20 до 62 лет (Me-28) получала стандартную противовоспалительную терапию препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), глюкокортикостероидами (ГКС) и иммуносупрессорами (ИС). Оценку эффективности терапии по уровню индекса активности болезни Крона (ИАБК) осуществляли через 12, 24, 36, 48, 60, 72 и 84 месяцев от начала терапии.

Результаты. Среди больных 1-й группы рецидив заболевания в

течение 12 месяцев наблюдения произошел у 4/36 пациента (11,76%). Во 2-й группе рецидив заболевания произошел у 5/46 (10,8%) ( $p=0,82$ ). Через 24 месяца в группе больных (1-я группа), получающих МСК, рецидив заболевания произошел у 6/34 (17,6%). Во 2-й группе рецидив заболевания у 19/27 (41,3%) ( $p=0,044$ ). Через 36 месяцев в 1-й группе больных рецидив заболевания у 11/34 (32,3%). Во 2-й группе рецидив у 29/46 (63,1%) ( $p=0,01$ ). Через 48 месяцев в 1-й группе, получающих МСК, рецидив у 15/34 (44,1%). Во 2-й группе рецидив у 33/46 (71,7%) ( $p=0,023$ ). Через 60 месяцев в 1-й рецидив у 19/34 (55,9%). Во 2-й группе рецидив у 40/46 (86,9%) ( $p=0,004$ ). Через 72 месяца в 1-й группе рецидив у 25/34 (73,5%). Во 2-й группе рецидив заболевания у 45/46 (97,8%) ( $p=0,001$ ). Через 84 месяца в 1-й группе рецидив заболевания произошел у 29/34 (85,3%). Во 2-й группе больных рецидив заболевания произошел у 46/46 (100,0%) ( $p=0,011$ ). Выводы. Трансплантация МСК способствует поддержанию более длительной клинической ремиссии у больных с люминальной формой болезни Крона по сравнению с терапией ГКС/ИС.

### Острые отравления нефтепродуктами в детском возрасте

Коваленко Л.А., Суходолова Г.Н., Страхов С.И., Ковальчук А.С., Скрылева Л.П., Долгинов Д.М.  
Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Цель — изучить общую клинико-статистическую характеристику острых отравлений нефтепродуктами у детей.

Материал, методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 114 больных в возрасте 1 — 15 лет с отравлением нефтепродуктами (органические растворители, жидкость для розжига костров, бензин, керосин), находившихся на стационарном лечении в отделении токсикологии ГБУЗ ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы в 2015 и 2016 годах. Оценена клиническая, лабораторная и статистическая характеристика заболевания.

Результаты. Из полученных данных следует, что 68% пострадавших были дети в возрасте до 3 лет. В 25% случаев — от 3 до 6 лет и в 7% случаев — старше 6 лет. Экспозиция принятого вещества составила от 2 до 24 часов. На догоспитальном этапе у 50% детей отмечался кратковременный сухой кашель, в 35% случаев — самостоятельная многократная рвота. У 10 детей отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр, жалобы на одышку через 5 и более часов с момента поступления яда в организм. При поступлении у всех пострадавших имели место аускультативные изменения в легких: жесткое или ослабленное дыхание, выслушивались проводные или сухие хрипы. На этом фоне у 26% пострадавших в течение первых 48 часов развивалась токсическая пневмония. У 24 детей имел место интерстициальный отек легочной ткани, у 48 больных регистрировалось сосудистое полнокровие. В 10% случаев пациенты поступали в отделение в тяжелом состоянии с признаками дыхательной недостаточности, нарушениями кислотно-основного и газового состава крови. Показатели  $pCO_2$  колебались от 36,6 до 28,2 ммHg (норма от 45-55 ммHg), BE от -2,9 до -6,1 ммоль/л (норма -2,2-2,5 ммоль/л), лактат от 1,8 до 4,1 ммоль/д (норма до 1,6 ммоль/л). Более чем в 50% наблюдений у пациентов имел место лейкоцитоз от  $11 \times 10^9$ /л до  $22,8 \times 10^9$ /л, увеличение ЛПИ от 1,4 до 4,1 усл. В единичных случаях у пациентов отмечалось повышение АСТ и амилазы в сыворотке крови. Выводы. Проведенное исследование показало, что чаще всего острые пероральные отравления нефтепродуктами встречаются у детей раннего возраста. При этом ведущим синдромом в клинике отравления является поражение бронхолегочной ткани с высоким риском развития отека легких или токсической пневмонии. Таким образом, все дети с отравлением нефтепродуктами нуждаются в обязательной госпитализации и динамическом наблюдении в течение первых 48 часов заболевания вне зависимости от наличия или отсутствия клинических проявлений отравления.

### Индивидуальный график прививок у часто болеющих детей

Ковригина Е.С., Ключникова И.В., Аксенова Н.С.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Выделяемая в педиатрии общность часто болеющих детей (ЧБД) является диспансерной группой, подлежащей активной врачебной тактике в связи с транзиторными корригируемыми изменениями в иммунном ответе на респираторные антигены. Инфекционные процессы у этих детей носят смешанный вирусно-бактериальный характер, многие из них имеют хронические заболевания верхних дыхательных путей, лимфоаденопатию, носительство патогенных микроорганизмов в ротоносоглотке. Чаще всего отмечается колонизация слизистых оболочек стафилококками, стрептококками (в том числе пневмоническими), гемофильной палочкой типа b, моракселлой катарралис, энтеробактериями, микоплазмами. Такие изменения микробиоценоза слизистых верхних дыхательных путей способствуют поддержанию воспалительного процесса, нарушению целостности эпителиального барьера, усугубляют антигенное воздействие и провоцируют хроническую интоксикацию. Помимо немедикаментозной профилактики и терапевтических воздействий на заболеваемость детей с рецидивирующими инфекциями, важным вопросом их реабилитации является вакцинопрофилактика. Частые респираторные инфекции не входят в перечень противопоказаний к проведению профилактических прививок. Ожидание полного выздоровления от респираторной инфекции и периода реконвалесценции удлиняет интервалы между прививками и в итоге сопровождается следующим инфекционным эпизодом. Если заболевание совпадает с декретируемым сроком плановой прививки, вакцинация откладывается только до клинического выздоровления и нормализации температуры. Кроме того, детям из группы ЧБД показаны не только полная реализация прививочного календаря, но и дополнительная вакцинация против гемофильной, пневмококковой и менингококковой инфекций. Вакцинация против этих возбудителей у дошкольников и школьников проводится однократно. Обязательной для детей этой группы является вакцинация против гриппа, которая дополнительно сокращает частоту вирусных инфекций другой этиологии за счет индукции выработки интерферона. Российскими инфекционистами (С.М. Харит и соавт.) было показано, что исходные особенности иммунного статуса детей из группы ЧБД не влияют на адекватность специфического иммунного ответа, что свидетельствует о существовании резервных функциональных возможностей иммунной системы указанной группы детей. В настоящее время эти вакцины доступны московским детям, поскольку прививка против гемофильной инфекции входит в Региональный прививочный календарь г. Москвы, а прививка против пневмококковой инфекции включена в Национальный календарь вакцинации по эпидемиологическим показаниям для детей старше двух лет.

### Особенности стадирования рака мочевого пузыря

Ковылина М.В., Прилепская Е.А., Тупкина Н.В., Цыбуля О.А., Рева И.А.  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность: гистологическая система стадирования является наиболее важным прогностическим фактором рака мочевого пузыря. Стадирование уротелиальной карциномы является предметом дискуссий с момента внедрения в 1973 году трехступенчатой системы стадирования уротелиальной карциномы мочевого пузыря.

Цель: оптимизировать гистологическую систему стадирования уротелиальной карциномы.

Материалы и методы: проведен анализ литературы, посвященный оценке диагностической значимости, вариабельности и межнаблюдательной воспроизводимости имеющихся на сегодняшний день классификаций уротелиального рака мочевого пузыря: 1 — классификации 1973 г., 2 — классификации



1998 г., 3 — классификации 1999 г., 4 — классификации 2004 г., а также значимости иммуногистохимических исследований при наличии уротелиальной карциномы высокой степени злокачественности.

Результаты: предложенная в 1973 г. классификация является наиболее распространенной и проверенной временем методом стадирования опухолей мочевого пузыря. В 1998 году система стадирования была модифицирована Международной ассоциацией уропатологов. В 1999 году организация ВОЗ утвердила новую классификацию, эта классификация осталась трехступенчатой, отличаясь от ранее предложенных тем, что опухоли подразделялись на папиллому, папиллярную уротелиальную опухоль с низким потенциалом злокачественности, уротелиальную карциному 1, 2 и 3 степени злокачественности. Определение папилломы являлось одинаковым во всех этих классификациях. В 2004 году новая классификация ВОЗ, в которой неинвазивные уротелиальные опухоли подразделяются на папиллому, папиллярную уротелиальную опухоль с низким потенциалом злокачественности, карциному низкой и высокой степени злокачественности. Все предложенные системы градации имели ту или иную степень субъективности и межнаблюдательной воспроизводимости, однако воспроизводимости между неизвестными друг с другом патологами была намного больше, чем в группах патологов, которые учились или работали вместе. Важной задачей классификации ВОЗ 2004 года было предоставить детализированное объяснение гистологических критериев для каждой диагностической категории и, таким образом, улучшить воспроизводимость между разными патологами. Однако улучшения воспроизводимости между патологами по сравнению с классификацией ВОЗ 1973 года не было зафиксировано. Более того, отмечена лучшая воспроизводимость среди патологов классификации ВОЗ 1973 по сравнению с классификациями ВОЗ 2004 и ВОЗ 1999. Воспроизводимость с диагнозом «папиллярная уротелиальная опухоль с низким потенциалом злокачественности» составила всего 48%. В тоже время воспроизводимость классификации ВОЗ 1973 уротелиальных опухолей также проблематична. Наибольшую критику этой системы вызывает неопределенность критериев диагностики в разделении трех степеней уротелиальной карциномы. Стандартные прогностические факторы, такие как патологическая стадия и степень клеточной анаплазии, имеют ограничения в возможности предсказать течение болезни у пациентов, не отражая индивидуальный биологический потенциал и поведение опухоли. Поэтому важным представляется определение молекулярно-биологических маркеров, которые могут объяснить клиническую гетерогенность этих летальных опухолей.

Выводы: стандартизация системы стадирования поверхностного рака мочевого пузыря позволяет валидизировать сравнение результатов лечения в разных центрах. Введение классификации 2004 года является первым шагом в стандартизации лечения и режимов наблюдения, однако все предложенные ВОЗ классификации имеют недостатки, обусловленные значительной гетерогенностью среди папиллярных уротелиальных опухолей. Значительная межнаблюдательная воспроизводимость между папиллярной уротелиальной опухолью с низким потенциалом злокачественности и папиллярной уротелиальной карциномой низкой степени злокачественности указывают на нецелесообразность выделения отдельной диагностической категории «папиллярная уротелиальная опухоль с низким потенциалом злокачественности». Для уротелиальной карциномы высокой степени злокачественности в отношении оценки риска прогрессирования и рецидивирования группы актуально применение молекулярных биомаркеров, однако последние требуют дальнейшего тщательного изучения. Ключевые слова: уротелиальная карцинома мочевого пузыря; гистологическая система стадирования; воспроизводимость; прогноз; рецидив; маркеры; иммуногистохимическое исследование. Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ МК-6070.2015.7

## Современные подходы к диспансерному наблюдению пациентов с ретинопатией недоношенных

Коголева Л.В.  
Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Актуальность. Принятые меры по улучшению организации офтальмологической помощи недоношенным детям позволили существенно снизить число тяжелых исходов заболевания. Однако остается ряд нерешенных вопросов, к которым относится проблема диспансерного наблюдения пациентов с РН.

Цель работы — выявить основные факторы нарушения зрения при РН и разработать подходы к диспансерному наблюдению. Материал и методы. Работа основана на результатах обследования 655 детей с РН (1307 глаз) в возрасте 4 — 18 лет в период с 1994 по 2015 гг. Из них 242 ребенка (484 глаза) наблюдались авторами в динамике, начиная с активной фазы РН с 4 — 6 нед. жизни до 5 — 18 лет. Всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование, включая современные методы диагностики и визуализации клинико-анатомического и структурного состояния глаз, электрофизиологические и психологические методы оценки зрительных функций.

Результаты. Выявлена высокая зависимость остроты зрения от степени РН: при I степени регрессивной ретинопатии острота зрения варьировала в среднем от 0,6 до 1,0 (резко снижаясь при сопутствующем поражении центральной нервной системы); при II степени — от 0,3 до 1,0, а при III — от 0,1 до 0,8. При IV степени РН в зависимости от вовлечения в патологический процесс макулярной зоны острота зрения колеблется от светоощущения до 0,1–0,2. При V степени можно рассчитывать лишь на остаточное светоощущение. Анализ особенностей структурно-функционального состояния макулы показал, что у недоношенных детей, тем более у детей с РН, происходит «запаздывание» в формировании макулы с несовершенством ее функций в более старшем возрасте. Степень этих нарушений зависит как от глубины недоношенности и структурной несостоятельности сетчатки, так и от депривационного влияния на развитие макулы сопутствующих рефракционных и глазодвигательных нарушений. Одной из частых причин снижения остроты зрения у недоношенных детей являются аномалии рефракции (75–80%), среди которых в большинстве случаев (72%) определяется миопия (у 27% — миопия высокой степени). Влияние аномалий рефракции на развитие макулы у детей с РН не вызывает сомнений, что требует своевременной адекватной очковой или контактной коррекции уже в раннем сенситивном периоде. Большую роль в нарушении зрения у недоношенных детей играет сопутствующая патология проводящих зрительных путей и ЦНС, приводящая к частичной или полной атрофии и гипоплазии зрительного нерва, обнаруженная нами в 34,5% случаев (451 из 1307 глаз). Для оценки и прогнозирования зрительных функций у детей с РН уже на первом году жизни необходимо проведение электрофизиологических исследований. Несмотря на то, что рубцовая фаза РН — относительно стабильное состояние, при всех степенях заболевания могут развиваться поздние осложнения, спектр и сроки развития которых широко варьируют. Развитие поздних осложнений выявлено нами на 388 из 1267 глаз (30,6%), их частота увеличивалась по мере нарастания степени тяжести РН: от 12% при минимальных остаточных изменениях до 64,2% при V степени РН.

Выводы. 1. Основными факторами нарушений зрения при РН являются: 1) степень остаточных изменений на глазном дне в рубцовой фазе РН; 2) поздние осложнения; 3) сопутствующая патология проводящих путей и высших отделов зрительного анализатора; 4) сопутствующая патология глаз; 5) рефракционные и глазодвигательные нарушения; 6) функциональная несостоятельность сетчатки вследствие недоношенности и/или последствий перенесенной РН. 2. Для обеспечения высоких функциональных исходов, необходим комплексный

подход к профилактике и коррекции нарушений зрения у детей разного возраста, перенесших РН, организации пожизненного диспансерного наблюдения пациентов с любой степенью РН и индивидуального подхода к медицинской и социальной реабилитации. 3. Диспансерное наблюдение пациентов с РН включает в себя этапы оказания комплексной специализированной медицинской помощи не только со стороны офтальмологов, но и педиатров (в дальнейшем — терапевтов), невропатологов, коррекционных педагогов и врачей других специальностей при наличии сопутствующей патологии, что может существенно повысить качество жизни пациентов и уменьшить частоту инвалидности по зрению.

### **Современные подходы к диагностике синдрома двигательных нарушений, сочетающегося с когнитивным дефицитом и эпилепсией (синдром дефицита транспортера глюкозы I типа) у пациентов неврологического отделения детского стационара**

Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Айвазян С.О., Осипова К.В., Сушко Л.М., Лукьянова Е.Г., Пырьева Е.А., Притыко А.Г.  
Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

В последнее время увеличилось число больных, наблюдаемых врачами-эпилептологами по поводу пароксизмальных состояний эпилептической и неэпилептической природы с резистентным к антиэпилептическим препаратам (АЭП) течением. Одним из них является синдром дефицита транспортера глюкозы, впервые описанный Де Виво в 1991г. В связи с внедрением в клиническую практику новых молекулярно-генетических методов диагностики появилась возможность обследовать ранее не диагностированных пациентов с клиническими критериями, указывающими на данный синдром. Синдром дефицита транспортера глюкозы тип 1 (GLUT1 deficiency syndrome, болезнь Де Виво, OMIM #606777, ORPHA71277) характеризуется развитием ранней детской энцефалопатии, симптоматической эпилепсии с резистентностью к противоэпилептическим препаратам, формированием микроцефалии, психомоторной задержкой со спастичностью, атаксией, дизартрией и альтернирующей гемиплегией. Распространенность данной патологии в настоящее время неизвестна. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, низкой концентрации глюкозы в спинномозговой жидкости (СМЖ) и нормальных показателей глюкозы в крови (<60 мг/дл во всех случаях, зарегистрированных на сегодняшний день; <40 мг/дл в > 90%; 41–52 мг/дл в ~ 10%). SLC2A1 — единственный ген, мутации в котором связаны с развитием синдрома дефицита GLUT1. Обнаружение мутаций в гетерозиготном или биаллельном состоянии в гене SLC2A1 подтверждает диагноз. В психоневрологическом отделении ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ» наблюдались 6 пациентов с подтвержденным синдромом дефицита GLUT1. На проведение ДНК-исследования было получено разрешение Этического комитета ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого» ДЗМ после подписания родителями добровольного информированного согласия. Диагноз синдрома дефицита GLUT1 у 4 пациентов основывался на клинических критериях: фармакорезистентная эпилепсия, двигательные и интеллектуальные расстройства, данных биохимического анализа спинномозговой жидкости (снижение уровня глюкозы ниже порогового уровня — 2,0 ммоль/л) и обнаружении патогенных мутаций в гене SLC2A1 при проведении таргетного секвенирования. Двум больным диагноз установлен исключительно по клиническим критериям, поскольку не было получено информированное согласие на генетическое тестирование. Учитывая отсутствие эффекта от гормональной терапии

и антиконвульсантов, кетогенная диета является методом патогенетической терапии, позволяющим уменьшить клинические проявления: купирование судорог, улучшение речи и движений. Кетоновые тела проникают через гематоэнцефалический барьер посредством другого белка транспортера и, таким образом, обеспечивают мозг необходимым количеством энергии для метаболизма. Кетогенная диета, как правило, хорошо переносится пациентами и чем раньше установлен диагноз и назначена патогенетическая терапия, тем лучше эффект. Приступы купируются у всех, но психоневрологический дефицит в виде дискоординации и дизартрии сохраняются. У наблюдаемых нами пациентов выявлены разные по типу мутации в гене SLC2A1. В связи с малым числом наблюдений не представляется возможным провести гено-фенотипические корреляции. При выявлении мутации в гене SLC2A1 у пробанда рекомендуется проведение молекулярно-генетического тестирования его родителей, поскольку родители могут иметь субклиническую форму заболевания. Медико-генетическое консультирование семьи обязательно при планировании следующей беременности. Тип наследования аутосомно-доминантный, риск передачи патогенной мутации от родителей к ребенку составляет 50%.

### **Эндопротезирование тазобедренного сустава у детей и подростков.**

Козлов А.С., Кузин А.С., Махров Л.А., Моисеев С.Н., Трубин И.В.  
Российская детская клиническая больница, Москва

Эндопротезирование тазобедренного сустава в подростковом возрасте имеет строгие показания. 1. Двустороннее поражение. 2. Сочетанное поражение тазобедренного сустава и позвоночного столба. 3. Поражение тазобедренного сустава в комбинации с другими суставами нижних конечностей. 4. Коксартроз 3-4 степени. Учитывая возраст пациентов и необходимость в течении жизни проведения операций ревизионного эндопротезирования, использовались эндопротезы фирмы Эскулап проксимальной фиксации, в основе философии которых лежат костесберегающие технологии. В отделении травматологии и ортопедии Российской детской клинической больницы с 2010 по 2015 год находился на лечении 21 пациент в возрасте от 14 до 17 лет, которым выполнено 27 оперативных вмешательств по тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава. Четырем пациентам было выполнено двустороннее эндопротезирование. Все больные разделены на две группы. Первая группа — 16 пациентов поступили с диспластическим коксартрозом, все дети ранее неоднократно оперированы по поводу врожденного вывиха бедра, два ребенка имели двустороннее поражение. Одна больная со спондилоэпифизарной дисплазией. Один пациент с юношеским эпифизолизом головки бедренной кости, лечение которого осложнилось развитием хондролиза. Данной категории больных выполнено 21 оперативное вмешательство, у трех пациентов двустороннее. Вторая группа — 5 больных поступили с коксартрозом, развившемся вследствие различных интеркуррентных заболеваний: аваскулярный некроз головки бедренной кости на фоне В-талассемии, острый лейкоз, двусторонний коксартроз на фоне волчаночного гломерулонефрита, ложный сустав шейки бедренной кости после перенесенного юношеского эпифизолиза на фоне врожденной дисфункции коры надпочечников. В данной группе больных выполнено пять оперативных вмешательств, в одном случае двустороннее. Следует отметить, что для операционной подготовки и послеоперационного ведения были привлечены профильные специалисты. Осложнения: вывих эндопротеза в ближайшем послеоперационном периоде-1, перипротезный перелом бедра-1, неврит седалищного нерва-2. Выводы: 1. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава показано в подростковом возрасте только когда исчерпаны все остальные виды оперативного и консервативного лечения. 2. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава может быть выполнено только в высокоспециализированных лечебных

учреждениях обладающих обученным персоналом, полностью оснащенных и имеющих полный набор имплантов, а у детей с интеркуррентными заболеваниями только в условиях много профильного стационара.

## О состоянии лекарственного обеспечения жителей г. Москвы в 2016 году и перспективах на 2017 год

Кокушкин К.А.  
Департамент здравоохранения города Москвы, Москва

Здоровье населения является одним из важнейших приоритетов современной государственной политики, которая позволила помимо проведения мероприятий, направленных на интенсификацию развития системы национального здравоохранения, сохранить приверженность социальным приоритетам государственной политики. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, осуществляется Правительством Москвы в полном объеме в рамках реализации федеральных и региональных нормативных правовых актов. В 2016 году Департаментом здравоохранения города Москвы осуществлена централизованная закупка лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (далее по тексту ИМН) в установленном в рамках заявочной кампании порядке. Одновременно для обеспечения отдельных категорий граждан (вновь выявленных пациентов, а также пациентов, вернувших право на получение государственной социальной помощи в части лекарственного обеспечения) осуществлена закупка дополнительных количеств лекарственных препаратов и ИМН. Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в лекарственных препаратах и медицинских изделиях, обеспечение которыми осуществляется за счет средств федерального бюджета и бюджета города Москвы (доля обеспеченных рецептов, %) в 2016 году составляет 99,99%. Доля рецептов, взятых на отсроченное обеспечение, составляет 0,01% по отношению к общему количеству выписанных рецептов. В 2017 году Департаментом здравоохранения города Москвы будет продолжена работа по гарантированному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи. Обеспечение лекарственными препаратами стационарных медицинских организаций осуществляется за счет средств федерального и регионального бюджетов. Департаментом здравоохранения города Москвы централизованно осуществляются закупки специфических лекарственных препаратов для обеспечения стационарных медицинских организаций, не работающих в системе обязательного медицинского страхования, а также стационарных медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, по профилям: «Онкология и гематология», «Неонатология» (по заявкам медицинских организаций), медицинских иммунобиологических препаратов в рамках регионального календаря профилактических прививок, в соответствии с Федеральным законом от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». В рамках общегородской программы осуществляется централизованная закупка медикаментов, вакцин и иммунобиологических препаратов для проведения профилактических мероприятий по эпидемиологическим показаниям. В рамках Регионального календаря профилактических прививок осуществляются закупки иммунобиопрепаратов по следующим направлениям: грипп, препараты против бешенства, клещевого вирусного энцефалита, туляремии, лептоспироза, бруцеллеза, сочетанные (многовалентные) иммунобиопрепараты. ГБУЗ города Москвы «Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы» является получателем лекарственных препаратов для здравоохранения города Москвы и осуществляет обеспечение всех стационарных медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения.

## Распространение латентной туберкулезной инфекции среди сотрудников медицинских организаций

Колпакова Л.Б., Аюшеева Л.Б.  
Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ, Москва

**Введение.** В настоящее время в Москве на фоне благоприятной эпидемиологической обстановки по туберкулезу приобретает большое значение работа по выявлению латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ), особенно в «группах риска». В целом сотрудники медицинских организаций не относятся к «группам риска», так как показатель заболеваемости туберкулезом среди них практически не превышает территориальный. Однако заболевание туберкулезом медицинского работника приводит не только к длительной утрате трудоспособности, но и создает угрозу распространения инфекции среди пациентов и сотрудников. В данной связи приоритетным направлением является работа по выявлению ЛТИ, то есть состояния «предбозлези». Выявление сотрудников с ЛТИ позволяет значительно сузить круг лиц подлежащих незамедлительным мероприятиям по профилактике туберкулеза, в первую очередь превентивной противотуберкулезной химиотерапии.

**Цель исследования.** Изучение распространения ЛТИ среди работников медицинских организаций. **Задачи:** 1. Изучение распространенности положительного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) среди персонала медицинских организаций. 2. Определение зависимости частоты положительной реакции на АТР от различных производственных факторов.

**Материалы и методы.** Ретроспективное исследование результатов профилактического медицинского осмотра, с применением кожного теста с АТР за 2014-2015 гг. работников четырех крупных медицинских организаций. Использованы аналитический и экспертный методы.

**Результаты и обсуждения.** Данные обследования получены на 3438 сотрудников противотуберкулезных учреждений. Всего положительные реакции с АТР отмечены у 512 человек, что составило 14,9% от всех обследованных, отрицательные — у 2914 (84,7%), сомнительные — у 11 (0,3%). Лиц с активным туберкулезом не выявлено. Установлено, что ЛТИ имеют сотрудники учреждений, в которых пациенты получают медицинскую помощь круглосуточно. Из 512 человек с положительной реакцией на АТР — 474 (92,5%) сотрудника работают в стационаре с круглосуточным пребыванием. 204 (38,9%) сотрудника с положительной реакцией на АТР отметили перенесенный туберкулез в анамнезе, 138 (27%) имеют остаточные изменения после ранее перенесенного туберкулеза. Чаще положительная реакция на пробу с АТР регистрируется среди медсестер — 20%, несколько реже среди младшего медицинского персонала — 17%, одинаково среди врачей и лаборантов в — 13% случаев. 20% сотрудников с ЛТИ имеют стаж работы более 10 лет. При анализе возрастных категорий обращает на себя внимание категория 50-59 лет, где количество положительных проб в разы выше у врачей, медсестер, санитарок, лаборантов. В медицинских организациях общей лечебной сети обследовано 1293 сотрудника, из них в 123 случаях зафиксирована положительная кожная проба. Общая распространенность ЛТИ среди сотрудников составила 8,9%, при чем зависимость от профиля оказания медицинской помощи очевидна. Среди сотрудников патологоанатомического отделения положительный тест у 22 (22,6%); у сотрудников приемного отделения в 10 (17%) случаях; в терапевтическом отделении круглосуточного стационара 63 (12,3%) сотрудника, среди работников хирургического отделения 18 (10%) сотрудников; 6 (7,6%) из амбулаторно-поликлинического отделения. Чаще положительный кожный тест зарегистрирован среди младшего медицинского персонала 39(12%), 53(9,4%) среди медицинских сестер, 23(7,6%) среди врачей всех специальностей. Всем сотрудникам проведено дополнительное обследование. Локальные формы туберкулеза у лиц с положительным тестом

с АТР не выявлены. В связи с ЛТИ без отрыва от производства получили превентивную терапию двумя специфическими антибактериальными препаратами в количестве 90 доз. Заключение. Исследование показало, что распространенность ЛТИ среди сотрудников противотуберкулезных учреждений выше, чем в учреждениях общей лечебной сети, и имеет прямую зависимость от профиля учреждения, а также профиля отделения. Динамическое наблюдение за сотрудниками с ЛТИ, получивших превентивную терапию, не выявило случаев локального туберкулеза, что может свидетельствовать об эффективности профилактического лечения.

## Московская педиатрия: достижения и дальнейшее развитие

Колтунов И.Е.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Основа медицинской помощи детям и подросткам в России — это ежедневный труд врачей-педиатров, особенно, на амбулаторно-поликлиническом этапе. Требования сегодняшнего дня диктуют необходимость повышения престижа профессии педиатра для развития персонализированной медицинской помощи в педиатрии. Масштабное переоснащение клиник в рамках московской программы модернизации, значительные преобразования в системе оказания медицинской помощи под руководством Правительства Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) как никогда делают необходимыми высокую профессиональную образованность и неравнодушие медицинского персонала, применения его научно-практического опыта и клинического мышления в ежедневной педиатрической практике. С 2013 по 2015 г. динамика численности и структуры населения Москвы достоверно не меняется, отмечено увеличение рождаемости на 0,4% (2013–2014 гг. — 11,3; 2015 г. — 11,7), снижение младенческой смертности (2013 — 7,3; 2014 — 6,1; 2015 — 6). При анализе распределения детей на группы здоровья по результатам профилактических осмотров в период с 2013 по 2015 г. отмечается увеличение числа детей 1 группы здоровья на 2,8% и 5 — на 89,9%; снижение числа детей 2 и 3 группы здоровья на 7%, 4 — на 72%. Летальность в детских стационарах в 2015 г. — от 0,1 до 0,6%, загруженность — 82–115% со средним койко-днем от 4,5 до 14,1 и оборотом койки с 94 до 21,4. Лучшие показатели использования коечного фонда у стационаров, работающих в рамках ОМС. Структура общей заболеваемости детей за 2013–2015 гг. — абсолютное преобладание болезней органов дыхания, далее — травмы и отравления, болезни глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы, кожи и подкожно-жировой клетчатки, органов пищеварения, нервной системы, уха и сосцевидного отростка, в 2015 г. инфекционных и паразитарных заболеваний впервые зафиксировано больше, чем болезней мочеполовой системы. Анализ причин смерти детей в 2015 г. — абсолютное преобладание отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде и врожденных аномалий (пороков развития), далее — с существенным отрывом (от 48,07 и 29,46 до 6,47 и 4,55%) — новообразования, травмы и отравления; болезни нервной системы, некоторые инфекционные и паразитарные болезни (4,19; 2,16%), болезни системы кровообращения и эндокринной системы (1,32; 0,84%). Экспертной группой Аттестационной комиссии по «Педиатрии» и «Неонатологии» за 2015 г. аттестовано 219 человек, из которых 78,1% — по педиатрии, 13,1% — по неонатологии, с 2,3 до 0,5% — по аллергологии-иммунологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, нефрологии и детской кардиологии. Новым в педиатрической практике детских медицинских организаций ДЗМ является: создание городских детских центров специализированной медицинской помощи (клиник законченного случая) под руководством главных внештатных специалистов ДЗМ в медицинских организациях 3 уровня с оказанием амбулаторной и стационарной медицинской помощи, в том числе, регионального городского референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических

отклонений, орфанных и других редких заболеваний; эффективная работа стационарных медицинских организаций до 99% в рамках одноканального финансирования, проведение I Московского городского съезда педиатров, внедрение проведения МРТ и КТ исследований, в том числе под наркозом, амбулаторно, в рамках ОМС; создание условий совместного пребывания в стационаре мамы с ребенком, дальнейшее развитие современной детской паллиативной помощи, исключение бюджетного финансирования детской онкологии — стоимость профильной помощи полностью оплачивается по ОМС, развитие коек скорой медицинской помощи кратковременного пребывания (досуточная госпитализация) в рамках стационарсберегающих технологий в детских больницах. Перспективы работы детских медицинских организаций ДЗМ: снижение на 20% бронхолегочной заболеваемости у детей, создание городского детского Центра респираторной медицины; развитие стационарсберегающих технологий, в том числе амбулаторной хирургии, по профилям оказания медицинской помощи — детская хирургия, травматология, оториноларингология, детская урология-андрология и гинекология; внедрение селективного скрининга на редкие болезни, позволяющего предотвратить смертность и инвалидизацию детей, страдающих редкими заболеваниями; строительство 500-коечного корпуса в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», в том числе с открытием первого в системе городского здравоохранения города Москвы, отделения трансплантации костного мозга для детей.

## Возможности судебно-медицинской диагностики ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний посредством иммуногистохимического метода исследования

Колударова Е.М., Брикова Ю.С., Горностаев Д.В.  
Бюро судебно-медицинской экспертизы, Москва

Своевременная диагностика ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний является актуальной проблемой медицины. Морфологическая диагностика данных состояний в посмертном периоде затруднена, что связано со множеством факторов. Выявление признаков ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний на трупном материале позволяет провести профилактические и раннедиагностические мероприятия у лиц, контактировавших с инфицированными. Последнее подчеркивает актуальность настоящего исследования, и может быть использовано в программах развития здравоохранения. В связи с этим целью работы явилось определение возможности использования иммуногистохимического метода в качестве посмертного диагностикума ВИЧ-1 типа инфекции и ассоциированных с ней заболеваний в работе бюро судебно-медицинской экспертизы. Для этого были поставлены следующие задачи. 1. Провести исследование тканей трупов с использованием иммуногистохимической диагностики ВИЧ-1 типа инфекции с применением высокоспецифичных и высокочувствительных моноклональных мышиных антител (p24, клон Kal-1 (изотип- IgG 1 каппа, иммуногеночистенный ВИЧ 1 типа). Дополнительно применены моноклональные мышиные антитела к вирусам герпеса 4 и 5 типов и Pneumocystis Jiroveci, поликлональные кроличьи антитела к вирусам герпеса 1 и 2 типов. 2. Оценить полученные результаты и сравнить с контрольными образцами. 3. На основании полученных результатов предложить усовершенствованный алгоритм морфологической диагностики ВИЧ-1 типа инфекции и ассоциированных с ней заболеваний в работе бюро судебно-медицинской экспертизы. Материал и методы исследования. Исследуемая группа. Иммуногистохимический метод исследования выполнен на фиксированных формалином тканях головного мозга, гипофиза, легких, надпочечников, щитовидной железы, селезенки, лимфатических узлов у 19 трупов лиц, умерших от ВИЧ-инфекции на 4Б-В стадии. Обязательным критерием включения в данную группу явились прижизненный двойной положительный результат, определенный

посредством иммуноферментного анализа, и минимум один положительный результат, подтвержденный вестерн-блоттингом. В контрольную группу вошли 12 клинических случаев смерти от острой коронарной недостаточности с кровоизлиянием в бляшку. Обязательным критерием включения в данную группу являлось наступление смерти в течение первых суток с момента возникновения острого состояния, отрицательные результаты иммуноферментного анализа и отсутствие оппортунистических инфекций. Дополнительно исследованы 16 образцов тканей, предоставленных поставщиком реактивов, 8 из которых содержали антигены ВИЧ-1 (p24), цитомегаловируса (p52), вируса Эпштейна—Барр (LMP Ab-1).

Результаты исследования и обсуждение. В 18 из 19 наблюдений смерти от ВИЧ-1 типа инфекции выявлена слабая положительная цитоплазматическая экспрессия антигена p24 в одиночных отдельных клетках тканевых макрофагов и лимфоцитов, входящих в образования паутинной мозговой оболочки головного мозга, клеток аденогипофиза и его капсулы, в селезенке и лимфатических узлах и легких в постмортальный период до 24 ч. Один отрицательный результат исследования, предположительно, может быть связан с резким сокращением репликации вируса на терминальном этапе заболевания. Для надпочечников и щитовидной железы результаты исследования были положительны лишь в 4 наблюдениях при наличии лимфоцитарной инфильтрации тканей. В 8 наблюдениях дополнительно определена экспрессия антигенов вирусов герпеса 1, 2, 4 и 5 типов в эндокринных органах и головном мозге. В легких в одном случае обнаружена пневмоцистная пневмония Йировеца. В контрольной группе иммуногистохимическое исследование было отрицательным. В образцах тканей, представленных поставщиком реактивов, выявлены антигены ВИЧ-1 (p24), цитомегаловируса (p52), вируса Эпштейна—Барр (LMP Ab-1) и пневмоцистная пневмония Йировеца.

Выводы. При обнаружении морфологических признаков иммунодефицита на материале, окрашенном гематоксилином и эозином, иммуногистохимическое исследование может быть использовано в качестве объективизирующего метода диагностики ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний. Последнее позволяет повысить качество работы врачей судебно-гистологического отделения бюро судебно-медицинской экспертизы и усовершенствовать алгоритм морфологической диагностики ВИЧ-1 типа инфекции и ассоциированных с ней заболеваний в работе бюро судебно-медицинской экспертизы.

### Диагностика и лечение синдрома диабетической стопы в условиях специализированного отделения

Комелягина Е.Ю., Анциферов М.Б., Волковой А.К., Сабанчиева Н.И., Зайчикова М.Ф.  
Эндокринологический диспансер, Москва

Цель. Оценить эффективность лечебно-диагностических мероприятий отделения диабетической стопы ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ».

Материалы и методы. В анализ были включены пациенты с синдромом диабетической стопы, проходившие лечение в отделении диабетической стопы в 2015 г: 446 язвенных дефектов стоп у 376 больных с сахарным диабетом. Всем больным при первом обращении проводилась оценка состояния периферической чувствительности и магистрального кровотока нижних конечностей для определения формы поражения (нейропатическая или нейроишемическая). В зависимости от этого сформированная междисциплинарная команда специалистов проводила соответствующее лечение. Было проанализировано соотношение заживших ран, количество ампутаций, выполненных в пределах стопы, на уровне голени и бедра за исследуемый период.

Результаты. В исследуемой выборке 80% язвенных дефектов протекало на фоне адекватного магистрального кровотока и 20% — на фоне его снижения. За период наблюдения заживления удалось достичь в 77,8% случаев в общей группе. Ампутации были проведены в 13 случаях (2,9%). Из них, ампутации в пределах

стопы были выполнены в 7 случаях (1,6%), на уровне голени — в 2-х случаях (0,4%), на уровне бедра — у 4-х пациентов (0,9%). Смерть от сердечно-сосудистых осложнений наступила в 2 случаях (0,4%). Сравнительный анализ исходов язвенных дефектов показал, что в группе с нейропатическими язвенными дефектами заживление наступило в 84% случаев, у 1% пациентов были выполнены ампутации в пределах стопы и ни одной ампутации выше голеностопного сустава. В группе больных с нейроишемическими язвенными дефектами заживление наступило в 60%, ампутации в пределах стопы были выполнены в 3,4% случаев, на уровне голени — в 2,3%, на уровне бедра — у 4,6% пациентов.

Заключение. Проводимые лечебно-диагностические мероприятия с внедрением междисциплинарного подхода в работу отделения диабетической стопы на амбулаторном этапе в подавляющем большинстве случаев приводит к заживлению язвенных дефектов с минимальным риском выполнения высоких ампутаций нижних конечностей. Ключевые слова: сахарный диабет; синдром диабетической стопы; нейропатические язвенные дефекты; нейроишемические язвенные дефекты; заживление язвенных дефектов. Ампутации в пределах стопы, ампутации на уровне голени, ампутации на уровне бедра.

### Случай моногенного заболевания, обусловленного микроделеционным синдромом

Кондакова О.Б., Пшемская И.А., Слободникова Н.С., Шаталов П.А., Гребенкин Д.И.  
Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва

Наследственные болезни — это обширная группа заболеваний, обусловленных повреждением генома клетки. Выделяют хромосомные и генные болезни, и зачастую очень сложно провести дифференциальный диагноз между этими двумя группами заболеваний. Высокопроизводительное секвенирование нового поколения относится к инновационным методам молекулярно-генетического обследования. Данный метод позволяет выявлять мелкие структурные аномалии хромосом длиной от 50 000 пар нуклеотидов, а также точечные мутации в генах, приводящие к образованию стоп-кодона или сдвигу рамки считывания. Преимуществом метода является комплексное исследование клинически значимых хромосомных или генных перестроек. Представляем описание клинического случая моногенного заболевания, причиной которого является делеция хромосомы. Мальчик в возрасте 1,5 года поступил в отделение с жалобами на задержку моторного и психоречевого развития. Ребенок от I беременности, протекающей с токсикозом первой половины, I самостоятельных родов в 35–36 недель. Масса тела при рождении — 3400 г, длина — 53 см. АПГАР — 4/6 баллов. Отмечалась интранатальная асфиксия, с рождения проводилась ИВЛ. На 3 сутки — клонико-тонические судороги. Была назначена противозипелитическая терапия: получал конвулекс 30 мг/кг. С раннего возраста задержка моторного развития. С первых месяцев жизни отмечаются множественные гиперпигментные пятна на коже, количество которых увеличивается с возрастом. При осмотре (в 1,5 года): физическое развитие дизгармоничное (рост 75–90 перц, вес — 25–50 перц). Выступающий лоб, относительная макроцефалия, диспластичные низкопосаженные ушные раковины, макротия, гипертелоризм глаз, левосторонний тупо века, антимонголоидный разрез глаз, короткий вздернутый нос, множественные гиперпигментные пятна типа «кофе с молоком» на коже туловища и конечностей (d>0,5 см — около 10–15, d<0,5 см — более 15). Задержка психомоторного развития: ребенок ползает по-пластунски, самостоятельно не ходит, ходит вдоль опоры приставным шагом, речевая продукция снижена, мышечная гипотония, двухсторонний крипторхизм. С целью исключения аномалий развития головного мозга проведена МРТ головного мозга: умеренная наружно-внутренняя сообщающаяся гидроцефалия. При проведении диагностического поиска дифференциальный диагноз проводился между группами хромосомных и моногенных заболеваний. Исходя из данных клинической картины, задержки моторного и психо-речевого развития, множественных стигм дисэмбриогенеза было проведено

исследование кариотипа для исключения грубой хромосомной патологии. Кариотип 46,XX (норма). Лицевые дизморфии у нашего пациента в сочетании с множественными гиперпигментными пятнами позволяли заподозрить сердечное-лице-кожный синдром. На 2-м году жизни количество гиперпигментных пятен стало увеличиваться. Характер, цвет и контуры пятен позволили заподозрить диагноз «Нейрофиброматоз». Для уточнения диагноза и проведения дифференциального диагноза между группой факоматозов и дизморфологическими синдромами пациенту было рекомендовано проведение секвенирования экзона.

В результате проведенного исследования была выявлена микроделеция короткого плеча 17 хромосомы размером 1208983 пар оснований, в регионе 17 q 11.2 (29200667–30409649)x1, протяженностью 1208983 п.н. содержащие гены ADAP2, ATAD2, COPRS, DPRXP4, EVI2A, EVI2B, LRRC37B, MIR193A, MIR 365B, MIR 4724, MIR 4733, NF1, OMG, RAB11FIP4, RNF135, SH3GL1P1, SUZ12, TEFM, UTP6. Клиническая картина у пациента обусловлена тем, что в зоне данной делеции располагается ген нейрофиброматоза I типа (NF1, OMIM 219700). На основании клинической картины и проведенных исследований поставлен диагноз «Микроделеционный синдром 17 q 11.2». Таким образом, современные высокопроизводительные молекулярно-генетические методы позволяют установить точный диагноз, уточнить прогноз заболевания у пациента и риск повторного заболевания в семье при дальнейшем деторождении, что в значительной степени позволяет повысить эффективность медико-генетического консультирования.

## Модернизация амбулаторной наркологической помощи

Копоров С.Г.  
Московский научно-практический центр наркологии, Москва

В рамках модернизации и реорганизации наркологической службы города Москвы в декабре 2011 года наркологические диспансеры административных округов присоединены к ГУЗ города Москвы «Московскому научно-практическому центру наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» в качестве филиалов. Создана единая структура наркологического диспансера, который включает в себя: два диспансерных отделения для приема взрослого населения, одно диспансерное отделение для приема детского населения, дневной наркологический стационар, амбулаторное реабилитационное отделение, вспомогательные подразделения. В структуре ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» созданы центр профилактики зависимого поведения (филиал), центр профилактики и лечения табакокурения и нехимических зависимостей (филиал), которые функционируют в амбулаторном режиме. Филиалы оснащены необходимым оборудованием в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология», их деятельность осуществляется в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 20.05.2014 г. №477 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания наркологической помощи жителям города Москвы». Разработана и реализуется система раннего выявления употребления наркотических средств и психотропных веществ, в том числе алкоголя, включающая проведение специальных скрининговых и профилактических мероприятий с применением социально-психологического тестирования и диагностического инструментального контроля. За последние годы наметилась тенденция к незначительному снижению учтенных контингентов больных с наркологическими заболеваниями. При этом количество больных с синдромом зависимости от алкоголя снижается. Количество больных с синдромом зависимости от наркотиков увеличивается, что связано с нарастающей активностью по их выявлению. С целью научного обоснования подтверждения ремиссии у больных, состоящих под наблюдением в наркологических учреждениях, а также обследования больных, получающих

лечение пролонгированными препаратами в МНПЦ наркологии, внедрено тестирование на предмет хронического употребления алкоголя методом капиллярного электрофореза (CDT). Специфичность метода достигает 98%, а повышение CDT уже наблюдается у лиц, потребляющих не менее 50–80 г. алкоголя в течение одной недели. В 2015 году на CDT было обследовано 16 235 человек (в 2014г. — 11 376, в 2013г. — 12 745, в 2012г. — 5687). Осуществляется научно-исследовательская разработка инновационных методов амбулаторного лечения больных на основе сингулярных технологий, в том числе метод нормобарической оксигенотерапии в режиме гипоксии-гипероксии; методика трехмерной кардиовизуализации и редокс-мониторинг с использованием нормобарической реоксигенации высокодифференцированными азотно-кислородными смесями ранних поражений сердца при болезнях зависимости. Достигнуты целевые показатели (индикаторы) модернизации наркологической помощи, установленные приказом Минздрава России от 5 февраля 2015 г. №38 «О внесении изменений в Концепцию модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 июня 2014 г. № 263»: число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента — 8,7 (установленный Минздравом России — 8,8); число больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента — 9,3 (установленный Минздравом России — 9,4); число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента — 11,7 (установленный Минздравом России — 11,7); число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии свыше 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента 9,4 (установленный Минздравом России — 9,4). Перспективы развития амбулаторной службы закреплены в решении коллегии Департамента здравоохранения города Москвы от 17 декабря 2015 г., протокол № 5.

## Опыт применения комбинированной регионарной анестезии в офтальмохирургии у детей с отслойкой сетчатки

Коробова Л.С., Кравчук С.В., Спарышкин Ю.А., Овчар Т.А., Иванов А.В., Попов А.В.  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Помня, что качество анестезиологического пособия зависит от адекватного и эффективного интраоперационного обезболивания и должной послеоперационной аналгезии, на современном этапе в детской офтальмоанестезиологии на первое место выходит внедрение проводниковой анестезии в практику, благодаря которой и достигается продолжительный обезболивающий эффект.

Цель исследования — оптимизация анестезиологического пособия в офтальмохирургии у детей с отслойкой сетчатки.

Задачи исследования — доказать адекватность и эффективность применения комбинированной регионарной анестезии в офтальмохирургии у детей с отслойкой сетчатки. Материал и методы. Проведен анализ 14 анестезиологических пособий у детей с отслойкой сетчатки. Средний возраст детей — 12±0,5 года, средняя масса тела — 35±1,5 кг, среднее время оперативного вмешательства — 80±5,0 мин, средняя продолжительность анестезиологического пособия — 95±5,0 мин. Премедикация не проводилась. Индукция анестезии — ингаляция через лицевую маску газонаркологической смеси: закись азота, кислород и севофлюран. После индукции — палатинальная и инфраорбитальная анестезии, периферический блок ван Линта раствором нарлопина 0,75%. Поддерживающая анестезия: кислород, закись азота и севофлюран (или фторотан, изофлюран), по показаниям в/в пельно раствор парацетамола. Однократно на установку ларингеальной маски вводился раствор пропофола 1% из расчета 2 мг/кг. Проводился контроль концентрации ингаляционных анестетиков, капнометрия и уровень оксигенации кислородом, а также КЩС,

ЧСС, АДсист., АДдиаст., АДср., ЭКГ. Послеоперационную болевую реакцию оценивали через 2 часа после вмешательства по ВРШ 4-балльной вербальной шкале оценки боли.

Результаты и обсуждения. Эта комбинация дает достаточную глубину анестезии и отсутствие дополнительного воздействия на показатели гемодинамики, предупреждает развитие окулокардиального рефлекса. Не наблюдалось нарушений ритма и проводимости сердца. Сложностей при проведении блокад и осложнений после них отмечено не было. Отсутствие окулогастрального рефлекса, о чем свидетельствует отсутствие тошноты и рвоты после операции. По ВРШ 4-балльной вербальной шкале оценки боли, в ближайшем периоде после операции во всех случаях боль отсутствовала. Это позволило отказаться от послеоперационного обезболивания. Заключение. Мультиmodalная анестезия с применением комбинации периферического блока ван Линт с инфраорбитальной и палатинальной анестезией является эффективной, имеет высокий процент положительных результатов; дает продленный анальгетический эффект; позволяет отказаться от наркотических анальгетиков; не требует повторного послеоперационного обезболивания; дает достаточную глубину анестезии; не провоцирует развитие окулокардиального и окулогастрального рефлексов, снижает кровоточивость в оперируемой зоне. Уменьшает время послеоперационного голодания. Способствует быстрой реабилитации пациентов.

### Опыт применения мультиmodalной анестезии в офтальмохирургии у детей с ретинопатией

Коробова Л.С., Иванов А.В., Спарышкин Ю.А., Овчар Т.А., Милащенко Т.А., Овчар Р.А.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Цель исследования — оптимизация анестезиологического пособия в офтальмохирургии у детей с ретинопатией.

Задачи исследования: сравнительная оценка эффективности использования регионарных блокад как компонента мультиmodalной анестезии в офтальмохирургии у детей с ретинопатией. Материал и методы. За 5 лет выполнено исследование, включающее анализ анестезиологического обеспечения при 120 оперативных вмешательствах по поводу ретинопатии у детей в возрасте от 1 мес. до 1года. Проведено сравнение трех групп — основной с использованием нестероидного противовоспалительного средства — парацетамола и ретробулбарной (периферической) или инфраорбитальной анестезии в комбинации с периферическим блоком ван Линт (14 наркозов), контрольной-1 с применением наркотического анальгетика — фентанила (46 наркозов), контрольной-2 ингаляционный наркоз (кислород, закись азота и севоран) — 60 детей. Проводился контроль параметров гемодинамики (ЧСС, АДсист., АДдиаст., АДср., ЭКГ), концентрации ингаляционных анестетиков, капнометрия и уровень оксигенации кислородом. Осуществлялась оценка боли, и регистрировалась частота апноэ в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Во всех группах отмечалось достоверное снижение АД сист., АДдиаст. и АДср., при этом ЧСС снижалась незначительно, что объясняется прямым действием ингаляционных анестетиков и гипнотиков, а во второй группе и наркотических анальгетиков. Однако в травматичный момент операции в третьей группе потребовалось увеличение концентрации ингаляционного анестетика и дополнительного в/в введения раствора парацетамола и пропафола. Ни в одной из групп не наблюдалось нарушений ритма и проводимости сердца. По шкале оценки послеоперационной боли у детей (CHIPPS) (ButtnerW., FinkeW., 2000), в основной группе в ближайшем послеоперационном периоде в 14 случаях боль отсутствовала, что позволило отказаться от послеоперационного обезболивания. Тогда как в контрольной-1 группе в 10 случаях боль была невыносимой — 10 баллов, лишь у 16 больных — средней степени — 6 баллов, а в 20 случаях имела слабо выраженный характер — 4 балла. Пациентам этой группы уже в ближайшем послеоперационном периоде требуется обезболивание. А в контрольной-2 группе

всем детям сразу после выхода из наркоза потребовалось обезболивание. По результатам анализа боли видно, что по окончании действия наркотических анальгетиков и ингаляционных анестетиков болевой фактор у детей выше, что является провокационным моментом для развития апноэ в ближайшем послеоперационном периоде. Именно у детей с 10балльной оценкой боли и возникали приступы апноэ при пробуждении. Тогда, как после применения проводниковой анестезии и анальгезии парацетамолом, в ближайшем послеоперационном периоде ни боли, ни апноэ не наблюдалось. Хотя во всех группах с целью профилактики апноэ вводился эуфиллин 2,4%, дексаметазон 0,4%, и кофеин 20%.

Выводы: применение регионарной анестезии раствором нарропина 0,2% при ретинопатии в офтальмохирургии у детей дает достаточную глубину анестезии и отсутствие дополнительного воздействия на показатели гемодинамики, позволяет отказаться от использования наркотических препаратов, снизить концентрацию ингаляционных анестетиков. Данный метод улучшает течение послеоперационного периода за счет длительного обезболивания, быстрого восстановления сознания. Данная методика не провоцирует развития послеоперационного апноэ. Уменьшает время послеоперационного голодания. Способствует быстрой реабилитации пациентов.

### Кардиологическая диспансеризация и распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди офисных работников города Москвы.

Корнеева О.Н., Драпкина О.М.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска ССЗ у офисных работников города Москвы на примере крупной российской компании при кардиологической диспансеризации.

Материалы и методы: в проспективное популяционное исследование было включено 580 работающих жителей (54% женщин и 46% мужчин) Москвы в возрасте от 24 до 64 лет, выбранных по принципу единой профессиональной деятельности (все участники — офисные работники крупной российской компании) в рамках социального проекта по прохождению кардиологической диспансеризации. Все пациенты были обследованы по единому плану, который включал: полное физикальное обследование, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (натрий, калий, общий белок, альбумин, АСТ, АЛТ, КФК, креатинин, мочевая кислота, глюкоза, гликированный гемоглобин, липидный спектр), общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ БЦА, рентгенография грудной клетки, консультация кардиолога. Статистический анализ проведен с помощью системы статистического анализа информации STATISTICA 6.00.

Результаты: среди факторов риска ССЗ отмечалось следующее распределение: 17% — курение, 39% — избыточная масса тела, 20% страдали ожирением, 57,5% — отягощенный семейный анамнез по ССЗ, 45,5% — гиперхолестеринемия, 59% — повышение уровня ЛПНП, 9,8% — повышение уровня глюкозы, 45,5% — наличие каротидного атеросклероза, 59% — нерациональное питание, 60% — низкая физическая активность, 2% — употребление алкоголя более 30 г/сут, 2,7% — сахарный диабет, 16% — метаболический синдром, 14,8% — артериальная гипертензия. У 65% были впервые выявлены факторы риска ССЗ. Участники распределились в группы здоровья следующим образом: I группа здоровья — 18,8%, II группа здоровья — 51,5%, III группа здоровья — 29,7%. Заключение. Исследование позволило оценить распространенность факторов риска ССЗ у офисных работников города Москвы и показало их высокую распространенность. Были выделены целевые группы диспансерного наблюдения для профилактического и лечебного воздействия. Около 80% работающих жителей Москвы имеют высокий сердечно-сосудистый риск и подлежат диспансерному наблюдению и лечению.

## Новый взгляд на проблему ожирения: микрофлора, НАЖБП и сердечно-сосудистые заболевания

Корнеева О.Н., Драпкина О.М.  
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Ожирение приобрело масштабы эпидемии. За последние 20 лет распространенность ожирения увеличилась в 2 раза. По данным ВОЗ на 2014 год: 11% мужчин и 15% женщин старше 18 лет имеют ожирение. Исследование ЭССЕ-РФ показало наличие ожирения у 29,7% взрослого населения России (каждый третий!). Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — новое драматическое следствие ожирения. В дополнение к этому отмечается увеличение количества пациентов НАЖБП. В Российской Федерации частота НАЖБП составляла 27% в 2007 г., а в 2015 г. — 37,1% (прирост более 10%). Традиционно ожирение ассоциируется с развитием сахарного диабета, метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний. Если основным органом в обмене липидов, в частности, холестерин (ХС), является печень, то возникает вопрос: возможен ли атеросклероз при совершенно здоровой печени? Сегодня доказано, что НАЖБП — независимый риск-фактор прогрессирования атеросклероза, сердечно-сосудистых осложнений и сахарного диабета. Доказано, что кишечная микрофлора вносит большой вклад в патогенез ожирения, НАЖБП и ассоциированных заболеваний. В качестве одного из патогенетических факторов, способных вызвать многочисленные клинико-лабораторные феномены, наблюдаемые при НАЖБП, рассматривается изменение кишечной микрофлоры и эндотоксинемия. Транслокация бактерий способна повышать уровень эндотоксинемии, стимулировать иммунный ответ, индуцировать продукцию провоспалительных цитокинов, способствовать прогрессированию фиброза печени. Кроме того, провоспалительный статус активизирует процессы атерогенеза в сосудистой стенке. В исследованиях продемонстрирована роль характера потребляемой пищи (жирная пища) на снижение количества бифидо- и лактобактерий, влияние бактериальных липополисахаридов и метаболитов кишечной микрофлоры (триметиламин-N-оксида, желчных кислот и др.). Перспективно применение пре- и пробиотиков, препаратов урсодезоксихолевой кислоты, фекальная трансплантация с целью коррекции микрофлоры и положительного влияния на метаболические нарушения. Определенные штаммы пробиотических бактерий показывают эффективность в лечении дислипидемии, НАЖБП, ожирения, метаболического синдрома.

## Психометрическая адаптация методики измерения кинезиофобии

Котельникова А.В., Кукшина А.А.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

Ограничение в полноценной реализации одной из основных потребностей живого организма — потребности в движении — существенно нарушает трудоспособность, значительно снижает общий уровень функционирования, лишает индивида возможности справляться с привычными повседневными задачами, сопровождается чувствами бессилия и беспомощности. Одним из самых значительных ограничителей двигательной активности является страх движения, который в литературе рассматривается как психологическая, а не психопатологическая особенность личности, и обозначается термином «кинезиофобия» — «чрезмерный, иррациональный и ослабляющий личность страх движения, обусловленный чувством собственной хрупкости и уязвимости, а также предрасположенности к травматизации». Установлено, что страх движения, сохраняющийся в отдаленном периоде заболевания, существенно снижает эффективность реабилитационных программ, приверженность к лечению и качество жизни пациентов. Основным инструментом, предназначенным для

измерения кинезиофобии является 17-пунктовая самоотчетная методика «Шкала Тампа». В настоящий момент имеются данные относительно удовлетворительных психометрических характеристик европейских версий опросника, выявлена прогностическая ценность конструкта в отношении хронификации заболевания и риска инвалидизации, однако сведения о валидации методики на русскоязычной выборке отсутствуют, что и определило постановку цели настоящего исследования — проведение процедуры психометрической адаптации русскоязычной версии опросника. Материалы и методы: обследована репрезентативная (n=292) выборка больных с нарушением двигательных функций различной этиологии: последствия острого нарушения мозгового кровообращения, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, хронические ревматоидные заболевания — нозологические группы сопоставимы с точки зрения возрастного (56,0±10,4 года), и полового (60,3% женщин, 39,7% мужчин) состава. Использовались следующие методики: «Шкала Тампа», опросник диагностики самооценки мотивации одобрения (шкала лживости Д. Марлоу, Д. Крауна), визуальная аналоговая шкала боли, анкета, включающая в себя социально-демографические (пол, возраст) и анамнестические (количество предыдущих госпитализаций в стационары восстановительного лечения) характеристики. Математико-статистическая обработка данных включала в себя непараметрический корреляционный анализ, анализ значимости различий по критериям Крускала-Уоллеса и Манна-Уитни, кластерный анализ по методу К-средних, подсчет коэффициента синхронной надежности  $\alpha$ -Кронбаха, а также показателя дельта Фергюсона.

Результаты: использованием процедуры кластерного анализа выявлена двухфакторная структура опросника «Шкала Тампа», отражающая психологическую и физическую составляющую кинезиофобии; анализом значимости различий в уровне выраженности кинезиофобии у больных с различной этиологией двигательных нарушений показана нозологическая неспецифичность методики; дискриминативность (различительная способность) и эмпирическая валидность опросника, оцененные по показателю дельта Фергюсона, также продемонстрировали высокие показатели. Корреляционным анализом зафиксировано отсутствие связи данных по «Шкале Тампа» и характеристик социальной желательности — таким образом, стремление больных «понравиться» исследователю не является артефактом диагностики кинезиофобии. Показатели синхронной надежности (внутренней согласованности) пунктов шкалы методики с помощью коэффициента  $\alpha$ -Кронбаха признаны удовлетворительными. Исследование конструктивной валидности выявило, что измеренная методикой «Шкала Тампа» физическая составляющая кинезиофобии коррелирует с наличием болевого синдрома и отражает опыт взаимодействия пациентов с телесной болью, при этом психологическая составляющая соотносится с возможностью получения неосознаваемых «бонусов» от заболевания (вторичной выгодой) и положительно связана с количеством повторных госпитализаций, что подтверждает фармако-экономическую ценность исследуемого конструкта. Выводы: психометрические характеристики русскоязычной версии методики «Шкала Тампа» (дискриминативность, репрезентативность, надежность, валидность) продемонстрировали достаточно высокие показатели — опросник может быть использован как с научно-исследовательскими целями, так и в практической работе клинического психолога.

## Стриктура уретры: старые споры и современные тенденции.

Котов С.В., Беломытцев С.В.  
Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Лечение стриктур уретры у мужчин является одним из наиболее сложных и спорных вопросов в реконструктивной урологии. Это обусловлено большим разнообразием лечебных подходов,



данные о результативности которых часто противоречивы. Сегодня наиболее обсуждаемым остается выбор метода лечения пациентов с непротяженными стриктурами: эффективна ли внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ) и сопоставимы ли операция «конец в конец» (КвК) и пластика без пересечения спонгиозного тела (БП). Материалы и методы. Нами проведена оценка эффективности разных методик лечения коротких стриктур, а также зависимость ее от этиологического фактора. Для получения максимально достоверных данных из анализа исключены пациенты со стенозом уретро-везикального анастомоза, с дистракционным дефектом уретры и пациенты, перенесшие лучевую терапию и воздержавшиеся от регулярного наблюдения. Пациентам выполнялась уретролуометрия, уретрография, анкетирование по опросникам IPSS и качества жизни. В клинике урологии ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова с 2011 по 2016 г. выполнено 124 ВОУТ. Завершили исследование 51 человек. Средний возраст составил 69,4 года. Медиана наблюдения — 30,4 месяца (9–60). Средняя протяженность стриктуры — 0,62 см. У 41 пациента стриктура локализовалась в бульбозном отделе уретры, у 10 пациентов — в мембранозном отделе. Также проведен анализ результатов пластики уретры КвК и уретропластик БП, выполненных с 2010 по 2016 г. Завершили исследование 30 пациентов, перенесших КвК (I группа) и 28 после операции БП (II группа). Средний возраст в I группе 53,5 года, во второй — 64 года. Медиана наблюдения — 47 месяцев (7–78) и 23 месяца (1–48) соответственно. Средняя протяженность стриктуры — в I группе — 1,7 см, во II группе — 1,2 см. У всех стриктура локализовалась в бульбозном отделе уретры. Медиана максимальной скорости мочеиспускания (Qmax) в I группе — 6,2 мл/с (1–19), цистостома у 13 пациентов; во II группе — 4,7 мл/с, цистостома у 6 пациентов. По этиологическим факторам в I и II группах: ятрогенные стриктуры — 11 (36%) и 14 (50%), травматические — 10 (33%) и 2 (7%), инфекционные — 2 (6,6%) и 1 (3,5%), идиопатические — 7 (23%) и 8 (28,5%), соответственно. Результаты. По полученным результатам пациенты, перенесшие ВОУТ разделены на 3 группы. Группа I — «группа абсолютной эффективности ВОУТ» — 22 пациента (43%), не имеющие жалоб и не имевшие ни одного вмешательства после ВОУТ. Группа II — «группа относительной неэффективности ВОУТ» — 20 (39%) пациентов, не имеющие вмешательств на уретре после ВОУТ, но предъявляющие жалобы, косвенно указывающие на развивающиеся проблемы с мочеиспусканием (ослабление струи, недержание мочи, дизурия). И группа III — «группа абсолютной неэффективности ВОУТ» — 9 (18%) пациентов, у которых диагностирован рецидив стриктуры, потребовавший инструментальной или хирургической коррекции. Ранее ВОУТ была выполнена 8 пациентам, в данной группе процент успеха составил 25%. В зависимости от этиологии стриктуры абсолютная эффективность составила: идиопатические стриктуры (10 пациентов) — 40%, после ТУР (19 пациентов) — 52%, после уретропластик (11 пациентов) — 63%, после аденомэктомии и бужирования (10 пациентов) — 20%, у 1 пациента с травматической стриктурой ОУТ оказалась неэффективной. В группе КвК рецидив диагностирован у 2 (6,6%) пациентов с посттравматической стриктурой уретры. Эффективность операции — 93,4%. Во II группе методики была эффективной у 24 (85,8%) пациентов. Рецидив наступил у 2 пациентов с ятрогенной стриктурой после ТУР и у 2 пациентов после аденомэктомии. Возраст всех пациентов с рецидивом старше 75 лет. Выводы. ВОУТ может быть однократно предложена в качестве варианта лечения нетравматической стриктуры уретры менее 0,5–1,0 см или селективной группе пациентов с непротяженной рецидивной стриктурой после уретропластики. При этом пациент должен быть информирован об эффективности методики менее 50%. Анастомотическая пластика уретры конец в конец является надежным методом хирургического лечения стриктуры с хорошими прогнозируемыми результатами. Пластика уретры без пересечения спонгиозного тела также демонстрирует высокую эффективность, а сохранение антеградного кровотока делает ее операцией выбора для пациентов с сохраненной эректильной функцией.

## Микробный пейзаж при преждевременном разрыве плодных оболочек

Котомина Т.С., Кокая И.Ю.  
Городская клиническая больница № 52, Москва

Цель: изучение результатов бактериальных посевов из полости матки при преждевременном разрыве плодных оболочек. Задачи: выявить перечень микроорганизмов наиболее часто высеваемых при преждевременном разрыве плодных оболочек. Материалы и методы: ретроспективный анализ 60 историй родов пациенток родильного дома ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» г. Москвы с преждевременным разрывом плодных оболочек в сроке гестации 22–34 недели беременности, проходивших лечение, направленное на пролонгирование беременности, в отделении патологии беременности в 2016 г. В качестве материала для исследований использовали отделяемое из цервикального канала. Диагностику бактериальных инфекций проводили путем посева исходного материала на специализированные среды с последующим выделением чистых культур микроорганизмов и их идентификацией общепринятыми методами в соответствии с приказом МЗ СССР № 535.

Результаты: среди ведущих высеваемых микроорганизмов можно выделить *Enterococcus faecalis* и *faecium*, которые определяли в 65% всех посевов. Также лидирующие позиции принадлежат *Escherichia coli* (45%), *Staphylococcus aureus* (35%), *Streptococcus agalactia* (15%), *Klebsiella pneumoniae* (15%). В единичных случаях высевались *Proteus mirabilis*, *Corynebacterium sp.* Следует отметить, что в посевах в подавляющем большинстве высевалось несколько микроорганизмов: у 26 пациенток (43%) — 2 возбудителя, у 10 (17%) — 3 и более и лишь у 24 (40%) — 1 возбудитель. Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек более чем в 1/2 случаев возбудителями являются два и более микроорганизма, наиболее часто встречающимися из которых являются бактерии семейства *Enterococcaceae*.

## Послеоперационная антромастоидальная полость — проблема врача и пациента

Кречетов Г.М., Мосейкина Л.А., Азаров П.В., Федорова О.В.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Развитие отохирургии за последние десятилетия в корне поменяло хирургический подход к лечению пациентов с холестеатомами среднего уха. Стандартная общеполостная (радикальная) операция на среднем ухе с формированием обширной полости в области задней стенки слухового прохода применяется все меньше и меньше. Результатом таких вмешательств являлась большая площадь оголенной кости, требующая длительной послеоперационной тампонады с частой сменой тампонов и бесконечной борьбой с грануляциями. Пациент вынужден постоянно быть привязанным к лор-кабинету с определенной периодичностью его посещения. А врач — заниматься достаточно рутинной и затратной по времени работой по очистке полости от серных масс и эпидермальных наложений. Интенсификация медицинской помощи населению, уменьшение времени, отведенного на одного пациента, делает трудным для лор-врача выполнение таких манипуляций пациентам в амбулаторных условиях. В отделении оториноларингологии и микрохирургии уха ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» проводятся различные варианты saniрующих операций на среднем ухе с одномоментной тимпанопластикой и реконструкцией цепи слуховых косточек. Основными задачами хирурга при выполнении saniрующей операции являются: 1. Санация очага воспаления; 2. По возможности — улучшение слуха; 3. Формирование слухового прохода с ремоделированием задней стенки и расширением входа в слуховой проход. Проведение saniрующей операции по закрытому типу подразумевает наиболее близкое к анатомическим стандартам сохранение и восстановление структур наружного слухового прохода и барабанной перепонки. Но если распространение холестеатомы и разрушение костных структур височной кости не

позволяет провести первый вариант операции, то в результате нашего лечения формируется огромная антростоидальная полость. Для уменьшения полости и закрытия участков оголенной кости используются аутокости пациента. В начале операции с помощью бора снимается кортикальный слой кости в области сосцевидного отростка и собирается костная стружка, которая впоследствии смешивается с антибиотиком и укладывается в полость. Наиболее максимальный объем заполнения полости достигается с помощью формирования мышечно-фасциального лоскута на питающей ножке (верхней или нижней) височной и задней ушной мышц. Формирование каркаса стенки завершается с помощью аутохряща, разрезанного на тонкие пластины. Оголенные участки кости в полости максимально закрывают аутофасцией. Операция завершается пластикой входа в слуховой проход, приводящей к его расширению. Все стенки обкладываются латексными полосками, и слуховой проход тампонируется гигроскопичными тампонами на 4 недели. Тампоны ежедневно пропитываются каплями с антибиотиком самостоятельно пациентом. Средний койко-день при таком ведении пациента составляет 3–4 дня. Результатом такой реконструкции становится достаточно широкий слуховой проход с небольшим углублением по задней стенке и просторным входом. В дальнейшем облегчается уход за полостью, уменьшается количество послеоперационных воспалений и тем самым количество обращений пациента к лор-врачу.

### **Возможности пластического закрытия дефектов тканей у больных с опухолями головы и шеи в условиях городского специализированного отделения**

Кривонос Н.В., Локтионов А.Г.  
Городская клиническая больница №5, Москва

Цель: применение в клинической практике онкологического отделения методов реконструктивно-пластической хирургии с использованием различных вариантов лоскутов для замещения обширных и анатомически проблемных дефектов тканей. Материалы и методы: в отделении опухолей головы и шеи ГКБ №5 г. Москвы ежегодно выполняется около 850 операций по поводу базальноклеточного рака кожи, плоскоклеточного рака кожи и меланомы различной локализации. Нередко на лечение поступают пациенты с плоскоклеточным раком губы и различных локализаций полости рта. Около 30% пациентов обращаются с рецидивом опухоли после ранее проведенных нехирургических методов лечения. В среднем в отделении выполняется около 250 различных вариантов реконструктивно-пластических операций. Всем пациентам на догоспитальном этапе проводится клиническое обследование, эхографическое, рентгенологическое и цитологическое исследования с целью верификации диагноза, определения стадии заболевания, этапности лечения, с обязательным проведением онкологического консилиума. В обязательном порядке учитываются противопоказания, а также предпочтения пациента относительно метода лечения. При определении показаний и согласия пациента на хирургическое лечение проводится предоперационное планирование оптимальной геометрии и проекции отступов для удаления опухоли с учетом ее размеров, локализации и стратификации факторов риска рецидива (рекомендации NCCN). Оцениваются возможные функциональные нарушения, связанные с формированием дефекта и последующим рубцовым процессом в анатомически неблагоприятных областях (периорбитальная, периоральная, назальная и периназальная области), такие как эктропион, лагофтальм, рубцовые деформации носа, стенозы ноздрей и носовых ходов, несмыкание и выворот губ с сопутствующим слюнотечением и нарушением приема пищи. С целью предотвращения вышеперечисленных нарушений и достижения максимального эстетического результата проводится планирование оптимального варианта пластики с предоперационной разметкой размеров и геометрии лоскута, определением точек оптимальной ротации и перемещения тканей, исключающих

функциональные нарушения, при планировании учитываются эстетические субъединицы. В зависимости от локализации и размеров дефекта применялись следующие варианты лоскутов: ротируемый кожно-жировой лоскут (пластика встречными треугольными и прямоугольными лоскутами по Лимбегу и модификации), островковый кожный лоскут на жировом питающем основании, билобарный кожно-жировой лоскут, полнослойный ротируемый лоскут на питающей сосудистой ножке со лба (индийская пластика), аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, полнослойный кожно-слизистый лоскут с щеки (пластика по Брунсу и модификации), кожно-мышечный лоскут на сосудистой ножке с включением большой грудной мышцы и широчайшей мышцы. Всем пациентам в обязательном порядке проводится гистологическое исследование удаленного блока тканей с оценкой краев резекции. Оценивались функциональные и эстетические результаты операции.

Выводы: у всех пациентов, кому проводились реконструктивно-пластические операции удалось добиться значительно более быстрого заживления ран, качественного формирования рубца, отсутствия функциональных нарушений в анатомически проблемных областях и осложнений, связанных с рубцовой деформацией. Эстетическим результатом удовлетворены все пациенты. Применение методов реконструктивно-пластической хирургии при хирургическом лечении опухолей головы и шеи позволяет добиться прекрасных эстетических и функциональных результатов без ущерба радикальности и избавляет пациента от социальной дезадаптации.

### **О классификации хронического гнойного среднего отита и современных вариантах его хирургического лечения**

Крюков А.И., Гаров Е.В.  
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Длительное время в нашей стране придерживаются классификации хронического гнойного среднего отита (ХГСО), предложенной И.И. Потаповым (1961) и основанной на локализации и размере перфорации барабанной перепонки, где выделяются мезотимпанит, эптитимпанит и эпимезотимпанит, с определенным вариантом течения заболевания [Потапов И.И., 1961]. Применение ото- и эндомикроскопии, патоморфологические исследования и многочисленные клинические наблюдения больных ХГСО показали условность этой классификации [Тарасов Д.И. и соавт., 1988; Шахов А.В., 1990; Крюков А.И., Гаров Е.В., 2009]. Рекомендованная ВОЗ Международная классификация болезней (МКБ-10 2003 и 2016 г.) выделяет хронический туботимпанальный гнойный средний отит (хроническая туботимпанальная болезнь, мезотимпанит — Н 66.1) и хронический эптитимпано-антральный гнойный средний отит (хроническая эптитимпано-антральная болезнь, эптитимпанит — Н 66.2), что отражает анатомо-морфологические особенности строения среднего уха, но не учитывает динамику процессов воспаления и его исходов, а также осложнения, которые присутствуют в виде самостоятельных нозологических форм. В настоящее время при длительном течении ХГСО можно встретить сочетание катарального воспаления слизистой оболочки (мукозита) с участками тимпаносклероза, холестеатомы, фибрирования и лизиса независимо от локализации дефекта барабанной перепонки, что свидетельствует о различных морфологических вариантах воспаления и его последствий. Такой полиморфизм проявлений затрудняет разграничение клинических форм ХГСО (доброкачественный или нет) и объясняет активную хирургическую тактику в каждом случае заболевания (Тарасов Д.И. с соавт., 1988; Минаихметова Р.П., 2010; Jaisinghani V. et al., 1999). Одной из первых попыток в этом направлении была клинко-морфологическая классификация хронического среднего отита, предложенная О.К. Пятакиной и В.П. Быковой (1988), которая показала сущность этого заболевания, разнообразие и комбинации форм,

особенности их клинических проявлений и развития в морфологических и функциональных аспектах (Тарасов Д.И. с соавт., 1988). Однако учитывая МКБ-10 и приверженность многих оториноларингологов к старой классификации, она нашла понимание только у узкого круга отохирургов. Предложенные в последние годы классификации холестеатомы среднего уха по локализации и степени распространения процесса [Nelson M. et al., 2002; Patsic W. et al., 2002; Morita Y. et al., 2016] доказывают необходимость пересмотра классификации ХГСО для улучшения стандартизации заболевания, объема операции и прогнозирования ее результатов. На основании вышеизложенного мы предлагаем выделять: 1. Хронический перфоративный средний отит без холестеатомы (хр. туботимпанальный гнойный средний отит, мезотимпанит): а. латентный (т.н. «сухой») средний отит, б. с мукозитом (I, II и III степени), с. с тимпаносклерозом. 2. Комбинированная (переходная) форма. 3. Хронический перфоративный средний отит с холестеатомой (хр. эпитимпано-антральный гнойный средний отит, эпитимпанит): а. тимпанальной локализации, б. аттико-антральной локализации, с. смешанной локализации (распространенный). Мировое сообщество отохирургов придерживается определенных стандартов в номенклатуре, методиках и объемах хирургических вмешательств на среднем ухе. В то же время в каждой стране имеется свой стандарт и название операций [Kim H., 2007]. Отсутствие в нашей стране четких стандартов вызывает разночтение и неправильное понимание сути выполненных хирургических вмешательств. Учитывая современные тенденции при санирующей хирургии ХГСО, на наш взгляд, следует выделять варианты операций с подробным описанием их анатомической сущности (закрытые, полукрытые, открытые) и методикой реконструкции. Таким образом, предлагаемая классификация ХГСО отражает клинические и морфологические изменения при этом заболевании, что позволяет правильно интерпретировать состояние среднего уха и выбрать адекватную тактику лечения, вид и объем вмешательства. Предлагаемая классификация санирующих операций отражает суть хирургических вмешательств на среднем ухе и позволяет их стандартизировать для определения действительного объема оказания помощи этому контингенту больных.

### Каналопластика при врожденной аномалии развития наружного слухового прохода

Крюков А.И., Гаров Е.В., Загорская Е.Е.  
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Врожденная аномалия развития наружного слухового прохода (НСП) характеризуется его аплазией или гипоплазией, которая в 75% случаев ассоциируется с аномалией ушной раковины (микротия), среднего и внутреннего уха. Врожденные атрезии НСП выявляются у 1 из 10 000 новорожденных и более часто у лиц мужского пола. Односторонняя форма аномалий развития встречается вдвое чаще, чем двусторонняя [Schuknecht H., 1989; Declau F. et al., 1999]. Выделяют 4 степени тяжести врожденной атрезии НСП [Altmann F., 1955; Schuknecht H., 1975]. Врожденная атрезия НСП и сопутствующие аномалии среднего уха, как правило, сопровождаются кондуктивной или смешанной тугоухостью. При двустороннем процессе для социализации ребенка необходима ранняя аппаратная реабилитация, а по достижении им 8-10 лет возможно хирургическое лечение (каналопластика). При односторонней аномалии обычно за помощью обращаются в юношеском возрасте. Для диагностики патологии используется компьютерная томография (КТ) височных костей для выявления особенностей строения наружного, среднего и внутреннего уха. В случаях выявления наличия барабанной полости, элементов цепи слуховых косточек, нормального состояния и функционирования внутреннего уха (по данным исследованиям слуха) возможно проведение атрезииопластики (atresioplasty). На основе этих данных R. Jahrsdoerfer с соавт. разработана балльная система классификации для отбора кандидатов на операцию и прогнозирования ее результатов [Jahrsdoerfer R. et al., 1992].

Хирургическая коррекция врожденной атрезии НСП является технически сложным вмешательством из-за отсутствия анатомических ориентиров, дислокации структур среднего уха, расположения лицевого нерва, длительного реабилитационного периода и высокой частоты рестенозирования [Fuchsmann S. et al., 2010]. Для каналопластики используют одно- и двухэтапную тактику, задний и передний трансмастоидальные подходы с тимпано- и мастоидопластикой и пластикой НСП кожными лоскутами [Toc M., 2007; Molony T., de la Cruz A., 1990; Frölich K. et al., 2005]. Рецидив стеноза даже в руках опытных хирургов составляет 18-33% в течение первых 5-6 месяцев [De la Cruz A. et al., 1985; Schuknecht H., 1989; Shih L., Crabtree J., 1993]. У детей рестеноз после каналопластики возникает чаще в возрасте  $\leq 12$  лет (в 20-35%), чем у детей  $\geq 12$  лет (в 10%) вследствие более быстрой пролиферации грануляционной ткани и роста костной ткани [Teufert K., De La Cruz A., 2004; Chang S. et al., 2007]. Кроме того, отмечается увеличение повторного стеноза с 12.1 до 23,3% с ростом степени микротии [Teufert K., De La Cruz A., 2004]. Функциональная эффективность операции (КВИ  $< 30$  дБ) достигается у 79-90% больных в зависимости от сложности аномалии [Yildirim N. et al., 2009; Edfeldt L., Strömbäck K., 2015]. Альтернативой каналопластике является установка аппарата костной проводимости (Baha, Alpha), которая является простой хирургической процедурой и позволяет добиваться КВИ  $\leq 15$  дБ у 63%. Однако неблагоприятные реакции кожи отмечаются у 50% пациентов в течение 6,5 года наблюдения [Fuchsmann S. et al., 2010]. В отделе микрохирургии уха института с 2010 по 2015 год выполнено 18 каналопластик, из них в 4 случаях повторно и в 2 — при врожденной односторонней атрезии НСП у взрослых пациентов. Большим проведено клиническое, оториноларингологическое, аудиологическое и рентгенологическое обследование. У обоих пациентов имелась полная костная атрезия НСП, односторонняя кондуктивная тугоухость (КВИ — 55 дБ) и хорошие шансы (8 баллов по классификации R. Jahrsdoerfer) на результативность операции. Оперативное вмешательство проводилось под общей анестезией, современным и малоинвазивным передним трансмастоидальным подходом (без вскрытия антрума) с тимпанопластикой и пластикой НСП. В обоих случаях для тимпаноластики III типа применялись аутокани (аутофасция и аутохрящ), а для пластики НСП — свободные тонкие кожные лоскуты. В конце операции стенки сформированного НСП покрывали латексными протекторами и тампонировали Мероцелем на 3 недели. При динамическом наблюдении за больными отмечено повышенное гранулирование в зонах неприкрытых кожных лоскутами и длительного нахождения Мерацеля при сохранении созданного просвета НСП и улучшения слуха. Таким образом, хирургическое лечение врожденной атрезии НСП является эффективным вмешательством. Для достижения результата такие больные нуждаются в наблюдении оперирующего отохирурга и длительном реабилитационном периоде.

### Острый и хронический гнойный средний отит у детей: современные особенности диагностики и тактики лечения на амбулаторном и стационарном уровне

Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Гуров А.В., Ибрагимова З.С.  
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Цель: Изучить клинко-диагностические особенности течения хронического гнойного среднего отита в детском возрасте. Материалы и методы: обследовано 139 детей (159 ушей) с различными формами хронического гнойного среднего отита (ХГСО) в возрасте от 3 до 18 лет; мальчиков — 90, девочек — 49. Методы обследования включали в себя: сбор анамнеза жизни, заболевания и жалоб ребенка (или его родителей), оториноларингологический осмотр, отоэндоскопию, КТ височных костей, аудиологическое и вестибулологическое исследования.

Результаты: анализ антенатального анамнеза показал, что матери пациентов, страдающих ХГСО, злоупотребляли во время беременности облигатно аллергенными продуктами в 53,8% случаев. Токсикозы беременности отмечены в 41,2% случаев. Число матерей, перенесших вирусные заболевания в I половине беременности, составило 39,7%. Отмечена достаточно высокая частота угроз прерывания беременности (34,8%) и преждевременных родов (19,8%). Острую асфиксию в родах перенесло 38,9% детей с ХГСО. Достоверных различий в частоте развития поздних токсикозов, ОРВИ, перенесенных во II половине беременности, отмечено не было. Мезотимпанит диагностирован у 90 больных (103 уха), эпитимпанит — у 33 (38 ушей), эпимезотимпанит — у 16 (18 ушей). Двусторонний хронический воспалительный процесс диагностирован у 20 детей, левосторонний — у 79, правосторонний — у 60. Длительность заболевания у детей составила от 3 до 14 лет, причем их наибольшее количество (78,5%) заболело ХГСО в ясельном периоде, т.е. в возрасте от 1 до 3-х лет, после перенесенного острого гнойного среднего отита. При мезотимпаните (отоздоскопическая картина) в 10 (9,7%) случаях перфорация была в натянутой части барабанной перепонки, ее размеры не превышали 3 мм. Подавляющее число перфораций при этой форме ХГСО были центральными — 93 (90,3%), в 81 случае ее размеры не превышали 2 мм. При эпитимпаните в 27 (71,1%) случаях дефект в ненатянутой части барабанной перепонки был краевым, в 12 случаях он не превышал 1,5 мм. Центральная перфорация диагностирована в 11 (28,9%), из них в 4 ухах она была точечной (не более 1 мм). Хотелось бы отметить, что в слуховом проходе при этой форме ХГСО визуализировались холестеатомные массы со зловонным запахом. Субтотальный дефект барабанной перепонки был диагностирован у всех пациентов с эпимезотимпанитом. Исследование слуховой функции у детей с ХГСО выявило наличие кондуктивной тугоухости при мезотимпаните и смешанной формы тугоухости со слуховыми порогами по костному проведению  $10,0 \pm 0,6$  дБ и  $20,0 \pm 1,8$  дБ при эпи- и эпимезотимпаните соответственно. Проведенное у 98 больных старшего возрастного периода детальное вестибулологическое исследование не выявило каких-либо существенных изменений вестибулярной функции. Все проанализированные параметры электронистаграмм не выходили за пределы физиологического разброса показателей, которые могут колебаться в интервале  $\pm 20\%$  (норморефлексия — I степень вестибулярной реактивности). Ни в одном случае у детей с ХГСО не зарегистрировано вестибулярной гипо- или гиперфункции. Отдельные КТ-симптомы холестеатомы среднего уха (Зеликович Е.И., 2004): склеротические изменения в сосцевидном отростке, наличие мягкотканного субстрата в аттике, деструктивные изменения слуховых косточек (особенно в длинном отростке и теле наковальни), расширенный адитус, кариозные изменения стенок полостей среднего уха на ограниченных участках — диагностированы у всех пациентов с эпитимпанитом, у 5 детей с эпимезотимпанитом, у 8 — с мезотимпанитом. Во всех наблюдениях диагноз холестеатомы подтвержден интраоперационными находками.

Выводы: 1. Патология I половины беременности как фактор, способствующий развитию хронической гипоксии плода, а также острая гипоксия в родах, наряду с несоблюдением беременной гипоаллергенной диеты в числе прочих факторов могут оказывать влияние на развитие ХГСО у ребенка. 2. Особенность течения ХГСО у детей заключается в том, что у них, в отличие от взрослых больных, при отсутствии внутричерепных осложнений практически не бывает системного головокружения и нарушения вестибулярной функции. 3. Эпи- и эпимезотимпанит в деском возрасте сопровождается развитием холестеатомы в 100% и 31,3% случаев соответственно, мезотимпанит — в 8,9%. 4. Регистрация нейросенсорного компонента при аудиологическом исследовании больных с эпи- и эпимезотимпанитом косвенно указывает на наличие холестеатомного процесса в ухе. 5. КТ височных костей является «золотым» стандартом в диагностике холестеатомы уха.

## Особенности хирургического лечения и послеоперационного ведения больных при одномоментной коррекции наружного носа и перегородки носа

Крюков А.И., Азнаурян В.А., Туровский А.Б., Колбанова И.Г.  
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

При сочетанных травмах носа (наружного носа и перегородки носа) выбор метода оперативного лечения является основополагающим. Очевидно, что при деформациях наружного носа и перегородки носа хирургическое лечение двух патологических состояний требует одномоментного подхода. Эффективность хирургического лечения такого контингента больных напрямую зависит от качества ведения послеоперационного периода и значительно отличается своим подходом от врожденных деформаций наружного носа. Цель настоящей работы: оценить эффективность выбранного метода хирургического лечения и выявить особенности послеоперационного ведения больных при одномоментной коррекции наружного носа и перегородки носа. Материал и методы: в период с октября 2015 по сентябрь 2016 г. в лор отделении НИКИО им. Л.И. Свержевского нами прооперировано 52 человека (30 муж, 22 жен) в возрасте от 28 до 56 лет. Всем больным выполнено хирургическое вмешательство в объеме: септопластика, двусторонняя нижняя щадящая конхотомия с одномоментной коррекцией структур наружного носа закрытым методом. Рериносептопластика была выполнена 8 больным, 1 пациенту — пластика перфорации перегородки носа и расщепление рубцовой мембраны в области носового клапана слева. Двоим пациентам были использованы силиконовые имплантаты, 7 больным — хрящевые в область спинки носа и колумеллы. После проведенной операции всем больным устанавливались септальные шины (сплинты), которые фиксировали П-образным швом в передних отделах перегородки носа, что способствовало дополнительному укреплению реконструированного костно-хрящевого скелета перегородки носа в срединном положении, с целью гемостаза, профилактики образования гематомы и синехий. В послеоперационном периоде всем больным проводился туалет полости носа. Смена фиксирующей шины в области наружного носа выполнялась каждые 3–4 дня в течение 3–4 недель. Внутриносовые шины удаляли на 5–7 дней. На 18–21 сутки после регресса послеоперационного отека пальпаторно оценивалась плотность прилегания кожи над костно-хрящевыми структурами. Различные уплотнения и утолщения кожи служили показанием для внутрикожного введения в эти участки ферментного препарата с протеолитическим действием — гиалуронидазы. Результаты: после проводимого хирургического лечения и послеоперационного ведения у 51 больного отмечен удовлетворительный функциональный результат, у 1 больной возник рецидив рубцового сужения носового клапана слева. Удовлетворительный косметический результат получен у 49 пациентов.

Заключение: учитывая результаты проделанной работы, можно сделать вывод о целесообразности одномоментной коррекции наружного носа и перегородки носа с использованием септальных шин в послеоперационном периоде.

## Залог здоровья в навыках физической культуры

Кузнецова М.Н., Петричук С.В.  
Научный центр здоровья детей, Москва

Анализ заболеваемости детей раннего и дошкольного возраста показал, что ее высокий уровень поддерживается за счет часто и длительно болеющих острыми респираторными инфекциями (ОРИ), что сказывается не только на состоянии здоровья детей, но и всего населения, тем самым наносит значительный экономический ущерб обществу.

Цель: обособовать разработанную систему неспецифической профилактики острых респираторных инфекций у детей.

Пациенты и методы. С целью оздоровления (более 1500) детей

раннего и дошкольного возраста в условиях образовательных учреждений Москвы использованы воздушные и водные методики контрастного закаливания после дневного сна в течение 12–15 минут с доведением разницы температуры до 12–15°C, адекватные двигательные, циклические нагрузки умеренной интенсивности и комплекса метаболитов с целью оздоровления часто и длительно болеющих детей. Известно, что сезонные колебания окружающей температуры изменяют потребность в термогенезе, что предъявляет повышенные требования, прежде всего, к системе физической терморегуляции, а именно к сосудистой регуляции теплоотдачи. Химический термогенез требует интенсивного дыхания клеток и сопряжен с потоком одно- и двухвалентных ионов через клеточную мембрану. Другим звеном в схеме патогенеза «простудных заболеваний» выступает соотношение функционального состояния нейтрофилов и лимфоцитов с сосудистой реакцией кожи. Доказательность эффективности закаливающих методик изучалась по данным клинических, лабораторных и физиологических исследований. Все полученные данные обработаны методами вариационной статистики на ЭВМ с использованием пакета стандартных программ.

Результаты и обсуждение. Анализ заболеваемости острыми респираторными инфекциями детей в условиях дошкольных образовательных учреждений выявил снижение числа случаев ОРИ в среднем на 30% при введении в режим дня закаливающих процедур. Введение в оздоровительный комплекс препаратов метаболитического действия повышает профилактический эффект при систематическом проведении закаливающих процедур до 60%. Установлено, что функциональная структура популяции нейтрофилов и лимфоцитов тесно связана с основными параметрами сосудистой реакции на холод. Так, продолжительность температурной реакции кожи пропорциональна наличию активированных нейтрофилов и обратно пропорциональна разнообразию и разнородности нейтрофилов по активности НАДФН2-диафоразы. Это означает, что функциональная недостаточность популяции нейтрофилов — уменьшение различия фагоцитов между собой по состоянию бактерицидного и вирицидного механизма даже при сохранении отдельных возбужденных клеток будет сочетаться с замедленным восстановлением температуры кожи после охлаждения. Нейтрофилы регулируют капиллярный кровоток посредством выделения щелочных белков. Установлено, что зимой содержание ионов калия в слюнном секрете дошкольников больше, чем осенью; уровень натрия и ионизированного кальция, напротив, зимой меньше. Это можно расценить как признаки напряжения и начинающегося несоответствия интенсивности обмена в холодный период года при усиленной потере тепла, особенно при дефиците движений. Понижение температуры не только «оболочки», но и «ядра» приводит к понижению эффективности метаболизма. Поскольку выстраивается функциональная система «мышцы-нейтрофилы (лейкоциты) — терморегуляторный (нервно-сосудистый) аппарат», то выправление системы возможно при действии на любое звено.

Результаты исследования выявили снижение респираторной заболеваемости при оптимизации метаболизма лимфоцитов (оптимизации иммунологической памяти), функциональном возбуждении нейтрофилов при тренировке сосудистых реакций контрастными воздействиями (опосредованное влияние на внутрисосудистую популяцию нейтрофилов), при увеличении двигательной нагрузки в циклическом ритме. Все остальные способы являются вспомогательными и должны быть встроены в систему обучения ребенка рациональной физической культуре. Произвольно ребенок может регулировать лишь собственное движение, поскольку ни метаболизм клеток ни функциональная активация системы защиты, ни нейрососудистый фактор терморегуляции не подчиняются волевому усилию или мысленному решению. Все собственно врачебные методы должны оставаться в руках врача и под его наблюдением, но навыки занятий физической культурой в температурно-контрастной среде должны быть привиты с детства и стать со временем потребностью.

## Новый взгляд на глюкозурию

Кулешова С.В., Матвеева Л.С., Минушкина Л.О.  
Поликлиника №2 Управления делами Президента РФ, Москва

Термин «глюкозурия» — глюкоза в моче — («urion» — моча, «glucose» — глюкоза) хорошо известен врачам всех специальностей. В моче здоровых людей имеется глюкоза, но в таких низких концентрациях (0,06 — 0,083 ммоль/л), что практически не определяется при помощи большинства современных лабораторных методов диагностики. Концентрация глюкозы 1,7 ммоль/л в утренней порции мочи оценивается, как физиологическая глюкозурия. Генез глюкозурий разнообразен, глюкозуриями может сопровождаться широкий спектр патологических состояний, однако в последнее время появляются глюкозурии, сознательно вызванные эндокринологами. Примерно, 100 миллионов человек во всем мире страдают от диабета II типа (NIDDM), который характеризуется гипергликемией, выработкой печенью избыточной глюкозы и периферической устойчивости к инсулину. Глюкоза относится к так называемым «пороговым веществам». При уровне гликемии выше 8,9–9,9 ммоль/л канальцевая система почек теряет способность полноценно реабсорбировать глюкозу. Отсюда и появляется в большинстве случаев глюкоза в конечной моче — глюкозурия. Проблемы, вызванные усиленным гликогенолизом и глюконеогенезом, решаются сегодня назначением гипогликемических и антигипергликемических средств. Идея возможности лечения сахарного диабета путем стимуляции глюкозурии была высказана уже давно и воплотилась в группе препаратов ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера (SGLT — Sodium dependent GLucose Transport) второго типа. Механизм действия препаратов из группы ингибиторов SGLT2 заключается в том, что они замедляют действие гормона, обеспечивая перенос молекул глюкозы из просвета канальцев почек в кровь. Ингибиторы SGLT2 снижают концентрацию глюкозы в крови за счет снижения реабсорбции глюкозы в проксимальных почечных канальцах, стимулируют выведение глюкозы с мочой. Ингибиторы SGLT2 вызывают искусственную глюкозурию независимо от ее концентрации в крови и скорости поступления в почки. Эти знания базовые для клинических фармакологов и эндокринологов. Появление глюкозы в моче пациента, при назначении ему подобных препаратов ожидаемо и отражает высокую комплаентность пациента. Однако в практике клинической лаборатории нередки случаи, когда при обнаружении высокой глюкозурии данные ставятся под сомнение, моча подвергается вторичному исследованию или, что еще хуже, пациенту выдается повторное направление на исследование мочи. Происходит это от того, что врачи не информированы о факте приема пациентом препарата из группы ингибиторов SGLT2. Клинический пример. В лабораторию обратился врач-терапевт, с просьбой произвести повторное исследование анализа мочи пациента Ч., в связи с тем, что в имеющемся анализе глюкозурия, которую при отсутствии клиники и другой патологии в анализе врач ничем объяснить не может. При просмотре в динамике анализов пациента Ч. выяснилось, что подобные цифры (111,0 ммоль/л) глюкозы в моче наблюдаются у данного пациента уже несколько месяцев. Эндокринолог, у которого наблюдается пациент сообщил, что пациент с сахарным диабетом второго типа, диабетической ретинопатией, диабетической микроангиопатией, ишемической болезнью, гипертонической болезнью, ожирением с индексом массы тела 30,7 принимает базисную терапию. За период активного наблюдения состояние оставалось стабильным, но гликированный гемоглобин не достигал целевых показателей. При добавлении к базисной терапии ингибитора SGLT2 глюкоза капиллярной натошак крови снизилась до 7,4 ммоль/л, глюкоза капиллярная через два часа после еды 9,0 ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA1) достиг целевых значений 6,4%. Искусственно вызванная глюкозурия в данном случае является показателем нормализации уровня глюкозы в плазме. Сознательное усиление секреции глюкозы снижает риски развития осложнений диабета. В нашем случае было решено выносить информацию о приеме

препаратов данной группы на направительный бланк анализа мочи, чтобы избежать ненужных повторов. Эффективность терапии, реализованная в рамках междисциплинарного подхода к лечению пациента выше, чем узкий взгляд специалиста, без учета знаний в других областях. Наш пример иллюстративно доказывает, что теоретическая подготовка врача клинической диагностики сегодня должна включать все современные аспекты, даже клиническую фармакологию.

## Вопросы преемственности между психиатрической и наркологической службой в городе Москве

Кунаковская Е.К., Савельев Д.В.  
Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

Актуальность проблемы. Одним из важных факторов, влияющих на эффективность профилактической, лечебной и реабилитационной помощи лицам с психическими и наркологическими расстройствами, является межведомственное взаимодействие. Несмотря на то, что службы психиатрической и наркологической помощи в РФ существуют как самостоятельные организационные структуры здравоохранения, число госпитализированных больных с зависимостью от ПАВ в общепсихиатрические стационары составляют существенную часть от общего контингента больных с психическими формами психических расстройств. Сложность лечения наркологических пациентов многократно обсуждалась в литературе и хорошо известна практикам. Серьезной проблемой остается отсутствие необходимого взаимодействия между наркологическими и психиатрическими учреждениями.

Цель и задачи работы. Определение контингента пациентов общепсихиатрического стационара с зависимостью от алкоголя, а также перечня нозологических форм и показаний для направления в наркологический стационар для продолжения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования. Проводилось лечение и обследование клинико-психологическим методом 76 пациентов, имеющих зависимость от алкоголя и поступивших на лечение в 6-е мужское психиатрическое отделение ГБУЗ «ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ» с мая по август 2016 года. В исследование были включены мужчины в возрасте от 19 до 64 лет (доминирующий возрастной диапазон от 26 до 45 лет). Диагностическая оценка состояния производилась в соответствии с критериями МКБ -10. Результаты. За период проведения исследования в отделение поступило 193 пациента, 76 из которых (39%) имели первичную или сопутствующую психическому заболеванию зависимость от алкоголя. Из выделенной группы с зависимостью от алкоголя 43 пациента (57%) поступили с алкогольными психозами, у 19 пациентов (25%) диагностированы личностные расстройства, 12 пациентов (16%) страдали расстройствами шизофренического спектра и 2 пациента (2%) аффективными расстройствами. Необходимыми условиями для перевода и продолжения лечения в наркологическом стационаре (НПЦ наркологии ДЗМ) были наличие документов, подтверждающих регистрацию в г. Москве, отсутствие психопродуктивной симптоматики, грубой дезорганизации поведения и тяжелой соматической патологии. Из обследованной группы этим критериям соответствовали 43 (57%) пациента. По нозологическим формам они распределились следующим образом: 23 пациента (53%) с алкогольными психозами, 19 пациентов (44%) с личностными расстройствами и 2 пациента (5%) с аффективными расстройствами. Получено письменное согласие и осуществлен последующий перевод у 30 пациентов (70%) из 43. Из них 18 пациентов (60%) с алкогольными психозами, 11 пациентов (37%) с личностными расстройствами и 1 пациент (3%) с аффективными расстройствами. Средний койко-день переведенных пациентов составил 8,7 койко-дня. Пациенты с расстройствами шизофренического спектра в наркологический стационар не переведены вследствие преобладания симптоматики основного заболевания либо отсутствия мотивации для продолжения лечения. За период наблюдения (4 месяца) 3 пациента отказались от лечения

непосредственно в наркологическом стационаре, 1 был госпитализирован повторно в психиатрический стационар.

Выводы и заключение. Наибольшую комплаентность показали пациенты с алкогольными психозами, 18 из 23 возможных (78%) дали согласие и были переведены в наркологический стационар. Меньшую комплаентность показали пациенты с личностными расстройствами, перевод которых составил 11 из 19 (57%). Учитывая большое количество пациентов с наркологической патологией, поступающих в общепсихиатрический стационар, лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении них требуют комплексного и дифференцированного подхода и обеспечения преемственности между наркологической и психиатрической службой города. Пациенты с алкогольными психозами и личностными расстройствами могут рассматриваться как целевая аудитория для продолжения лечения в наркологическом стационаре. Перевод в наркологический стационар после купирования психотического состояния может рассматриваться как эффективная организационно-методическая модель оказания медицинской помощи такой группе больных. Комплексная междисциплинарная терапия пациентов с алкогольной зависимостью повышает эффективность их лечения, влияет на качество и продолжительность ремиссии.

## Ототомикоз – современный взгляд

Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Мачулин А.И.  
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии имени Л.И. Свержевского, Москва

В настоящее время во всем мире отмечается увеличение числа грибковых заболеваний. Повышение заболеваемости микозами с середины XX века связано со многими факторами, в том числе с внедрением в медицинскую практику антибактериальных препаратов и стероидов, что, несомненно, увеличило число не только кандидоза, но и микозов, вызываемых мицелиальными грибами. Задачей настоящего исследования явилась разработка оптимальной схемы диагностики и лечения ототомикоза в зависимости от выявленных особенностей.

Методы и средства. Диагноз грибкового заболевания мы устанавливали только на основании комплексного обследования, включавшего в себя не только осмотр уха с применением увеличивающей оптической техники (операционного микроскопа и эндоскопов), но и специфических микологических исследований, включавших в себя микроскопию патологического отделяемого (в т.ч. и люминесцентную микроскопию препаратов, окрашенных калькофлюором белым) и посева его на элективные питательные среды с последующей видовой идентификацией и определением чувствительности к противогрибковым препаратам.

Результаты. Анализ проведенных нами исследований показал, что в 2010-2014гг. среди 2 152 пациентов с хронической воспалительной патологией уха, обратившихся в клинические отделения института, грибковое поражение установлено у 495 больных — 23% от всех больных с хронической воспалительной патологией уха. При этом, среди всех больных ототомикозом, доминирует грибковое поражение наружного уха, выявленное нами у 331 больного (67%). Средний грибковый отит выявлен у 85 (17%) и грибковое поражение послеоперационной полости у 79 (16%) больных ототомикозом. У 65% больных с наружным грибковым отитом, у 20% больных со средним грибковым отитом и 95% с воспалением послеоперационной полости мы выявляли плесневые грибы, наиболее часто представленные родом *Aspergillus* spp., виды *A.niger*, *A.flavus*, *A.fumigatus*. У остальных пациентов возбудителями были грибы *Candida* spp. Параллельно с микологическими исследованиями у всех больных ототомикозом были выполнены и бактериологические исследования. В 26% наблюдений выявлены грибково-бактериальные ассоциации. Для лечения были использованы системные и местные формы препаратов разных групп: азолы –; аллиламины — тербинафин, нафтифин; хлоритрофенол. Лечение назначали с учетом вида выделенного гриба и чувствительности к противогрибковым препаратам. На основании

анализа результатов настоящего исследования разработан алгоритм диагностики и лечения больных с грибковыми поражениями разных отделов уха, включающий этапное исследование отделяемого из уха и назначение препарата с учетом рода выделенного гриба. Продолжительность лечения составляла не менее 14 дней и продолжалась в течение 2 недель после клинического излечения. В тех случаях, когда грибы не были обнаружены, больные оставались под динамическим наблюдением. При сохранении жалоб, характерных для отомикоза, мы повторяли исследование отделяемого из уха на наличие грибов. Заключение. Дифференцированный подход к назначению противогрибковых препаратов с учетом вида возбудителя позволил улучшить результаты лечения: доля полностью излеченных больных с отомикозом достигла 97% — при кандидозном поражении и 85% при аспергиллезе.

### Диагностика и лечение травм среднего уха

Кунельская Н.Л., Федорова О.В., Загорская Е.Е., Киселюс В.Э.  
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Из-за широкого использования достижений технического прогресса в быту и на производстве, увеличения скоростей, локальных военных и террористических действий наряду с возрастанием общего травматизма происходит увеличение травм среднего уха, которые составляют более 30%. Повреждения структур уха происходят в результате черепно-мозговых травм, механического воздействия при введении инородных предметов в наружный слуховой проход и барабанную полость, изменении давления в барабанной полости при погружении на глубину, взрыве, ударе по уху, чихании, ожогах и т. д. Разрыв барабанной перепонки может возникнуть при любом механизме травмы и более чем в 40% случаев сопровождается повреждением структур среднего и внутреннего уха.

Целью работы явилось оценить характер повреждений структур среднего уха и их клинических проявлений при наиболее часто встречающихся механизмах травмы и определить эффективное лечение при различных типах повреждений. За период с 2011 по 2016 г. в отделе микрохирургии уха института были обследованы 198 больных с травматическим повреждением уха в возрасте от 15 до 71 года. Длительность заболевания от 1 дня до 23 лет. Всем больным проведено обследование: отомикроскопия, аудиологическое исследование (камертональное исследование, тональная пороговая аудиометрия (ТПА), определение чувствительности к ультразвуку и его латерализации, импедансометрия), по показаниям — вестибулометрия, компьютерная томография (КТ) височных костей, аудиологический тест Фрезера. Независимо от механизма травмы у всех больных отмечалось снижение слуха. Кондуктивный тип снижения слуха выявлен у 45%, смешанный у 46%, нейросенсорный у 9%. 81% пациентов отмечали субъективный ушной шум, а 51,2% — различные головокружения. Травматическая перфорация БП была выявлена в 83% и отмечалась при всех механизмах травм. Консервативная миринопластика (КМ) с использованием различных материалов проведена 118 (60%) больным в сроки до 1 месяца после травмы. Показанием к КМ являлись наличие изолированной перфорации БП менее 50% ее площади, без признаков воспаления, подворачивания краев перфорации и внедрения эпидермиса в барабанную полость. Полное закрытие травматической перфорации после КМ отмечено у 110 (94%) пациентов. При наличии воспаления проводилась местная антибактериальная и противовоспалительная терапия с целью подготовки к КМ или хирургическому лечению. Хирургическое лечение проведено 80 больным. Показанием к хирургическому лечению являлись: 1) изолированная перфорация более 50% площади БП, неэффективность; КМ 2) наличие костно-воздушного интервала (КВИ)  $\geq 30$  дБ при целой БП; 3) подозрение на травматическую фистулу окон лабиринта; 4) поперечные переломы пирамиды височной кости, проходившие

через медиальную стенку барабанной полости с признаками ликвореи. Методика операции зависела от характера повреждения структур среднего и внутреннего уха. Выполнялись: тимпанопластика, оссиклопластика, пластика перилимфатических и ликворных фистул. Сопоставляя операционные находки с данными анамнеза и обследования пациентов, были выявлены наиболее характерные повреждения для разных видов травм: — прямая механическая травма: дефект БП, дислокация стремени с повреждением анулярной связки, реже — фистулы окна улитки; — непрямая механическая травма: продольные и поперечные переломы пирамиды височной кости, повреждение и дислокация слуховых косточек, перилимфатические и ликворные фистулы; — баротравма: фистула окна улитки, реже — обоих окон лабиринта при целой или поврежденной БП (при взрыве — с подворачиванием краев перфорации в барабанную полость); — ожоги: дефект БП, сопровождающийся аваскулярным некрозом и длительным воспалением, вторичная атрезия наружного слухового прохода. Таким образом, характер повреждения структур уха зависит от механизма травмы и интенсивности воздействия травмирующего фактора. Клинические проявления и выраженность симптомов обусловлены степенью повреждения структур уха, их сочетанием и наличием сопутствующей травматической патологии. Своевременная диагностика при травмах уха позволяет провести адекватное лечение, избежать формирования стойкой перфорации барабанной перепонки, снижения слуха, произвести реконструктивные вмешательства для улучшения слуха и качества жизни пациентов.

### Психотерапевтический подход в лечении пациентов с соматизированными синдромами

Кучинов А.И., Рылева Е.Г., Ледяйкина Ю.А.  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва

Цель настоящей работы — улучшение психоадаптационных показателей пациентов с соматизированными синдромами при помощи психотерапевтического вмешательства. Материалы и методы. Для достижения поставленной цели использовались информационные психосемантические технологии с применением эффекта неосознаваемого семантического воздействия: программно-аппаратный комплекс аудиальной психокоррекции с технологией неосознаваемого психосемантического воздействия. Теоретико-методологической основой работы явилась концепция протопатической чувствительности (концепция телесного восприятия) М.И. Аствацатурова, концепция знаково-символического опосредствования внутреннего восприятия (концепция нарушений семантики внутреннего восприятия при патологии), и концепция специфичности психопатологической лексики (концепция формирования патоидиолекта). На базе ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ» проводились предварительные апробации (в 2001, 2002 и 2010 гг.) метода неосознаваемой аудиальной психокоррекции на пациентах с «пограничными психическими расстройствами» (психогенно обусловленные тревожные расстройства, депрессивные расстройства, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, соматоформные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства). В ходе апробаций была выявлена высокая терапевтическая эффективность метода (снижение фоновой тревоги, редукция психосоматической симптоматики, повышение активности, сокращение сроков реабилитации). Апробации проводились также на базе ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ (2005 г.) и на базе других медицинских учреждений. На основании результатов проведенных апробаций метод неосознаваемой аудиальной психокоррекции был рекомендован для психотерапевтического применения. Оценка состояния пациентов основывалась на данных клинического обследования, психодиагностических бесед с пациентами и бесед с их родственниками, на результатах самоотчетов (в том числе дневниковые записи пациентов), на методах психометрического

обследования — тесты ММИЛ, тест Spilberger, САН и на методе семантического дифференциала, который позволяет наглядно отобразить отношение пациента к значимым понятиям и объективизировать неосознаваемые процессы. Помимо этого метод семантического дифференциала позволяет выделить ключевую семантику — мишени психотерапевтического воздействия и определить степень ее субъективной значимости для дальнейшего использования в АПК-программах. За анализируемый период (с 2012 г.) было проведено 132 пациента с психосоматическими, соматоформными и конверсионными расстройствами (в рамках различных нозологий психогенной этиологии).

Результаты и их обсуждение. Основными результатами использования метода является достоверное снижение уровня тревоги в процессе проведения сеансов психокоррекции (у 116 пациентов 87,9%), нормализация или выраженное улучшение продолжительности и качества сна (у 96 пациентов 72,7%), редукция психосоматической симптоматики, что приводит к снижению медикаментозной нагрузки. Клиническая картина соответствует положительной динамике изменения семантических структур (по результатам метод семантического дифференциала): у пациентов выявлены положительное смещение понятия «Я», ослабление ассоциативной связи «Я» — «Я—больной».

Выводы: полученные данные могут учитываться при построении психотерапевтических программ с больными «пограничными психическими расстройствами».

### **Возможности эндоскопической назоинтестинальной декомпрессии с использованием водорастворимого контраста в консервативном лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости**

Ларичев С.Е., Завьялов Б.Г., Шабрин А.В., Сушко А.Н., Минасян А.В. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Городская клиническая больница №17, Москва

Острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН) издавна считается одним из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. Оперативное лечение при ОСТКН нередко сопряжено с большими техническими трудностями, обуславливающими развитие послеоперационных интраабдоминальных осложнений. Обоснованным является стремление хирурга избежать экстренного хирургического вмешательства и разрешить кишечную непроходимость консервативными мероприятиями. Одним из наиболее эффективных и патогенетически обоснованных методов консервативного лечения ОСТКН является эндоскопическая назоинтестинальная декомпрессия (ЭНИД). Особое значение приобретает использование водорастворимого контраста вместо бариевой взвеси, для оценки восстановления пассажа по тонкой кишке, который, по мнению многих исследователей, кроме диагностического значения обладает выраженным терапевтическим эффектом.

Цель исследования: определить роль эндоскопической назоинтестинальной декомпрессии с использованием водорастворимого контраста в комплексной консервативной терапии острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

Клинический материал: за период с 2013 по июль 2016 гг. в клинике находились на лечении 293 больных с ОСТКН. Всем больным при поступлении выполнялся комплекс диагностических мероприятий (рентгенологическое полипозиционное исследование, УЗИ, компьютерная томография), направленный на констатацию непроходимости, определение ее уровня и формы (странгуляционная, обтурационная). Проведение консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости, считали возможным 279 пациентам, у которых отсутствовали явления странгуляции, перитонита и не было признаков запущенной кишечной непроходимости с выраженными водно-электролитными нарушениями. Пациенты были условно разбиты на 2 группы: 1-я группа (2013–2014 гг.) — 160 больных, которым выполнялась

«традиционная» терапия, направленная на разрешение ОСТКН. 2-я группа (2015— июль 2016 г.) — 119 пациентов, терапия у которых включала использование эндоскопической назоинтестинальной декомпрессии, а контроль за эффективностью осуществлялся оценкой пассажа водорастворимого контраста по тонкой кишке. При отсутствии положительного эффекта в разрешении тонкокишечной непроходимости от проводимой терапии выполнялось срочное оперативное вмешательство.

Результаты: эффективность консервативных мероприятий в целом из 279 пациентов с ОСТКН составила 73,8%. В первой группе («традиционная» терапия) кишечную непроходимость удалось разрешить консервативным путем у 109 из 160 пациентов (68,1%). Во второй группе (ЭНИД с водорастворимым контрастом) разрешить ОСТКН удалось у 97 из 119 пациентов (81,5%) в среднем через 14,3±3,1 час от начала терапии, у остальных 22 пациентов сохраняющиеся явления непроходимости потребовали срочного оперативного вмешательства в среднем через 12,5±3,4 час от поступления. Среди больных, которым проводилась ЭНИД, летальный исход отмечен в 1 случае у оперированного пациента. Общая летальность составила 0,81%, послеоперационная — 4,5%. В группе «традиционного» лечения летальные исходы отмечены у 4 из 160 больных — 2,5%. Послеоперационная летальность составила — 7,8%. Таким образом, сравнительный анализ показал, что ЭНИД с использованием водорастворимого контраста является наиболее эффективным способом консервативной терапии ОСТКН, позволяющим значительно улучшить общие результаты лечения этой нозологии.

### **Комбинированное отравление опиоидами и этанолом — сочетание несочетаемого?**

Ливанов А.С., Васильев В.Ю., Солдатова В.Ю., Остапенко Ю.Н., Кадымов Р.О., Леженина Н.Ф.

Городская клиническая больница № 51, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Научно-практический токсикологический центр ФМБА России, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Актуальность. Отравления опиоидами сохраняют актуальность, несмотря на усилия и успехи в борьбе с их производством и распространением во всем мире. Ранее в России традиционно на первом месте было употребление алкоголя. Однако с начала 90-х годов к этой проблеме добавились наркотики, и в настоящее время количество больных с токсическим действием этанола и отравлением опиоидами, по нашим данным, вполне сопоставимо. При этом имеет место также одновременный прием этанола и опиоидов. По данным литературы, исследуются в основном отравления опиоидами в сочетании с другими психотропными и наркотическими препаратами (снотворные, кокаин, антидепрессанты и пр.), но не этанолом, отмечается существенное ухудшение прогноза заболевания при сочетании опиоидов с 2, 3 и более препаратами.

Цель. Анализ течения отравлений опиоидами в сочетании с этанолом и без такового.

Методы. Ретроспективный анализ 5498 медицинских карт стационарных больных, доставленных за период с 2012 г. по 2015 г. в отделение отравлений ГКБ № 5 г. Москвы с отравлением опиатами и метадонном и этими же токсикантами в сочетании с этанолом.

Результаты. Все больные были распределены на 4 группы: I — отравление метадонном, II — отравление опиатами, III — отравление метадонном в сочетании с этанолом, IV — опиатами в сочетании с этанолом. Пациенты I группы составили 9,1% от общего количества наблюдений, II — 32,4%, III — 2,6%, IV — 55,9%. Пациенты III и IV групп в зависимости от содержания этанола в крови были разделены еще на три подгруппы: 1 подгруппа — с содержанием этанола от 1,0 г/л до 1,9 г/л, 2-я — от 2 г/л до 2,9 г/л и от 3 г/л и выше — 3-я. Количество пациентов в коме с нарушением дыхания, нуждавшихся в переводе на ИВЛ при поступлении, среди больных, принимавших опиаты, в 1 подгруппе составило 3,6%, во 2-й — 1%, в третьей 1,58 (р < 0,05).



У пациентов IV группы (170 человек), (данные за 2015 г.) закономерность зависимости количества ком от концентрации этанола в крови была еще более выражена. Так, при концентрации этанола в крови выше 3,0 г\л количество таких пациентов составило 0,6%. При уровне этанола от 2,0 до 2,9 г\л — 2,94%, а при концентрации менее 2,0 г\л наличие комы зафиксировано у 3,5% пациентов. В III группе количество пациентов в коме при концентрациях этанола менее 2,0 г\л составило 1,8%, в остальных подгруппах развития коматозного состояния с необходимостью проведения ИВЛ не отмечено.

Обсуждение. Таким образом, увеличение содержания этанола в крови у пациентов с отравлениями опиоидами парадоксально сопровождалось уменьшением числа тяжелых осложненных ком. При сборе наркологического анамнеза, по восстановлении продуктивного контакта, было установлено, что 89% этих больных употребляло опиаты ранее и на момент отравления находились в состоянии ремиссии, а «небольшая» алкоголизация в компании «старого друга» предшествовала приему наркотиков. То есть алкоголь, будучи социально более приемлемым, в этой группе выступал, скорее всего, в роли своего рода адьюванта, снимающего за счет своего одурманивающего действия возможность адекватного самоконтроля. Больше количество ком связано, по-видимому, в этой группе с меньшей толерантностью к опиатам. Отмечается формирование «новой» группы больных (3,4%), принимавших опиоиды для лечения синдрома отмены алкоголя на фоне длительной, в том числе заместительной, алкоголизации (запоев). При этом отмечали в характерные сроки развитие классических алкогольных делириев по выходе из наркотической комы. Также обращает на себя внимание то, что количество употребивших метадон вместе с алкоголем значительно меньше, чем в группе с опиатами. Объяснить это, на наш взгляд, можно тем, что метадон действует дольше героина и других опиатов. Его, как правило, систематически употребляют наркоманы с длительным стажем заболевания, без перерывов, сохраняя высокую толерантность. У них отсутствует потребность замещать употребление наркотика алкоголем. Факт наличия меньшего числа тяжелых осложненных ком при повышении концентрации этанола в крови требует дополнительного исследования с уточнением уровня опиоидов в крови таких пациентов и скорости их элиминации.

### Проблемы дифференциальной диагностики краткосрочно протекающих психозов при расстройствах шизофренического спектра при злоупотреблении недифференцированными психоактивными веществами

Линдаренко И.В., Карпенко О.А.  
Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

Актуальность проблемы. Психотическая симптоматика, развивающаяся на фоне употребления неизвестных синтетических психоактивных веществ (недифференцированные ПАВ — нПАВ), является актуальной проблемой для клиницистов в связи со сложностью дифференциальной диагностики данных состояний с расстройствами шизофренического спектра.

Задача дифференциальной диагностики имеет высокое медико-социальное значение в связи с различиями постгоспитального этапа терапии этих групп пациентов, разнице в прогнозах и отдаленных последствий заболеваний. Цели и задачи. Исследование особенностей клиники психозов, индуцированных приемом нПАВ; проведение дифференциальной диагностики с острыми психотическими эпизодами при болезнях шизофренического спектра. Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни пациенток, поступивших в острое отделение для иногородних ГБУЗ «ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского» ДЗМ в 2014—2016 гг. Было отобрано 20 случаев психозов на фоне употребления нПАВ (основная группа, ОГ) и 36 случаев психозов при расстройствах шизофренического спектра, схожих по клиническим характеристикам с психозами ОГ (группа сравнения, ГС), всего 56 случаев.

В группу сравнения пациентки отбирались по следующим критериям: 1) внезапность развития психоза (в течение 24 часов до госпитализации), 2) наличие в клинической картине как слуховых, так и зрительных галлюцинаций, бреда воздействия; 3) быстрое купирование психоза (до 7 дней). Возраст обследованных больных колебался от 18 до 42 лет, средний возраст — 27 лет. Таким образом, пациентки обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту и клинко-психопатологической картине психоза.

Результаты. На начальных этапах госпитализации дифференциальная диагностика была крайне затруднительна в силу недоступности пациенток продуктивному контакту, однотипности острой галлюцинаторно-параноидной симптоматики, полиморфизма психопатологических симптомов. В 100% случаев в структуре психоза наблюдался галлюцинаторно-параноидный синдром. Зрительные обманы восприятия отмечались у 8 пациенток (40%) в ОГ и 3 (8,3%) в ГС; вербальный галлюциноз — у 12 (60%) в ОГ и у 33 (91,7%) в ГС; психомоторное возбуждение — у 14 (70%) в ОГ и у 24 (66,7%) в ГС; тревожно-аффективная симптоматика отмечалась у 18 (90%) в ОГ и у 31 (86,1%) в ГС; кататонический ступор выявлялся у 2 пациенток (10%) в ОГ и 6 пациенток (16,7%) в ГС. В структуре психоза также отмечались эпизоды помрачения сознания: кратковременные (до нескольких часов) у 5 (25%) в ОГ и у 7 (19,4%) в ГС; при этом выявилось 2 случая (10%) в ОГ и 4 (11,1%) в ГС длительного (до 7 суток) и труднокупируемого помрачения сознания. Все пациенты получали купирующую антипсихотическую терапию типичными антипсихотиками инъекционно. Купирование острой психотической симптоматики в течение нескольких часов (до суток) отмечалось у 7 человек (35%) в ОГ и у 6 (16,7%) в ГС; в течение 3 суток — у 11 пациенток (65%) в ОГ и 26 (72,2%) в ГС; у остальных пациентов (2 (10%) в ОГ и 10 (27,8%) в ГС) купирование острой психотической симптоматики достигалось в течение 3–7 дней. Лишь в процессе динамического наблюдения при появлении возможности установить продуктивный контакт, были обнаружены дифференциальные признаки состояний. У пациентов ОГ на первый план выступал астеновегетативный синдром, были характерны истероформные реакции и просьбы ввести лекарственные средства для облегчения состояния. У пациентов ОГ после купирования острой симптоматики в 100% случаев наблюдалось полное осознание болезненных переживаний, при этом пациенты пытались объяснить свое состояние приемом нПАВ (спайсов, солей, жидкостей, газов и т.п.) в отличие от пациентов ГС, которые не могли объяснить причин своих болезненных переживаний и чаще не имели критики к ним.

Выводы. В дифференциальной диагностике необходимо учитывать не столько особенности синдромальной структуры психоза, сколько динамические отличия. На начальных этапах различия отмечаются в превалировании зрительных или вербальных галлюцинаций; интоксикационные психозы купируются, как правило, быстрее, чем шизофренические; однако основные различия выявляются при возможности установления продуктивного контакта с пациентом, что выявляет особую значимость активного расспроса пациентов в отношении фактов употребления нПАВ. Значительный вклад в диагностику психозов, вызванных всевозможным употреблением нПАВ, могло бы внести экспрестестирование на наличие данных веществ в жидкостях организма, что делает крайне актуальной разработку таких тестов сегодня.

### Эффективность биологической терапии инфликсимабом в лечении анемии у больных с воспалительными заболеваниями кишечника

Лищинская А.А., Князев О.В., Носкова К.К., Парфенов А.И.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

Анемия у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) носит мультифакторный характер и часто развивается как анемия хронических заболеваний на фоне железодефицита. Лечение таких случаев анемии требует не только компенсации дефицита железа, но и подавления воспалительной активности

заболевания. Современная биологическая терапия антицитокиновыми препаратами позволяет быстро купировать проявления воспаления и эффективно компенсировать анемический синдром.

Цель: оценить эффективность купирования анемического синдрома при применении инфликсимаба в качестве базисной терапии. Материалы и методы: обследовано 153 больных язвенным колитом (ЯК) и 53 больных с болезнью Крона (БК). Всем больным выполняли общий анализ крови, определяли показатели обмена железа: гемоглобин (Hb), сывороточное железо, ферритин, насыщение трансферрином железа (НТЖ) и оценивали воспалительную активность по уровню гепсидина, С-реактивного белка (СРБ). 21 (56,8%) больному впервые в стационаре были назначены системные глюкокортикостероиды (ГКС) (преднизолон в суточной дозе 1 мг на 1 кг массы тела) в комбинации с иммуносупрессорами (ИС) (азатиоприн в дозе 100 мг в сутки). 16 (43,2%) больных получали инфликсимаб в дозе 5 мг на 1 кг массы тела. На 14 день терапии больным выполнялся контрольный анализ крови и определялся уровень факторов воспаления и параметры обмена железа. Больные с железodefицитом дополнительно получали препараты железа в дозе 100 мг в сутки.

Результаты исследования: анемия выявлена у 51 (33,3%) больного ЯК и у 25 (47,2%) больных БК. Частота анемии в зависимости от предшествующей терапии колебалась от 25,5% в группе больных, получавших препараты 5АКС, до 72,2% в группе больных, получавших ГКС в сочетании с иммуносупрессорами. Также высокая частота анемии в группах больных, получающих ГКС, — 66,7% больных и комбинацию ГКС и препаратов 5АКС — 58,2% случаев. Сочетание ЖДА и АХЗ отмечено у 12% больных ВЗК. Для проведения терапии было отобрано 37 больных с анемией, у которых отмечалась высокая активность факторов воспаления. При оценке эффективности проводимой базисной терапии на 14 день от начала лечения в группе больных, получавших ГКС в комбинации с ИС, отмечалась следующая динамика показателей: Hb —  $10,7 \pm 1,78$  vs  $12,86 \pm 1,5$ , железо сыворотки —  $9,38 \pm 7,87$  vs  $12,72 \pm 7,17$ , ферритин —  $127,9 \pm 59,3$  vs  $140,9 \pm 30,72$ , НТЖ —  $19,47 \pm 13,21$  vs  $24,81 \pm 11,88$ , СРБ —  $32,38 \pm 34,03$  vs  $11,13 \pm 18,46$ , гепсидин —  $327,25 \pm 379,07$  vs  $184,95 \pm 175,1$ . В группе больных, получавших инфликсимаб, динамика показателей следующая: Hb —  $13,44 \pm 1,31$  vs  $13,63 \pm 1,24$ , железо сыворотки —  $11,72 \pm 6,86$  vs  $14,7 \pm 10,52$ , ферритин —  $165,14 \pm 41,2$  vs  $163,74 \pm 35,83$ , НТЖ —  $22,73 \pm 14,65$  vs  $26,96 \pm 19,81$ , СРБ —  $11,93 \pm 16,17$  vs  $6,09 \pm 7,85$ , гепсидин —  $171,99 \pm 175,49$  vs  $126,19 \pm 160,37$ . В результате проведенной терапии синдром анемии был купирован у 13 (81%) больных, получавших инфликсимаб, и у 9 (43%) больных после назначения ГКС и ИС (81% vs. 43% больных;  $c^2=6,6$ ,  $p=0,03$ ). Выводы: применение инфликсимаба дает быстрый положительный ответ, который обусловлен уменьшением отрицательного влияния факторов воспаления на обмен железа, что приводит к купированию анемического синдрома.

### Клинико-патогенетические варианты анемии у больных воспалительными заболеваниями кишечника

Лищинская А.А., Носкова К.К., Князев О.В., Парфенов А.И.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

Анемии — самое частое осложнение воспалительных заболеваний кишечника: болезни Крона и язвенного колита. Частота составляет 30–70% среди больных ВЗК. Этиология анемии при ВЗК связана с различными факторами патогенеза, такими как дефицит железа, вследствие хронической кровопотери, нарушение всасывания железа, витамина В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты при поражении тонкой кишки при болезни Крона. Также выделяют анемию хронических заболеваний, этиология которой связана с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов, что опосредованно влечет за собой подавление эритропоэза. Однако исследований по изучению влияния совокупности этих факторов

на развитие анемии не проводилось.

Цель: изучить сочетание патогенетических факторов развития анемии у больных ВЗК. Материалы и методы: обследовано 153 больных язвенным колитом (ЯК) и 53 больных с болезнью Крона (БК), мужчин и женщин, средний возраст  $41,16 \pm 16,49$  года. Определяли показатели развернутого клинического анализа крови обмена железа (железо сыворотки, ферритин, трансферрин, общую железосвязывающую способность сыворотки, латентную железосвязывающую способность сыворотки, насыщение трансферрином железа, растворимый рецептор трансферрина, а также уровень эритропоэтина, витамина В12, фолиевой кислоты, гепсидина, СРБ и  $\alpha$ -ФНО.

Результаты: Среди всех обследованных нами больных ВЗК анемия была выявлена у 35,4% (29,7–41,1; 95% ДИ) больных, при ЯК — у 33,4% (26,9–39,8; 95% ДИ) больных и при БК — у 39,7% (27,9–51,5; 95% ДИ) больных. Согласно морфометрии эритроцитов больные с анемией были распределены на 3 подгруппы: гипохромная микроцитарная анемия — 45 (46,9%) больных, нормохромная нормоцитарная анемия — 41 (40,6%) больных, гиперхромная макроцитарная анемия — 12 (12,5%) больных. У больных с гипохромной микроцитарной анемией железodefицит, как определяющий фактор, встречался у 38,8% больных, а сочетание с другими патогенетическими факторами анемии установлено у 61,2% больных. У больных с нормохромной нормоцитарной анемией основную группу — 47% составили больные, у которых АХЗ сочеталась с ЖДА, изолированно АХЗ встречалась у 24% больных, и у 24,8% больных встречались остальные факторы патогенеза анемии. У больных с макроцитарной гиперхромной анемией чаще отмечался дефицит витамина В<sub>12</sub> и/или фолиевой кислоты, а также встречались и другие патогенетические факторы анемии. Вывод: у больных ВЗК частота ЖДА составляла 6,2% (3,3–9,1; 95% ДИ), ЖДА+АХЗ — 12% (8,1–15,9; 95% ДИ), АХЗ 3,6% (1,4–5,8; 95% ДИ), В<sub>12</sub>/фолиевodefицитная анемия — 3,6% (1,4–5,8; 95% ДИ) и у 10,2% (6,7–13,7; 95% ДИ) больных анемия обусловлена сочетанием 3-х и более патогенетических факторов.

### Обзор актуальных вопросов детской суицидологии за 2014–2015 гг.

Логинов И.А., Мельникова О.О.  
Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Москва

Актуальность: проблема детских суицидов актуальна в РФ, т.к. детские суициды — это не только проблема общества здравоохранения, но и проблема социального спектра.

Цель: анализ данных тенденций суицидального поведения подростков за 2014–2015 гг. Материалы и методы: по данным ГНЦСиСП им. В.П. Сербского на протяжении 15 лет в стране ежегодно совершается около 2000 детских и подростковых самоубийств. В 70% случаев суициды совершают психически совершенно здоровые дети. В 80% детских суицидов способ отравление. Анализ данных за последние десятилетия характеризует рост самоубийств среди детей и подростков. Причины наблюдаемых процессов связаны с влиянием западной культуры, провоцирующей индивидуализм, гедонизм, деформацию ценностей, развитием интернета, распространением «суицидального контента», работой поисковиков, предлагающих популярные словосочетания («суицид — как совершить»), ухудшением психического здоровья подростков. Это сопровождается усилением психосоциального стресса, связанного с неравенством, одиночеством, кризисом семьи и недостатком социальной поддержки.

Результаты: в РФ за период с 1999 по 2009 гг. смертность от самоубийств среди взрослых снизилась на 30%, в среди подростков — на 10%. По статистике ССИНМП им. А.С. Пучкова, за 2015 год сделано 433 вызова к детям от 0–17 лет с диагнозом «суицидальная попытка», из них летальных случаев — 16. В 85% случаев вызовы с подтвержденным суицидальным поводом и демонстративно-шантажным поведением завершились медицинской эвакуацией. 93% пациентов и их законных представителей

добровольно соглашались на психиатрическое освидетельствование. Факторы риска суицидального поведения: безнадежность, безбудущность и переживание брошенности, ненужности, одиночество. Состояние безнадежности включает в себя два основных компонента: пессимистические установки на будущее и ощущение беспомощности. Безнадежность может быть даже более важным предиктором суицидальных намерений, чем депрессия. Анти-витальные мысли были у подростков — учащихся 5–10 классов общеобразовательных школ. Мысли о самоубийстве (без намерения его осуществления) присутствуют у 11,8% школьников, желание убить себя — у 2%. У мальчиков психологическими предикторами суицидального поведения являлись безнадежность и нарушения социально-психологической адаптации, у девочек — разлад в семье, нарушение семейно-ролевых отношений, ранние нарушения поведения. Важной составляющей в патогенезе суицидального поведения является выраженность в структуре личности пограничных и нарциссических черт, как подчеркнуто DSM-IV. В психическом состоянии на первый план выходила аффективная лабильность с чередованием состояний усталости и раздражительности, состояниями гипертимности и энергичности. Выявлено наличие суицидальных тенденций с проявлением устойчивых мыслей о смерти, желании «исчезнуть», без серьезных намерений. Представления о своей смерти носили фантазийный характер и были связаны с протестом, обращением на себя внимания из-за несправедливости. Демонстрировали устойчивые мировоззренческие характеристики негативного взгляда на мир и себя, связанные как с личностным радикалом (нарциссизм, негативизм), кризисными периодами подросткового возраста, в некоторых наблюдениях — расстройствами депрессивного спектра. Восприятие мира было «поляризовано», с резкими переходами между крайним восхищением и ненавистью. Отмечались нестойкие, зависимые от внешних ситуаций антивитальные переживания, агрессивное и аутоагрессивное поведение, образующие своего рода континуум, нахождение на котором прямо зависело от характера ситуации. Источниками кризисных состояний подростков были — несчастная любовь, трудности в межличностных отношениях, отвержение близкими людьми. Объединял эти ситуации производимый на личность подростка эффект, заключающийся в усилении размытости границ «я», и как следствие, нарастание тревоги, подавленности, раздражения. В качестве «пресуицидальных психологических маркеров» на первый план выходили: эмоциональная нестабильность, импульсивность, агрессивность в поведении, сужение восприятия по типу «тоннельного видения».

Заключение: таким образом, проблема актуальна с незначительной тенденцией к снижению детских суицидов, с возрастанием факторов риска суицидального поведения. Особенностями оказания несовершеннолетним пациентам скорой психиатрической медицинской помощи являются индивидуальный разбор случая и предотвращение повторных суицидов.

### Гуморальный криз отторжения почечного аллотрансплантата и каскадная плазмофильтрация

Лосс К.Э., Ветшева М.С., Подкорытова О.Л., Артюхина Л.Ю., Котенко О.Н., Брацун О.И.  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Городская клиническая больница № 52, Москва

Основными причинами потери функции аллотрансплантированной трупной почки (АТП) является развитие криза отторжения трансплантата как в раннем, так и в более позднем периоде после трансплантации. Наиболее серьезным является гуморальный криз отторжения почечного аллотрансплантата, ведущий к потере функции органа в течение одного года. Гуморальный криз — это иммунологическая реакция организма реципиента на антигены системы HLA, индуцирующие антительный иммунитет. Основным критерием острого гуморального криза отторжения является быстрое снижение функции трансплантата, что проявляется повышением уровня

креатинина плазмы крови, появлением и/или нарастанием — протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии.

Цель работы: проанализировать эффект каскадной плазмофильтрации (КПФ) в комплексном лечении у больных после АТП с гуморальным кризом отторжения.

Материалы и методы. Наш первый опыт базируется на включении в комплексное лечение каскадной плазмофильтрации 8 пациентов с гуморальным кризом отторжения на поздних сроках после АТП. Средний возраст пациентов — 46,5 (40; 50,5) года. У всех пациентов проведен комплекс клиничко-лабораторного исследования, а также пункционная биопсия аллотрансплантата трупной почки, позволяющие диагностировать гуморальный криз отторжения. Всем больным наряду с КПФ, проводилось общепринятое медикаментозное лечение острого криза отторжения — пульсовое введение метилпреднизолона. Для проведения КПФ пациенты были переведены в ОРИТ. Всем больным аллотрансплантация трупной почки выполнялась по причине развития терминальной почечной недостаточности в исходе хронического гломерулонефрита (100% случаев). Криз отторжения развивался в различные сроки после АТП, в среднем через 6,5 (2,5; 8,0) года после трансплантации почки. Тяжесть состояния больных на момент начала лечения составила — 16 (11,5; 17,5) баллов по шкале APACHE II. Среднее артериальное давление — 100 (90,75; 118,25) мм рт ст. Медиана креатинина плазмы крови 201,5 (141; 269), мочевины — 16,5 (9,0; 23,1), протеинурия достигала 1,13 (0,2; 3,01) г/л, эритроцитурия — 15,9 (6,3; 31,7) кл/мкл, лейкоцитурия — 6,5 (2,1; 10,9) кл/мкл, что свидетельствовало об активности процесса отторжения. Всем пациентам на фоне базовой терапии проводилась каскадная плазмофильтрация на аппарате Plasmauto Σ с использованием фильтров PlasmaFlo OP-05W(L), Cascadeflo EC-50W. Длительность процедуры в среднем 2 часа, кратность через день. Число процедур 4 на каждого пациента. Объем обработанной плазмы составлял 2,0 литра. Сосудистый доступ — центральный венозный катетер или артериовенозная фистула. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета SPSS 13.0 (SPSS Inc., Chicago, 2005). Результаты и обсуждение: по данным проведенного исследования отмечено: отсутствие влияния КПФ на уровень САД, оно оставалось на уровне 95 (87; 97) мм рт ст., стабилизация или снижение основных маркеров гуморального криза отторжения — протеинурия сохранялась на уровне 1,0 (0,5; 1,6) г/л, эритроцитурия снизилась в два раза — 8 (3,7; 17) кл/мкл, лейкоцитурия уменьшилась с 6,6 до 5,0 (1,05; 15,5) кл/мкл. Также проводилось исследование уровня АТ к HLA II класса, при котором наблюдалось снижение АТ с 1,5 до 0,6 (методом — Elise) и с 11000 до 5000 методом — Lumindex Single Antigen. Однако креатинин плазмы крови оставался без изменения или незначительно снижался, что свидетельствовало о стабилизации криза отторжения трансплантата.

Выводы: наш опыт использования КПФ в схеме комбинированной терапии отторжения почечного трансплантата позволяет полагать, что КПФ может с успехом использоваться в комплексной терапии этой категории больных.

### Сравнительный анализ тромбогенной активности стандартной и половинной доз стрептокиназы в составе фибрин-специфичных липосом в эксперименте in vivo

Лутик И.Л., Владимирская Т.Э., Ермолинская Д.Л., Шерстюк Г.В., Яцевич О.Н., Адзериho И.Э.

Белорусский государственный медицинский университет, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Целью исследования было проведение сравнительного анализа тромбогенной активности стандартной и половинной доз стрептокиназы (СК) в составе фибрин-специфичных липосом (ИммЛипСК) в сравнении с обычной лекарственной формой препарата (ЛекСК) путем сопоставления данных морфометрического анализа индекса экспрессии (ИЭ), фактора Виллебранда (ФВ) и ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1) эндотелиальных клеток (ЭК) с показателями Д-димера, растворимого фибрин-мономерного

комплекса (РФМК) и фибриногена крови при остром артериальном тромбозе. Материалы и методы: эксперименты проводили на 30 беспородных самцах собак массой 15–18 кг с моделированными 2-часовыми артериальными тромбозами. В зависимости от введенных препаратов животные были разделены на 6 групп ( $n=5$  в группах). Животным первых трех групп вводили ИммлипСК: в 1-й группе — внутривенно из расчета СК 25 тыс. ЕД/кг, во 2-й группе — в той же дозе локально в зону тромба, в 3-й группе — половинной дозе СК локально. В качестве групп контроля выступали ЛекСК, введенная системно, тромбировавшая и интактная артерии. Наблюдение за животными и взятие крови проводили исходно, после формирования тромба, через 15, 30, 45, 60, 90, 120 и 180 минут после введения препаратов. Концентрацию Д-димеров определяли турбидиметрическим методом при помощи анализатора Hitachi 912 реактивами PZ CORMAY S.A. (Польша), концентрацию фибриногена — с использованием набора фирмы «Технология-Стандарт» (Россия) на гемокоагулометре СТ2410 «СО-ЛАР» (Беларусь), количество РФМК рассчитывали по ортофенантролиновому тесту реактивами «Технология-Стандарт» (Россия). Морфометрический анализ ИЭ ФВ и PAI-1 проводили при помощи программы Aperio Image Scope.

Результаты. По данным исследований, формирование тромба сопровождалось повышением уровня Д-димера и РФМК в 1,9 раза и приростом ИЭ ФВ и PAI-1 в 1,1 раза от исходного. Введение ИммлипСК приводило к постепенному нарастанию фибринолитического действия СК во всех группах в течение 3-х часов и достоверному ( $p<0,05$ ) превышению Д-димера в сравнении с ЛекСК к окончанию эксперимента. Морфометрически выявлено значительное снижение ИЭ ФВ и PAI-1 по отношению к тромбировавшей артерии во всех группах сравнения ( $p<0,05$ ). Наибольшие значения Д-димера по отношению к интактной артерии были отмечены у животных 2-й группы. При системном введении препарата статистически значимое ( $p<0,05$ ) уменьшение показателя отмечали на протяжении всего эксперимента. Снижение дозы СК в составе липосом приводило к достоверному ( $p<0,05$ ) снижению Д-димера в сравнении со стандартной дозой препарата, однако сохраняло устойчивую тенденцию к его росту по отношению к ЛекСК в течение 180 минут. При этом значения ИЭ ФВ и PAI-1 в данной группе были наименьшими. Установлено замедленное высвобождение СК во всех группах сравнения на протяжении первых 60 минут и усиление фибринолитического действия препарата к 3-м часам наблюдения. Сравнительный морфометрический анализ показал достоверный прирост ИЭ PAI-1 в 1-й и 2-й группах по отношению к половинной дозе СК в 1,04 и 1,05 раза соответственно ( $p<0,05$ ), тогда как для ИЭ ФВ достоверных отличий между группами сравнения не выявлено ( $p>0,05$ ). В то же время при введении ЛекСК наблюдали значимый прирост ИЭ ФВ и PAI-1 по отношению к 1-й группе в 1,4 и 1,07 раза соответственно ( $p<0,05$ ). Динамика РФМК в группах ИммлипСК была отличной от уровня Д-димера. Значения РФМК в группах сравнения за первые 60 минут возросли на 45%, затем плавно снижались до окончания эксперимента с достижением на 180-й минуте полуторакратного превышения точки тромбоза. При введении ЛекСК значения РФМК быстро достигли высокого уровня, рост которого сохранялся до окончания эксперимента. Отмечены достоверно меньшие ( $p<0,05$ ) значения РФМК в группах сравнения по отношению к ЛекСК. Оценка фибриногена в группах сравнения выявила снижение его уровня за первые 60 минут с дальнейшим пологим приростом в 1,5–1,7 раза до 180-й минуты. При этом колебания показателя в группах были значимо меньше, чем при введении ЛекСК ( $p<0,05$ ).

Выводы: использование фибрин-специфичных липосом, содержащих стандартную и половинную дозы СК, способствует пролонгированному фибринолитическому действию препарата в течение 180 минут наблюдения. При введении фибрин-специфичных липосом отмечены достоверно ( $p<0,05$ ) меньшие в сравнении с обычной лекарственной формой препарата значения ИЭ ФВ и PAI-1 ЭК к 3-м часам наблюдения, что может свидетельствовать о снижении тромбогенной активности СК в составе фибрин-специфичных липосом.

## Санаторное лечение детей в детских санаториях Департамента здравоохранения г. Москвы

Лян Н.А.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Сохранение и укрепление здоровья детей является одной из актуальных задач, стоящих перед московским здравоохранением. Для оказания санаторно-курортного лечения детей в городе Москве в 2015 г. функционировало 17 санаториев на 2145 коек: 10 бронхологического профиля, 1 ортопедического, 2 нефрологического, 1 кардиоревматологического, 1 гастроэнтерологического, 1 многопрофильный, 1 противотуберкулезный. В кардиоревматологическом санатории организованы 150 коек «Мать и дитя». Все санатории круглогодичные, из них 8 санаториев располагаются за городом (7 санаториев в Московской области, 1 санаторий — в Тульской области). Загородные санатории располагают 60% коечного фонда всех санаториев. Всего было пролечено 14 252 ребенка, большинство составили дети с заболеваниями органов дыхания, болезней органов кровообращения, мочеполовой системы. План койко-дней в 2015 г. выполнен в среднем на 86%. Отмечается недостаточная укомплектованность врачами ЛФК. Важная роль принадлежит детским санаториям в реабилитации детей-инвалидов в их оздоровлении, в восстановлении нарушенных функций. В 2015 году в органы социальной защиты населения г. Москвы обратились за путевками 14 062, выдано 10 845 путевок (включая 7 тыс. в летний период). В детских санаториях ДЗМ в 2015 г. было пролечено 152 ребенка-инвалида, большинство составили дети с врожденными пороками развития, болезнями нервной системы, костно-мышечной системы, мочеполовой системы. Комплексное санаторно-курортное лечение включает санаторный режим, лечебное питание, природные лечебные ресурсы во внекурортных условиях, немедикаментозные технологии: физиотерапию, ЛФК, массаж, психотерапию и др. С целью совершенствования санаторно-курортного комплекса в г. Москве необходимо решение проблем законодательного и нормативно-правового регулирования санаторно-курортного лечения детей в г. Москве, обеспечение доступности СКЛ детей-инвалидов, перспективного планирования коечной мощности детских санаториев ДЗМ, создания качественной и эффективной системы СКЛ детей г. Москвы после оказания им высокотехнологичной медицинской помощи, создания этапной санаторной реабилитации детей первого года жизни с очень низкой и экстремально низкой массой тела, подготовки кадров и научно-методического обеспечения деятельности детских санаториев ДЗМ, совершенствования и модернизации работы детских санаториев ДЗМ, массовой информатизации.

## Некоторые аспекты оказания помощи суицидальным пациентам во внебольничных условиях

Магурдимова Л.Г., Целищев Д.В.

Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

Цель — изучение особенностей организации мер комплексной помощи суицидентам в условиях внебольничной суицидологической службы.

Материалы и методы — анализ работы базируется на практическом изучении суицидальных пациентов, наблюдавшихся в кабинете социально-психологической помощи при кризисных состояниях (далее КСПП) Филиала № 2 ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» и в отделе суицидологии МНИИП Филиале ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского». Самоубийства или суициды — термин был введен итальянским психологом Г. Дззе в 1947 г. для обозначения поведения с намерением лишить себя жизни. Уровень самоубийств представляет одну из мировых проблем для общества и его здоровья. ВОЗ насчитывает множество причин формирования суицидов, таких как психические расстройства, проблемы с законом, одиночество, включая «в семье», «в толпе», финансовые проблемы, «отвращение к жизни» (особенно в позднем возрасте), алкогольная и наркотическая зависимость, «несчастливая

любовь», миграция, эмиграция, социально-трудова дезадаптация, соматические болезни и т.д. Для преодоления генезиса, проблем и обстоятельств, формирующих суицидальную опасность, впервые в Москве в 1978 г. создана перспективная модель суицидологической службы на базе Московского НИИ психиатрии. В структуру службы вошли: кабинет социально-психологической помощи (КСПП) в амбулаторных условиях, телефон доверия, кризисный стационар в многопрофильной клинической больнице, специализированное отделение для суицидентов с психической патологией в клинической психиатрической больнице им. П. Б. Ганнушкина. Далее, в 1980 г., последовали рекомендации Главного управления здравоохранения г. Москвы использовать «модель службы» в 8 районах Москвы. В 1998 г. было рекомендовано внедрить суицидальную службу по всей России. 13.02.2012 г. вышел обновленный и расширенный приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 109 «О создании кризисной (суицидологической) службы в государственных учреждениях здравоохранения г. Москвы». КСПП Филиала № 2 ГБУЗ «ПКБ № 3 ЗДМ» является структурным подразделением психоневрологического диспансера, основными задачами которого являются: внедрение в практику современных методов диагностики суицидального поведения; индивидуальное комплексное лечение и реабилитация пациентов с использованием фармакотерапии и психотерапевтической коррекции суицидоопасных состояний. В общих чертах суициденты, наблюдающиеся в КСПП, находятся на различных этапах суицидального поведения — от ранней фазы пресуицидального периода и после суицидальных попыток в раннем и позднем его периоде постсуицидального этапа с индивидуальным отношением суицидента к незавершенному суициду. Лечение и наблюдение в КСПП проводится в рамках Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании». Долгосрочная внебольничная квалифицированная помощь в диспансере в рамках КСПП не ущемляет престиж суицидентов, не формирует стигму психического больного, так как последнее нередко вызывает дополнительные психотравмирующие переживания у пациентов и «блокирует» их обращение к психиатру. Число пациентов, получающих помощь в КСПП, постоянно растет, так, если в 2014 году врачом-психиатром кабинета было осмотрено 549 пациентов, 377 из которых являлись первичными, то в 2015 году этот показатель составил 642 и 385. В 2014 году 26 пациентов имели в анамнезе совершенные суицидальные попытки, из них 7 наблюдались у участкового врача-психиатра, в 2015 году эти показатели составили 34 и 5 пациентов соответственно. Основную группу составляют молодые пациенты в возрасте до 40 лет, при этом количество мужчин и женщин отличается незначительно. Если говорить о структуре наблюдающихся в КСПП пациентов, то около 46% составляют пациенты с антивитальными переживаниями, без четких представлений о собственной смерти, далее следуют пациенты (30%) с пассивными суицидальными мыслями, представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на самоубийство, 22% составляют пациенты с суицидальными замыслами и суицидальными намерениями, и только 2% приходится на пациентов, совершивших суицидальную попытку. Делая вывод из вышесказанного, можно говорить о востребованности и актуальности работы КСПП, а также необходимости дальнейшего развития суицидологической службы в городе.

### Пятнадцать лет журнала «Мануальная терапия», перспективы развития, задачи на будущее.

Малаховский В.В.  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Журнал «Мануальная терапия» издается с 2001 года и является ведущим изданием в области мануальной терапии в России, подтвердившим в прошлом календарном году свое членство в списке изданий ВАК РФ, имеющих право публиковать статьи соискателей степени кандидата и доктора медицинских наук. Журнал является фактическим преемником издававшегося ранее в Новокузнецке и позднее во Владивостоке журнала «Мануальная медицина». Бесменным главным редактором является руководитель ЦМТ

МЗ РФ, д.м.н., профессор А.Б. Ситель. Нельзя обойти вниманием и то, что учредителем и издателем журнала является «Центр реабилитации» г. Обнинск (руководитель к.м.н. Н.П. Елисеев). Заместителем главного редактора журнала многие годы был главный специалист Департамента здравоохранения Калужской области по мануальной терапии, д.м.н. В.В. Беляков, который вложил много творческих и душевных сил в воссоздание журнала и сохранение высокой планки качества издания. Журнал выходит ежеквартально и распространяется во всех регионах России, ближнем и дальнем зарубежье. Предназначен для мануальных терапевтов, неврологов, травматологов, врачей функциональной диагностики, рентгенологов, врачей ЛФК, физиотерапевтов, специалистов по восстановительной медицине и реабилитации. Последние годы на страницах журнала публикуются также статьи и обзоры по остеопатии. Начиная с первого номера журнал освещает различные клинические и фундаментальные проблемы мануальной терапии, вопросы классификации и диагностики, новые методы исследования и лечения. Публикуются оригинальные статьи, обзоры литературы, информаций в помощь практическому врачу, сведения о важнейших событиях в мировой и отечественной мануальной терапии, о кафедрах и курсах мануальной терапии. Важно отметить, что авторами публикаций первого номера были: А.Ф. Беляев, Л.Ф. Васильева, Г.А. Иваничев, И.Р. Шмидт и другие широко известные специалисты. Значительное количество публикаций журнала подготовили сотрудники Центра мануальной терапии МЗ РФ, врачи лечебных учреждений и преподаватели профильных образовательных организаций разных городов и регионов Российской Федерации. В настоящее время рубрики журнала расширены за счет создания разделов «Лекция» и «Дискуссия». Размещались материалы по остеопатии, аккредитации специалистов, ультразвуковой и рентгенологической диагностике и т.д. Перспективными направлениями работы журнала являются: расширение географии представленных авторов и учреждений, информирование читателей о профильных конференциях по мануальной терапии, остеопатии и смежным дисциплинам, об обучении мануальной терапии в медицинских вузах не только г. Москвы, но и других региональных центров РФ. Планируется публиковать результаты научных исследований, находящихся на стыке мануальной терапии и неврологии, травматологии, рефлексотерапии, психотерапии и других специальностей, в рамках комплексного лечения и реабилитации пациентов с различной профильной патологией, приглашать к сотрудничеству зарубежных авторов. Продолжается совершенствование представления клинического, практического и обзорного материала, развитие образовательного раздела «Лекция», вплоть до создания интерактивных элементов. Планируется также информировать об известных мануальных терапевтах России, внесших значительный вклад в формирование и развитие специальности, знакомить читателей с современными методами диагностики и реабилитации, принимать участие в работе профессиональных сообществ.

### Фармакогенетические подходы к лекарственной коррекции гиперлипидемий у больных кардиологического профиля

Маль Г.С., Татаренкова И.А., Болдина Н.В., Полякова О.В., Кувшинова Ю.А.  
Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель: оценка гиполлипидемической эффективности ингибиторов синтеза холестерина с помощью фармакогенетических маркеров у больных ишемической болезнью сердца.

Методы: лабораторно-инструментальное исследование проводилось до начала фармакологического вмешательства, через 4, 8, 24 и 48 недель гиполлипидемической терапии: антропометрия, определение липидного спектра крови (общего холестерина, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, атерогенного индекса), проведение суточного мониторирования электрокардиографии, велоэргометрии, проведение ультразвукового сканирования брахиоцефальных сосудов, фармакогенетическое

тестирование — определение носительства аллельных вариантов генов CETP, NOS3. В исследование было включено 120 мужчин с ишемической болезнью сердца (II функциональный класс стенокардии напряжения) с первичными атерогенными гиперхолестеринемиями. Фармакологическая коррекция гиперхолестеринемии осуществлялась статином IV поколения — розувастатином. Результаты. Изучены полиморфные варианты генов, вовлеченных в регуляцию липидного обмена для определения различий в эффективности розувастатина. Проведена оценка влияния полиморфизма гена белка — переносчика эфиров холестерина (CETP) на эффективность лечения больных розувастатином. Среди протестированных генетических моделей фенотипических эффектов CETP Taq1B полиморфизма на уровень показателей липидного обмена рецессивная модель показала наиболее значимые гено-фенотипические взаимосвязи. Гомозиготы +279AA имели изначально менее выраженные нарушения показателей липидного обмена — общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, атерогенного индекса, а также больший базальный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности. Динамика изменений показателя холестерина липопротеидов высокой плотности терапии розувастатином отличалась у пациентов с генотипом +279AA в сравнении с другими генотипами CETP. У гомозигот +279AA преобладание уровня холестерина липопротеидов высокой плотности обнаружено уже на 8 неделе и сохранялось в течение всего периода исследования (+27,3%,  $P=0,004$ ) сравнительно с носителями других генотипов (+16,7%,  $P<0,001$ ) к 48 неделе. Полиморфные варианты NOS3 не оказывали влияния на базальные уровни липопротеидов у пациентов с ИБС и атерогенными гиперхолестеринемиями, за исключением содержания триглицеридов ( $P=0,054$ ). Носительство генотипа -786CC приводило к резистентности используемого статина в качестве гиполипидемического средства, что проявилось меньшим снижением атерогенных показателей липид-транспортной системы. Не было различий в базальном уровне общего холестерина у пациентов с различным генотипом NOS3, в ходе фармакологической коррекции нарушений липидного обмена у гомозигот -786CC этот показатель оставался высоким и снизился незначительно к 48 неделе (-11,55%,  $P=0,524$ ) на фоне лечения розувастатином у пациентов с ИБС и атерогенными ГХС в сравнении с генотипом -786TT/TC, у которого снижение ОХС достигло 39% ( $P<0,001$ ). Заключение: при монотерапии розувастатином носительство генотипа +279AA по полиморфизму CETP Taq1B ассоциировалось с повышением уровня ХС ЛВП на 27% в сравнении с генотипами +279GG/GA (16,7%) у больных с ишемической болезнью сердца. Носительство генотипов -786CC по полиморфизму NOS3 -786T>C определяло низкую эффективность розувастатина. Определение генотипов по полиморфизмам CETP Taq1B и NOS3 -786TC маркеру может быть использовано для персонализированного подхода к назначению розувастатина у больных ишемической болезнью сердца с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией.

## Алгоритм диагностики осложненных форм аневризм подколенной артерии

Мамаева Д. А.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель. Определить основные методы и уточнить алгоритм диагностики осложненных форм аневризм подколенной артерии. Материалы и методы. Обследовано 59 пациентов. Превалировали мужчины — 55 человек (93,2%). У 98,3% пациентов аневризмы были симптомными. Хроническая артериальная недостаточность сформировалась у 18 пациентов (41,9%), острая ишемия различной степени у 24 пациентов (55,8%). Только у одного пациента аневризма подколенной артерии не сопровождалась никакими клиническими проявлениями. Тромбоз аневризмы подколенной артерии наблюдался в 53,5%, периферическая эмболизация в 44,2%. Основными способами диагностики служили измерение

лодыжечно-плечевого индекса (18 исследований), ультразвуковое дуплексное сканирование (32 исследования), аортоартериография (28 исследований).

Результаты исследования. У четырех пациентов с острой ишемией нижней конечности лодыжечно-плечевой индекс колебался от 6 до 87%. У 14 пациентов с различными степенями хронической артериальной недостаточности лодыжечно-плечевой индекс варьировался от 29 до 118%, у пациентов с тромбозом аневризмы (9 человек) — от 6 до 87%, у пациентов с периферической эмболизацией артерий голени (9 человек) от 40 до 118%. Ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей: у всех в 100% была диагностирована форма осложнения, определен размер аневризмы, ее точная локализация и оценены пути оттока. При тромбозе аневризмы подколенной артерии ни у одного пациента при аортоартериографии (14 человек — 32,5%) аневризма выявлена не была, описаны ангиографические признаки окклюзии артерии. При этом у всех пациентов с хронической артериальной недостаточностью (6 пациентов — 14%) и с острой ишемией I ст (4 пациента — 9%) можно было оценить пути оттока, а при более высокой степени острой ишемии (4 пациента — 9%) артерии дистальнее аневризмы не визуализировались. При периферической эмболизации у всех 14 пациентов (32,5%) выявлена дилатированная или аневризматически измененная подколенная артерия и оценены в полном объеме пути оттока.

Выводы: 1. Выполнение ультразвуковой доплерографии с измерением лодыжечно-плечевого индекса неинформативно. 2. Ультразвуковое дуплексное сканирование — является наиболее точным методом диагностики. 3. При тромбозе аневризмы подколенной артерии данные аортоартериографии малоинформативны для определения тактики оперативного вмешательства и диагностики самого заболевания. 4. Также по данным аортоартериографии нельзя судить об истинных размерах аневризмы, так как визуализируется только внутренний просвет сосуда.

## Лазерная ультраминиперкутанная нефролитотрипсия в лечении камней почек

Мартов А.Г., Дугов С.В., Андронов А.С., Тахаев Р.А.  
Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева, Москва

Введение. Чрескожная нефролитотрипсия является рекомендованным методом оперативного лечения при камнях почек размером более 2 см. Применение дистанционной литотрипсии при камнях меньшего диаметра зачастую требует выполнения нескольких сеансов дробления, а выполнение ретроградной трансуретральной литотрипсии сопряжено с риском воспалительных осложнений. Изучение возможностей и определение места микроперкутанной нефролитотрипсии в лечении нефролитиаза явилось целью настоящей работы.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов с наличием изолированного конкремента почки размером до 2,5 см либо нескольких камней общим размером до 2,5 см. Минимальный размер камня составил 1,5 см. Средний возраст пациентов был  $45,6\pm 7,2$  года. У 45% пациентов были диагностированы изолированные камни лоханки, у 28,3% определялось сочетание камней лоханки и нижней чашечки. Все больные в исследовании подверглись лазерной ультраминиперкутанной нефролитотрипсии с использованием нефроскопа размером 7,5 Ch и операционного тубуса максимальным размером 12 Ch, а также гольмиевого лазера с диаметром волокна 365 мкм.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства, отсчитываемая с момента пункции чашечно-лоханочной системы почки до установки нефростомического дренажа, составила 65,4 минуты. Полное освобождение почек от конкрементов после однократно выполненной микроперкутанной нефролитотрипсии было отмечено в 80% наблюдений. В 11,7% случаев потребовалось выполнение в последующем сеанса дистанционной литотрипсии. Нефростомический дренаж в среднем удалялся на 3-и сутки. Общий послеоперационный койко-день в среднем составил 5,1 суток. Самым распространенным осложнением было послеоперационное

обострение пиелонефрита, купированное консервативными мероприятиями (в 20% наблюдений). Ни одного случая послеоперационного кровотечения, сопровождавшегося падением гемоглобина крови и необходимостью переливания компонентов крови, отмечено не было.

**Заключение.** Исследование показало высокую эффективность ультраминиперкутанной нефролитотрипсии при малой частоте осложнений. Низкая вероятность геморрагических осложнений, малый риск повреждения ткани почки позволяет с успехом использовать методику в лечении нефролитиаза у отягощенных пациентов и у больных с нарушенной свертывающей системой крови. Полученные результаты способствуют дальнейшему внедрению в практику техники ультраминиперкутанной нефролитотрипсии с изучением возможности применения метода в лечении камней почек большого размера.

### Пролапс митрального клапана – результаты 15-летнего наблюдения

Мартынов А.И., Акатова Е.В., Николин О.П., Урлаева И.В.  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

**Цель исследования:** по результатам когортного проспективного многолетнего наблюдения разработать тактику ведения и лечения пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК) на основании комплексной оценки динамики их клинических, фенотипических, психологических особенностей, а также функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

**Материалы и методы исследования:** в исследовании приняли участие 31 пациент с ПМК: 18 мужчин (средний возраст  $39,4 \pm 0,9$ ) и 13 женщин (средний возраст  $38,9 \pm 1,1$ ), у которых были выявлены изначально выраженные фенотипические нарушения ДСТ, в т.ч. ПМК и регулярно принимавшие магний в течение 15 лет. Пациенты получали оротат магния в дозе 1500 мг в сутки (97,4 мг элементарного Mg) в течение всего периода наблюдения (15 лет) 2 раза в год (продолжительность курса 3 месяца). Другой постоянной кардиальной и метаболической терапии не получали. Всем пациентам проводилось клиническое обследование, оценивались фенотипические особенности, проводилась оценка психопатологического статуса, проводились эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления (АД), спектральный анализ variability ритма сердца. При морфологическом исследовании биоптатов кожи оценивались морфологические признаки патологии кожи, отражающие активность патологического процесса в коже до и после лечения. Определялось содержание Mg в волосах, уровень общего К в сыворотке крови, проводилось исследование эндогенной опиоидной системы (ЭОС) и иммуно-интерфероновой системы, психологическое обследование и оценка качества жизни (КЖ) методом самооценки обследуемых по шкалам VAS (Visual Analog Scale — Шкала визуальных аналогий) и DISS (Disability Scale — Шкала недееспособности), а также эффективность фармакотерапии.

**Результаты:** в результате длительного приема магния оротата отмечена положительная динамика, проявляющаяся в улучшении как общего состояния и самочувствия, так и в изменении конкретных симптомов и синдромов. После терапии количество больных с кардиалгиями уменьшилось более чем в 3 раза, боли в левой половине грудной клетки у всех больных возникали не чаще одного раза в месяц. Установлено, что частота болей в грудном и поясничном отделе позвоночника на фоне применения соли магния достоверно уменьшилась более чем в 2 раза. Также отмечено положительное влияние на расстройства желудочно-кишечного тракта, психогенную диуретию, нарушение терморегуляции. Достоверно уменьшилась после терапии тяжесть сосудистых нарушений и геморрагического синдрома (норовые кровотечения, склонность к возникновению синяков, кровоточивость десен, длительные и/или обильные менструации). Синкопальные состояния были представлены обмороками с нейрогенным и ортостатическим механизмом, причем последние диагностированы в 1,5 раза реже. После обследования

ортостатические и нейрогенные синкопы выявлялись с такой же частотой, как и до лечения. Отмечено достоверное уменьшение глубины пролабирования и степени митральной регургитации, уменьшение максимального систолического и диастолического АД, нормализовалась variability систолического и диастолического АД за сутки. Отмечено также достоверное увеличение тонуса парасимпатического и уменьшение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), самооценка больных достоверно улучшилась, отмечено улучшение по всем трем шкалам DISS. Полное или почти полное исчезновение симптомов заболевания (значительный индекс эффективности) выявлено в 51.6% случаев, частичное (средний индекс эффективности) — в 35.5% и незначительное улучшение (минимальный индекс эффективности) — в 12.9%.

**Выводы:** магния оротат при длительном его приеме эффективен в отношении большинства клинических проявлений у больных с ПМК: общее состояние пациентов значительно улучшается, уменьшается частота и степень тяжести всех клинических синдромов и симптомов заболевания. Глубина пролабирования митрального клапана, степень митральной регургитации, размеры левого предсердия уменьшаются. Также уменьшаются средняя и максимальная ЧСС, количество эпизодов тахикардии, продолжительность интервала QTc, частота пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, повышается КЖ.

### Энтеральная детоксикация при внутривенном отравлении метадонем

Маткевич В.А., Тюрин И.А., Ткешелашвили Т.Т., Елькв А.Н., Ливанов А.С., Ключач С.Ю.  
Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

**Цель:** оценка эффективности комплексного лечения больных с внутривенным отравлением метадонем с дополнительной энтеральной детоксикацией методом «кишечный лаваж».

**Задачи.** 1. Изучить возможность удаления метадона из желудочно-кишечного тракта и крови с помощью кишечного лаважа при его внутривенном пути поступления. 2. Провести сравнительную оценку продолжительности коматозного состояния, пребывания больных в реанимационном отделении и срока общей госпитализации, частоты развития пневмонии как осложнения отравления, летальности в наблюдаемой и группе сравнения.

**Материал и методы.** Обследовано 565 больных с внутривенным отравлением метадонем. Мужчин было 83,9%, женщин 16,1%, их возраст составлял  $32,3 \pm 6,2$  года. Отравление происходило в результате передозировки при внутривенном введении метадона с целью наркотического опьянения. Исходно у больных отмечалось угнетение сознания (кома), поверхностное редкое дыхание (6–8 в 1 мин) с периодами апноэ, в связи с чем им проводили интубацию трахеи, искусственную вентиляцию легких, вводили налоксон в дозе 1–2 мл повторно. Из общего числа 330 больным наблюдаемой группы с целью детоксикации применяли кишечный лаваж (КЛ). Группу сравнения составили 235 пациентов, которые получили стандартное лечение, включая фармакологическую стимуляцию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Сравнивали продолжительность коматозного состояния, пребывания в отделении реанимации и общий срок госпитализации, частоту пневмонии как осложнения и летальность. КЛ начинали в период  $1,3 \pm 0,5$  ч с момента поступления больных в стационар. Раствор, изотоничный химусу и изотоничный плазме крови, вводили через назогастральный зонд со скоростью 60–150 мл/мин. Перфузию ЖКТ продолжали в течение 3–6 ч и заканчивали при появлении из прямой кишки чистых промывных вод. Объем раствора составлял  $10 \pm 2$  л. Концентрацию метадона в крови и промывных водах определяли методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием.

**Результаты.** В группе сравнения, несмотря на проведенную фармакологическую стимуляцию, восстановить пропульсивную функцию кишечника больным в течение первых суток не удалось. Использование КЛ обеспечивало очищение ЖКТ больным наблюдаемой

группы в течение 3–6 часов. Химико-токсикологическое исследование промывных вод кишечника показало присутствие в них метадона. Причем в первой порции промывных вод (начало КЛ) превышение концентрации метадона над концентрацией в крови достигало 4,2 раза. В последней порции — концентрация метадона уменьшалась в среднем в 3 раза. Концентрация метадона в крови за время проведения КЛ снижалась в пределах до 50% от исходной величины. Сознание больных наблюдаемой группы восстанавливалось в течение  $24,1 \pm 1,0$ , а в группе сравнения —  $36,5 \pm 2,0$  часа ( $p < 0,05$ ). Продолжительность пребывания больных наблюдаемой и группы сравнения в отделении реанимации составило  $3,05 \pm 0,04$  и  $6,47 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), а общего срока госпитализации  $5,25 \pm 0,36$  и  $7,7 \pm 0,42$  суток соответственно ( $p < 0,05$ ). Частота пневмонии в наблюдаемой группе составила 10,3, а в группе сравнения 17% ( $p < 0,05$ ), летальность — 1,5 и 5,1% соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Результаты показали, что при парентеральном пути поступления метадон обнаруживается в полости ЖКТ, вероятно, за счет секреции. Использование КЛ при внутривенном отравлении метадонном способствует улучшению клинических показателей лечения: сокращению продолжительности комы, периода лечения больных, снижению частоты пневмонии и летальности.

**Выводы:** 1. При отравлении метадонном путем внутривенного введения он обнаруживается в промывных водах ЖКТ в концентрации, превышающей концентрацию в крови. 2. По мере промывания ЖКТ концентрация метадона снижается в промывных водах и крови, что свидетельствует о его выведении из организма в результате кишечного лаважа. 3. Ускоренная элиминация метадона из организма с помощью кишечного лаважа способствует сокращению продолжительности коматозного состояния при отравлении на 34%, пребывания больных в отделении реанимации в среднем на 53%, общего срока госпитализации на 32%, снижению частоты пневмонии как осложнения отравления на 39,4%, а летальности в 3,4 раза.

### **Отдаленные результаты бедренно-дистально-подколенного и берцового шунтирования у больных с критической ишемией нижних конечностей и методы их улучшения**

Матюшкин А.В., Лобачев А.А.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

**Цель:** Оценить отдаленные результаты хирургического лечения и методы их улучшения у больных с критической ишемией. **Материалы и методы:** использование аутовены в качестве трансплантата при реконструктивных операциях у больных с критической ишемией нижних конечностей, несомненно, является наиболее оптимальным. В случаях, когда аутовена непригодна для шунтирования или была ранее забрана для другой реконструктивной операции, как единственный шанс спасения конечности остается использование синтетического протеза. Ретроспективно были оценены результаты хирургического лечения 308 больных, находящихся на лечении в сосудистых отделениях ГКБ№57 г. Москвы в период с 2000 г. по 2015 г., которым было выполнено бедренно-дистально-подколенное и берцовое шунтирование с использованием синтетического протеза. У всех больных была критическая ишемия нижних конечностей. В половом соотношении преобладали мужчины — 58,4%. Средний возраст составил 60 лет. Наиболее часто как сопутствующее заболевание у больных встречалась ишемическая болезнь сердца. Больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 177 больных с использованием аутовенозного шунта, во вторую группу — 58 пациентов с синтетическим протезом в качестве трансплантата, в третью группу вошли 76 пациентов с комбинированным шунтированием (аутовена+синтетический протез) и с пластикой дистального анастомоза по типу манжеты Миллера и по Невилу.

Отдаленные результаты (5 лет) оценивались по методу Kaplan-Meier программой SPSS.

**Результаты:** в сроки до 5 лет первичная проходимость в первой группе составила 63,8%, вторичная — 86,8%. Конечность удалось сохранить в 77,6% случаев. Во второй группе первичная проходимость составила 43,1%, вторичная — 63,8%. Сохранение конечности было достигнуто в 60,3% случаев. В третьей группе первичная проходимость составила 53,9%, вторичная — 78,9%. Сохранение конечности было достигнуто в 73,7% случаев. Количество ранних местных послеоперационных осложнений: лимфорея в 1,2,3 групп соответственно 9,2, 12, 2,6%; кровотечения ран 4,6, 13,7, 6,6%; инфаркт миокарда 2,9, 2,0, 0%.

**Выводы:** использование аутовены в качестве трансплантата наиболее предпочтительно, в случае ее отсутствия использование синтетического протеза в комбинации с участком аутовены (комбинированный шунт), а также с различными вариантами пластики дистального анастомоза может улучшить отдаленные результаты в отдаленном периоде.

### **Влияние различных вариаций каротидной энтертерэктомии на гемодинамику в послеоперационном периоде**

Матюшкин А.В., Мустафин А.Х.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

**Цель:** общеизвестно, что КЭАЭ является эффективным методом профилактики ишемического инсульта у пациентов с симптомными и асимптомными стенозами ВСА выше 70%. В процессе эволюции хирургии сонных артерий появились различные модификации данного оперативного вмешательства, и в настоящий момент все они довольно широко используются. Одним из наиболее часто встречающихся явлений в каротидной хирургии в послеоперационном периоде является нестабильность гемодинамики с тенденцией к артериальной гипертензии.

**Методы:** с 2009 по 2015 гг. на базе ГБУЗ ГКБ №57 было выполнено 513 вмешательств у пациентов со стенозами ВСА более 70%. Из них 63 пациента были (12,1%) с ХСМН 1 ст., 106 (20,7%) с ХСМН 2 ст., 193 (37,5%) с ХСМН 3 ст., 151 (29,5%) с ХСМН 4 ст. Все пациенты в дооперационном периоде были осмотрены сосудистым хирургом, кардиологом и невропатологом. 108 (20,6%) пациентам выполнена КЭАЭ с пластикой зоны артериотомии синтетической заплатой (1 группа), 290 (57%) выполнена эверсионная КЭАЭ (2 группа), 115 (22,4%) выполнена КЭАЭ с ушиванием зоны артериотомии первичным швом (3 группа).

**Результаты:** в первой группе в ближайшем п/о периоде ОНМК развился у 3 больных (2,8%). Во 2-й, группе наблюдалось 7 послеоперационных ОНМК (2,4%). В 3-й группе было зарегистрировано 4 послеоперационных ОНМК (3,5%). Наиболее частым осложнением в п/о периоде являлась нестабильность АД с тенденцией к артериальной гипертензии. Так, у больных после первичного шва повышение АД выше 160/90 мм рт ст. наблюдалось у 72 (63%) пациентов, у больных после эверсионной КЭАЭ высокое АД в п/о периоде наблюдалось у 220 (75,8%) больных, у больных, перенесших пластику зоны артериотомии синтетической заплатой, п/о артериальная гипертензия наблюдалась у 72 (66,5%) пациентов. Гиперперфузионного синдрома в п/о периоде не наблюдалось в связи со своевременным выявлением гипертензии и назначением агрессивной антигипертензивной терапии.

**Выводы:** КЭАЭ во всех модификациях является эффективным методом профилактики ОНМК у пациентов с симптомными стенозами сонных артерий. Эверсионная КЭАЭ сопряжена с более высоким риском развития п/о артериальной гипертензии в раннем п/о периоде, что, на наш взгляд, связано с травмой барорепцепторов синокаротидной зоны и пересечением афферентных нервных волокон, отходящих от них. Вышеуказанные особенности диктуют необходимость модификации эверсионной КЭАЭ. Так, в нашей клинике мы пересекаем ВСА под углом 45 градусов, что позволяет избежать травмы афферентных нервных волокон, отходящих от sinus carotis.



## Генетические исследования в наркологии

Мацкевич В. А.  
Московский научно-практический центр наркологии, Москва

Роль генетических факторов в возникновении и формировании психопатологических синдромов зависимости уже несколько десятилетий считается доказанной. Текущая структура личности индивида и ее патологические изменения на протяжении всей жизни человека являются итогом взаимодействия генетических факторов биологической природы и факторов окружающей среды. Часть факторов окружающей среды являются провоцирующими, а часть — компенсирующими. Поэтому в каждом конкретном случае при персонализации профилактических и терапевтических мероприятий важно определить не только факторы окружающей среды, могущие спровоцировать или уже спровоцировавшие болезнь зависимости, но и пытаться определить, каков был биологический базис, структура личности, на который действовали эти факторы. Для выявления структуры личности в психологии существует международно признанный и валидизированный инструмент: опросник личности Кеттелла. С момента своего зарождения область генетики, называемая психогенетикой, не оставляла и не оставляет попыток дать биологическому клеточно-молекулярному базису формирования структуры нашей личности механистическое объяснение. Однако лишь в последние два десятилетия в руках у генетиков стали появляться поисковые приборы и инструменты, способные помочь в объяснении клеточного и молекулярного уровня нормы и патологии в развитии головного мозга у индивидов с нормальной и патологически измененной структурой личности. Включая тех, кто попал в область диагностирования той или иной формой болезни зависимости. Мы исследуем имеющиеся в отечественной и зарубежной литературе взгляды на значимость и влияние различных маркерных генетических точек (локусов) на структуру личности и ее патологические изменения.

Целью нашей работы является создание панелей генетических маркеров: для выявления генетических факторов риска в структуре личности индивида для их учета в работе отделения профилактики Центра и воспитательной работы в семье, а также для учета индивидуальных генетических особенностей метаболизма лекарственных средств при персонализации назначаемой пациентам Центра терапии. Для достижения этой цели было решено несколько задач. Организована и оборудована надлежащим образом исследовательская лаборатория молекулярно-генетического профиля. Проведен анализ имеющейся в открытых источниках отечественной и зарубежной литературы для выбора приоритетных методов различных авторов для их воспроизведения и последующей апробации. Отработаны рабочие протоколы хранения, обработки и анализа биообразцов крови и слюны индивидов, протоколы полимеразной цепной реакции и определения полиморфизма длин рестрикционных фрагментов в границах точек текущей панели генетических маркеров. Были компьютеризированы как прохождение, так и подсчет результатов психологического опросника Кеттелла для удобства его использования индивидумами и избегания влияния ошибок при подсчете результатов психотипирований. На сегодняшний момент времени исследования ведутся следующими методами: дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК) выделяется из биообразцов слюны индивидумов; генотипирование производится методом определения полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДРФ) после проведения полимеразной цепной реакции (ПЦР), а также путем прямого электрофоретического определения количества повторов в значимых областях генома с переменным числом повторов (так называемые области VNTR) после ПЦР. Основные ферменты и реактивы, реакционные и аналитические буферы, играющие определяющую роль в качестве исследования, производятся в Российской Федерации. На июнь 2016 г. было генотипировано около 350 индивидумов. В основу разработки текущей панели определения особенностей структуры личности по их генотипу легли многолетние работы нашей ведущей научной сотрудницы, к.б.н. Аксеновой М.Г. Панель включает маркерные точки из окрестностей генов рецепции, транспорта и

метаболизма нейромедиаторов: дофамина, серотонина и ацетилхолина. Итоговая успешность ее применения может быть показана в ходе многолетних наблюдений за индивидумами, прошедшими исследовательское генотипирование и психотипирование личности в отделении профилактики центра.

## Целесообразность расширения перечня нозологических форм психических заболеваний и показаний для направления в отделения паллиативной психиатрической помощи

Медведева И.В., Костюк Г.П.  
Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

Актуальность проблемы: согласно приказу МЗ РФ от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной помощи взрослому населению», основными группами, включенными в перечень неизлечимых прогрессирующих заболеваний и состояний, при которых возможно применение паллиативной медицинской помощи, являются хронические заболевания терапевтического профиля в терминальной стадии развития. Из всего разнообразия психических расстройств для паллиативной помощи в настоящее время выделяется только одна нозологическая группа — это различные формы дементирующих процессов. При этом, несмотря на успехи психофармакотерапии и медицинской реабилитации, клинические и социальные прогнозы при некоторых психических заболеваниях остаются неблагоприятными. Среди нозологических форм, приводящих к ограничению психических и физических возможностей, требующих интенсивной симптоматической терапии, ухода и длительной психолого-социальной поддержки, помимо различных форм деменции, большой удельный вес занимают «конечные» состояния при шизофрении и умственная отсталость.

Цель исследования: анализ соотношения пациентов с различными психическими заболеваниями, находящихся на лечении в отделениях оказания паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «ПКБ № 3 им. Гиляровского ДЗМ», а также оценка необходимости расширения перечня нозологических форм и показаний для направления в данные отделения. Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 2-х паллиативных отделений ГБУЗ «ПКБ № 3 им. Гиляровского ДЗМ», мужского и женского, которые были организованы 1 января 2016 года в соответствии с приказом МЗ РФ № 187н. Основными критериями, определяющими необходимость в стационарной паллиативной медицинской помощи, являлись: тяжелое хроническое психическое заболевание, необходимость проведения систематического лечения в случае невозможности его организации в амбулаторной сети, невозможность удовлетворять основные жизненно важные потребности, беспомощность, социально-бытовая дезадаптация. В указанных отделениях проводится полная помощь пациентам, а также их родственникам — это стабильная лекарственная терапия, социальная и психологическая помощь и поддержка. Методами исследования стали клинический и статистический. Результаты: в соответствии с вышеперечисленными критериями в период с 1 января 2016 года по август 2016 года включительно в отделение, оказывающие стационарную паллиативную помощь, было направлено 29 мужчин и 45 женщин (всего 74 пациента). Нозологическая характеристика при этом составила: 45 пациентов с диагнозом «шизофрения» (60,8%), 25 пациентов с диагнозом «деменция» (33,8%), 4 пациента с диагнозом «умственная отсталость» (5,4%). Для пациентов с диагнозом «шизофрения» средний возраст составил: у женщин 58,5 года, у мужчин — 44,6 года. Средняя длительность заболевания к моменту стационарирования: у женщин — 31,4 года, у мужчин — 22,7 года. Психический статус у пациентов, относящихся к нозологической категории F 20, определялся грубыми процессуальными нарушениями в сфере мышления, эмоционально-личностной сфере, а также наличием позитивных психопатологических проявлений — галлюцинаторных, параноидных, кататонических, что требовало проведения

активной специфической терапии. По социальному статусу 57,7% пациентов данной группы (F 20) являлись одиноко проживающими и/или не имели близких родственников, 42,3% проживали в семье. В то же время, среди пациентов, проживающих в семьях, в 100% случаях отмечались нарушения взаимоотношений с родными, что было обусловлено как течением заболевания с нарастанием деструктивно-десоциализирующих проявлений, так и социально-бытовыми проблемами внутри семьи. Из группы одиноко проживающих пациентов 38% не имели средств к существованию (не проходили освидетельствования МСЭ, утрата документов). Выводы: пациенты рассматриваемого нами регистра и их родственники нуждаются в оказании психолого-медико-социальной помощи, которая может и должна оказываться в специально созданных условиях, попадающих под критерии паллиативной помощи. Полагаем обоснованным расширение перечня нозологических форм психических заболеваний и показаний для направления в отделение паллиативной психиатрической помощи (предотвращение и облегчение страданий — по определению ВОЗ).

### Лекарственное обеспечение в системе столичного здравоохранения: от общего к частному

Мелик-Гусейнов Д.В.

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва

Цель и задачи работы: охарактеризовать систему лекарственного обеспечения в РФ и в Москве; выявить и обозначить проблемы и пути их решения.

Материалы и методы выполнения работы: материалы: данные открытых и специальных источников (портал госзакупок, Росстат, данные аналитических агентств, Бюро медицинской статистики, экспертные оценки специалистов системы здравоохранения).

Методы: кабинетное исследование, интервью с экспертами и регуляторами системы здравоохранения.

Полученные результаты и выводы: обозначены основные императивы лекарственного обеспечения в Москве и России в целом; Определены актуальные вызовы развивающейся системы здравоохранения и перспективные технологии в сфере лекарственного обеспечения; предпринята попытка анализа зависимости социально-экономических индикаторов от эффективности лекарственного обеспечения.

1. Основные императивы лекарственного обеспечения в Москве и России в целом;
2. Актуальные вызовы развивающейся системы здравоохранения: технологии в сфере лекарственного обеспечения;
3. Зависимость социально-экономических индикаторов от эффективности лекарственного обеспечения: анализ и прогноз.

### Практика ведения больных с фибрилляцией предсердий: реальная ситуация на примере московского регистра в период 2009–2015 гг.

Мелехов А.В., Гендлин Г.Е., Никитин И.Г., Алексеева Е.М., Дадашова Э.Ф., Захарова И.И., Варенцов С.И.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница № 24, Москва

Для оценки реального положения вещей в ведении пациентов с ФП нами сформирован регистр из 1860 пациентов старше 18 лет с неклапанной формой ФП, проходивших стационарное лечение или наблюдавшихся амбулаторно в различных учреждениях здравоохранения г. Москвы в период 2009–2015 гг. Возраст больных составил 73,0 (64,0–79,4) лет, в выборке преобладали женщины — 1132 (60,9%). 99,1% пациентов нуждались в проведении профилактики тромбоземболических осложнений с помощью антикоагулянтов (АК). Медиана суммы баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>Vasc в исследуемой популяции составила 5,0 (3,0–6,0), среднее значение — 4,7. Медиана

суммы баллов по шкале HAS-BLED в исследуемой популяции составила 2,0 (2,0–3,0), среднее значение 2,5. При анализе частоты встречаемости факторов риска тромбоземболических осложнений у 400 больных, госпитализированных в связи с ФП за 2014–2015 гг (подгруппа А) обращала на себя внимание высокая частота встречаемости хронической сердечной недостаточности — 92,8%. Надо отметить, что во всем регистре (n=1860) частота встречаемости ХСН также была высокой — 70,4%. Следующим по распространенности фактором риска была артериальная гипертензия (91,9% пациентов). Частота встречаемости сосудистых поражений в исследуемой популяции была неоправданно завышена, диагнозы «ишемическая болезнь сердца» или «цереброваскулярная болезнь» нередко выставлялись без убедительных доказательств существования атеросклероза. До поступления в стационар 47,8% больных подгруппы А не получали тромбопрофилактики. 25,3% пациентов принимали только антиагреганты (АА); 12,8% — новые оральные антикоагулянты (НОАК); 14,3% — варфарин (целевые значения МНО достигли только 24,6% из них). Т.е. на амбулаторном этапе адекватной профилактики тромботических осложнений можно было назвать лишь у 16,3% больных. К моменту выписки 86,3% больных были назначены антикоагулянты: варфарин (78,8% пациентов, из них только 30,8% достигли целевого МНО) или НОАК (7,5%). 4% пациентов получали АА, 4,3% — сочетание АК и АА. Адекватной тромбопрофилактики в стационаре удалось добиться у 31,8% пациентов. Через 13 (10–14) месяцев после выписки состояние больных подгруппы А и обстоятельства лечения после выписки из стационара устанавливались при телефонном контакте. Удалось проследить судьбу 189 из исходно включенных 400 пациентов. За это время один больной перенес нефатальный инсульт, 9 пациентов погибли. 12,2% больных после выписки не получали антитромботических препаратов. Доля больных, получавших АК, уменьшилась до 55,6% (варфарин — 24,3%, НОАК — 31,2%), а частота применения АА увеличилась до 32,3% (одновременное использование АК и АА зафиксировано у 3 больных — 1,6%). Из 46 пациентов, получавших варфарин, 36 (78,3%) имели целевые значения МНО. Таким образом, адекватную профилактику после выписки из стационара продолжили получать 55,6% из больных, оставшихся доступными для наблюдения. За период 2009–2015 гг. частота применения АК при ФП увеличилась как в условиях стационара (с 13,7 до 73,6%), так и амбулаторно. В 2015 г. частота использования варфарина несколько снизилась, а НОАК — возросла. Для улучшения ситуации необходима грамотная организация контроля за лечением АК (улучшение доступности лабораторных исследований и врачебных консультаций по их результатам, использование портативных коагулометров врачами), реализация образовательных программ для врачей и пациентов, увеличение доступности НОАК.

### Роль психопрофилактических программ в здоровьесбережении субъекта

Мельников А.И., Ярославская М.А.

Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва

Актуальность. Одной из приоритетных задач системы российского здравоохранения является улучшение качества жизни и охрана здоровья населения. Ее реализация требует системного комплексного анализа всех составляющих здоровья населения и факторов, его обуславливающих, а также формирование на этой основе научно обоснованной профилактической модели по повышению адапционных резервов организма человека. В настоящее время в нашей стране активно разрабатываются и внедряются программы, направленные на улучшение качества жизни населения, снижение уровня смертности, формирование мотивации на здоровый образ жизни, увеличение трудоспособного возраста.

Цель работы: профилактическая программа «повышения адапционных резервов организма» к.м.н., заведующего отделением психологической реабилитации ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха

ДЗМ» А.И. Мельникова, разработанная на кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ИПО Первого МГМУ имени И.М. Сеченова на базе ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ», направлена на выявление внешних и внутренних факторов, приводящих к развитию патологий, определение механизмов саморегуляции психической деятельности, ресурсов организма человека и его личности для успешного преодоления последствий различных типов стрессовых нагрузок, сохранения и / или повышения способности к выполнению различных видов деятельности.

Задачи: 1. В группах сотрудников, помогающих профессий исследовать степень истощения личностных ресурсов стрессоустойчивости как ответ на возникшую проблему превышения адаптационных резервов организма. 2. В группах сотрудников, помогающих профессий провести психопрофилактические мероприятия. 3. Оценить эффективность профилактической программы «повышения адаптационных резервов организма».

Материалы и методы: программа основана на алгоритме психологической помощи работникам по классам условий труда. В основу алгоритма распределения по классам условий труда легли общие принципы гигиенической классификации условий труда (руководство р 2.2.2006-05 для оценки условий производственной среды). Диагностическую основу программы составили: фрайбургский многофакторный личностный опросник FPI, оценка параметров синдрома эмоционального выгорания проводилась российской версией опросника «Профессиональное выгорание» (Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова), тест Гамильтона для оценки тревоги. Психопрофилактической основой проекта являются специализированные тренинги, направленные на повышение стрессоустойчивости, раскрытие личностных ресурсов. В настоящее время по данному алгоритму ведется работа специалистами службы психологической реабилитации ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ» под руководством А.И. Мельникова с бригадами неотложной помощи филиалов №1 и №2 ГБУЗ «Городской поликлиники № 219 ДЗМ» СЗАО и сотрудниками Министерства юстиции РФ.

Результаты: исследование позволило на практике выявить неблагоприятную тенденцию к ухудшению психологического здоровья работников, а именно более 80% специалистов имели различной степени синдром эмоционального выгорания, практически 100% среди руководящего состава, у 15% сотрудников обнаруживались ранее не диагностируемые депрессивные и невротические расстройства. Психопрофилактические мероприятия программы позволили существенно улучшить психоадаптационные показатели. В ходе работы установлено, что у 75% работников удалось добиться снижения выраженности СЭВ или его полного устранения. Из 15% сотрудников с депрессивными и невротическими расстройствами у 8% — удалось добиться полного регрессирования симптоматики.

Выводы: 1. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности предложенной модели. 2. На основании вышеизложенной ситуации и полученных данных можно предположить, что система межведомственного и многоуровневого сотрудничества в организации инфраструктуры психологической службы позволит добиться максимальных показателей эффективности в решении вышеизложенной проблемы.

## Роль состояния высших психических функций в восстановлении больных, перенесших инсульт

Мельникова Е.А.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Разработка дифференцированных подходов к реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга является одной из наиболее актуальных проблем в современной медицине.

Целью работы являлось выделение «реабилитационных подгрупп», отражающих нейропсихологический и функциональный статус больных с инсультом, что необходимо как для прогнозирования восстановления функций, так и для контроля эффективности реабилитационных мероприятий.

Материалы: обследованы в динамике 203 больных, перенесших инсульт. В исследование включены больные 3-х групп: с ишемическим инсультом (ИИ) полушарной локализации — 133 (65,5%) человека, с ИИ в вертебробазиллярном бассейне (ВББ) — 40 (19,7%), с внутримозговой гематомой полушарной локализации (геморрагический инсульт (ГИ)) — 30 (14,8%) больных. Контрольную группу для оценки результатов нейропсихологического обследования составили 59 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу, возрасту и уровню образования с больными. Все обследованные больные и здоровые добровольцы были правшами. Больные с инсультом в группах были сопоставимы по полу, возрасту и уровню образования.

Методы исследования: возможность общения, мобильность, уход за собой, занятость и межличностные отношения изучали по шкале «Реабилитационный профиль активностей» до и после реабилитации. У больных оценивали уровни тревоги и депрессии по шкале «Госпитальная шкала для оценки тревоги и депрессии» и уровень самоконтроля по шкале «Восстановление локуса контроля». Кроме того, проведены: тесты на литеральные и семантические категориальные ассоциации, краткая шкала оценки психического статуса, батарея тестов для оценки лобной дисфункции, заучивание и воспроизведение 12 слов, тест рисования часов, тест повторения цифр в прямом и обратном порядке по методу Векслера, Бостонский тест называния, тест на символично-цифровое сочетание из шкалы интеллекта взрослых Векслера. Первичное обследование проводили в течение 2-х суток с момента поступления в стационар, контрольное (по шкале «Реабилитационный профиль активностей») — по окончании курса реабилитации, в среднем через 4 недели. Стандартный курс реабилитации включал кинезотерапию, механотерапию, ручной массаж конечностей по показаниям, занятия с нейропсихологом и трудотерапию. Результаты: при количественной оценке уровня снижения когнитивных функций в группе с ИИ полушарной локализации получены следующие результаты: больные с деменцией 1 стадии — 35 (26%), с синдромом умеренных когнитивных расстройств (УКР) — 48 (36%), с синдромом легких когнитивных расстройств (ЛКР) — 39 (29%), когнитивные расстройства (КР) отсутствовали у 11 (9%) больных. В группе с ИИ в ВББ больных с деменцией 1 стадии было 8 (20%), с синдромом УКР — 17 (42,5%), с синдромом ЛКР — 13 (32,5%), КР отсутствовали у 2 (5%) больных. У всех больных с ГИ было выявлено снижение когнитивных функций: до уровня деменции 1 стадии — у 8 (26,7%) больных, до УКР — у 13 (43,3%), до ЛКР — у 9 (30%) больных. В результате статического анализа больные в группах ишемического полушарного инсульта, инсульта в ВББ и ГИ были распределены по «реабилитационным подгруппам», имеющим определенные характеристики нейропсихологического статуса и различный прогноз на восстановление функций. Наиболее благоприятный прогноз на восстановление психомоторных функций имели больные 1-й подгруппы в каждой группе (вероятность восстановления 40 — 95%), самый неблагоприятный — больные 3-й подгруппы (вероятность восстановления — 0%, возможна компенсация). Неблагоприятное самостоятельное прогностическое значение на восстановление психомоторных функций имели следующие нейропсихологические особенности: снижение когнитивных функций до уровня деменции; нарушения исполнительных функций, проявляющиеся широким спектром симптомов; снижение номинативной функции речи; первичные дисмнестические расстройства; наличие клинически значимой депрессии (больше 13 баллов), низкий уровень мотивации к восстановлению функций (ниже 17 баллов); отсутствие достоверного улучшения по составляющим субшкалы «мобильность» шкалы «Реабилитационный профиль активностей» на фоне реабилитации.

Выводы: таким образом, выделение «реабилитационных подгрупп» позволило выявить значительную разнородность внутри каждой из групп больных, подчеркнуть различия между группами и разработать дифференцированный подход к оценке прогноза на восстановление психомоторных функций, ориентируясь на нейропсихологический статус пациентов.

## ЦНС-ориентированные технологии в реабилитации больных со структурными и функциональными заболеваниями нервной системы

Мельникова Е.А., Разумов А.Н.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Развитие и разработка технологий, ориентированных на модулирование нейропластических свойств центральной нервной системы (ЦНС-ориентированных технологий) в настоящее время является одним из передовых направлений реабилитации. В основе эффективного применения таких технологий лежит оптимальное использование многочисленных каналов биологической обратной связи, что позволяет головному мозгу «не забыть» правильную схему функционирования и сформировать двигательный стереотип и навык. Одним из наиболее распространенных методов, относящихся к ЦНС-ориентированным, является функциональная электромиостимуляция (ФЭМС).

Целью работы являлось установление степени влияния ФЭМС на восстановление психомоторных функций у больных с разными типами инсульта. ФЭМС провели 44 больным с инсультом: 26 больных — с ишемическим инсультом (ИИ) полушарной локализации, 7 больных — с ИИ в вертебробазиллярном бассейне и 11 больных — с геморрагическим инсультом. Кроме клинической оценки по скрининговым функциональным шкалам, контроль эффективности реабилитации осуществляли посредством регистрации вызванных потенциалов (ВП) головного мозга (условно-негативное отклонение и P300) до и после курса лечения. ФЭМС мышц конечностей проводили импульсным током прямоугольной формы в индивидуальном режиме, ежедневно № 10 на комплексе аппаратно-программном, лечебно-диагностическом, 16-канальном для восстановления нарушенных параметров ходьбы или движений методом мионейростимуляции «МНС-16К». Результаты: после ФЭМС у больных с ИИ полушарной локализации достоверно уменьшалось время реакции ( $308,8 \pm 23,5$  мс) по сравнению с больными, не получавшими ФЭМС ( $324,7 \pm 41,5$  мс,  $p < 0,05$ ). У больных, получавших ФЭМС, также наблюдали достоверное увеличение амплитуды потенциала N2 ( $10,7 \pm 7,2$  мкВ вместо  $9,15 \pm 3,7$  мкВ (без ФЭМС),  $p < 0,05$ ), что отражает ускорение процесса опознавания стимула в височной области и более быстрое подключение третичных ассоциативных зон теменных долей головного мозга. Изменение большинства основных параметров ВП у больных после ФЭМС свидетельствовало о повышении скорости психомоторных процессов, нормализации активации двигательных механизмов коры, повышении точности выполнения заданий и субъективного удовлетворения от выполненной задачи. На фоне проведения ФЭМС у больных с геморрагическим инсультом происходит улучшение опознавания предъявляемого стимула, обширное подключение ассоциативных зон, увеличение объема оперативной памяти и улучшение контроля за произвольной деятельностью со стороны лобных долей головного мозга (у больных, получавших ФЭМС, отмечено достоверное снижение вариабельности психомоторных ответов ( $49,4 \pm 33,6\%$ ) и уменьшение межпиковой латентности N2-P3 ( $94,3 \pm 38,2$  мс) по сравнению с больными, не получавшими ФЭМС ( $60,8 \pm 10,3\%$ ,  $p = 0,003$  и  $177,9 \pm 71,3$  мс,  $p = 0,021$  соответственно). Выводы: таким образом, проведение электромиостимуляции функциональным методом помимо активации двигательных механизмов коры головного мозга, способствует улучшению опознавания предъявляемого стимула и подключению ассоциативных зон, т.е. активрует нейропластические свойства центральной нервной системы.

## Гигиенические подходы к профилактике заболеваний у часто болеющих детей

Милушкина О.Ю.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Создание оптимальных условий среды для роста и развития детей и подростков, одно из ведущих направлений деятельности

медицинских работников на индивидуальном и на популяционном уровнях. Гигиенические аспекты профилактики заболеваний у детей включают большой спектр средовых воздействий, оказывающих положительное влияние на гармоничное развитие ребенка и снижение уровня заболеваемости, сокращение количества и длительности болезней. Изучение состояния здоровья детских коллективов показало, что высокий уровень заболеваемости и большой процент часто болеющих детей установлен среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. С целью анализа соблюдения гигиенических регламентов было проведено санитарное обследование 11 учреждений для детей-сирот в г. Москве. При оценке санитарного состояния территории учреждений для детей-сирот выявлено расположение учреждения в непосредственной близости от транспортных магистралей или промышленных предприятий; недостаточная площадь озеленения участков; недостаточное оборудование площадок для игр; отсутствие или заброшенное состояние физкультурных площадок. При гигиенической оценке зданий установлены необходимость проведения текущего ремонта потолков (наличие протечек), стен, полов (выбоины плиток, деструкция линолеума); недостаточный состав и неудовлетворительное санитарное состояние жилых помещений и необходимость текущего ремонта помещений общего пользования (санитарные узлы, душевые комнаты); отсутствие сертификатов соответствия на материалы, используемые для внутренней отделки помещений. Температура воздуха в некоторых помещениях превышает оптимальные значения, что приводит к нарушению терморегуляции у детей. Среди частых нарушений санитарных правил выявлены неисправности фрамужных приборов и отсутствие термометров в спальнях и игровых помещениях, что делает невозможным оценку теплового режима в этих помещениях. Гигиеническая оценка организации питания в учреждениях для детей-сирот позволила установить следующие нарушения: недостаточный состав и площадь помещений пищеблока; недостаточный набор или неисправности технологического оборудования; практически не проводится С-витаминизация третьих блюд (считают, что дети получают достаточно витаминов со свежими фруктами и соками); не организовано питание для детей с отклонениями в состоянии здоровья; у сотрудников пищеблоков просрочены медосмотры, нет сведений о сдаче санитарного минимума. Кроме того, необходимо отметить такие нарушения, как отсутствие журнала «Учета, получения и расходования дезинфекционных средств», недостаточный состав помещений для приготовления и хранения дезинфекционных средств, нарушения в обработке мягконабивных игрушек. Медицинское обеспечение детей-сирот сопровождается зачастую недостаточным оснащением помещений медицинского блока; в некоторых учреждениях не ведется учет острой заболеваемости (особенно среди старших детей); нарушаются сроки медицинских осмотров детей, формально проводятся углубленные осмотры, что приводит к позднему выявлению заболеваний и их хронизации. К положительным моментам относится полный охват прививками всех детей в соответствии с принятым календарем прививок. Следует также отметить, что воспитанники детских домов г. Москвы ежегодно проводят лето в санаторно-курортных и оздоровительных лагерях. Статистическая обработка данных позволила установить прямую корреляционную зависимость между процентом часто болеющих детей и организацией воздушно-теплового режима в учреждениях ( $r = 0,866$ ). Таким образом, среди основных гигиенических подходов к профилактике заболеваний у часто болеющих детей следует выделить следующие: — выбор территории (района) для жилья или строительства образовательного учреждения — применение специальных архитектурно-планировочных решений в конструкции детских комнат и или детских зон в общей комнате, соблюдение норм вместимости (для учреждений) — использование качественных материалов в отделке помещений — создание оптимальных микроклиматических условий в помещении (температура воздуха и внутренних поверхностей, влажность воздуха, скорость движения воздуха) — личная гигиена, гигиена

одежды и обуви ребенка — режим дня, режим учебы (занятий) и отдыха — физкультурно-оздоровительные и закаливающие процедуры — рациональное питание — медицинское сопровождение — санитарное состояние помещений, оборудования и инвентаря, в том числе игрушек и предметов для творчества.

### Анализ смертности от ВИЧ-инфекции в Москве по данным судебно-медицинских исследований

Минаева П.В., Морозов Ю.Е., Кадочников Д.С., Кильдюшов Е.М. «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, Бюро судебно-медицинской экспертизы, Российская медицинская академия последипломного образования, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

ВИЧ-инфекция, согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г. № 715, относится к перечню социально значимых заболеваний, что из года в год подтверждается данными Федеральной службы государственной статистики. Так, в 2015 году зафиксировано свыше 86 тысяч человек с впервые установленными диагнозами «болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека», и «бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)», при этом наблюдается рост заболеваемости на 11,5%. При этом 52,9% всех ВИЧ-инфицированных зафиксированы в 13 субъектах Российской Федерации, в том числе в Москве, где показатели прироста заболеваемости ВИЧ-инфекцией объясняются высоким уровнем обследования и частотой выявляемости данной инфекционной патологии у нерезидентов. Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 г. № 280 была утверждена федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)», включающая в себя подпрограмму «ВИЧ-инфекция». В феврале 2016 года в Министерстве здравоохранения Российской Федерации был разработан проект распоряжения Правительства Российской Федерации «Об утверждении государственной Стратегии противодействия распространению заболеваний, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, в Российской Федерации на период до 2020 года». Ежегодно, по данным судебно-медицинских исследований, в Москве умирает свыше ста человек от ВИЧ-инфекции. Был проведен анализ данных о проведенных судебно-медицинских экспертизах в случаях ВИЧ-инфекции. За период 2011–2015 гг. в 12 субъектах Центрального федерального округа было проведено 1194 экспертных исследования случаев с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, что составило около 17% от общего числа (7181 экспертиза), проведенных в 56 учтенных субъектах Российской Федерации. При этом в структуре экспертных исследований наибольшую долю (около 98%) составляют экспертизы трупов. За указанный период в Москве было проведено 714 экспертиз трупов и 1 сложная экспертиза (в 2015 году), что составило около 10% от всех исследований, проведенных в 56 учтенных субъектах Российской Федерации, и порядка 60% от экспертиз, выполненных в Центральном федеральном округе. Количество ежегодных экспертных исследований, проведенных в Москве практически не изменялось и составляло от 119 (в 2011 году) и до 154 (в 2012 году), то есть в среднем 143 случая в год. При этом по Российской Федерации отмечается ежегодная положительная динамика количества проводимых экспертиз трупов с диагнозом ВИЧ-инфекция. Среди умерших преобладают мужчины работоспособного возраста (от 21 до 40 лет), что еще раз подчеркивает социально-экономическую важность ВИЧ-инфекции. В 100% случаев срок проведения экспертиз трупов составил от 15 до 30 дней, а сложной экспертизы, сопряженной с изучением материалов дела и медицинской документации, необходимо включения в состав комиссии клинических специалистов, — более месяца. Необходимо отметить, что привлечение врача-инфекциониста и/или эпидемиолога к проведению сложных экспертиз по инфекционной патологии, в том числе ВИЧ-инфекции, является необходимой мерой обеспечения высокого уровня проводимых экспертных исследований. Необходимо информирование экспертов о работе с инфицированным материалом, в рамках профилактики профессионального заражения, вероятность неустранения умершему при

жизни ВИЧ-инфекции, стабильно большое количество ежегодных судебно-медицинских исследований обусловили разработку и внедрение системы взаимодействия судебно-медицинских экспертных учреждений с территориальными центрами СПИД (в Центральном федеральном округе такое сотрудничество организовано в Москве). В результате с 2013 года в тысячи раз возросло количество запросов о наличии у умершего ВИЧ-инфекции (6137 запросов в 2013 году, 5899 — в 2014 году, в 2015 году — 5170). Таким образом, показатели количества проводимых в Москве экспертиз и исследований трупов ВИЧ-инфицированных говорят о высоком уровне диагностики данной инфекционной патологии по отношению к остальным регионам Центрального федерального округа. Оперативное получение данных о ВИЧ-статусе умершего позволяет повысить качество диагностики данной инфекции, объективность статистических данных, а также является неотъемлемой частью профилактики профессиональной заболеваемости среди судебно-медицинских экспертов.

### Остеопатическое лечение хронической головной боли напряжения в рамках медицинской реабилитации

Мирошниченко Д.Б., Мохов Д.Е. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Одним из наиболее частых и тягостных проявлений хронической боли является хроническая головная боль (ГБ). Среди многообразия различных типов ГБ ведущее место (более 80%) принадлежит головной боли напряжения (ГБН), частота которой в общей популяции составляет от 32 до 64%. Следует отметить, что более 90% больных с ГБН составляют лица трудоспособного возраста. (Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M. et al., 1991; Pfaffenrath V., Fendrich K., Vennemann M. et al., 2009; Schwaiger J., Kiechl S., Seppi K., 2009; Robbins M.S., Lipton R.B., 2010). В последние годы повысился интерес к использованию нелекарственных методов лечения головной боли напряжения. Это обусловлено: недостаточной эффективностью фармакотерапии, наличием индивидуальной непереносимости и аллергических реакций, возникновением привыкания к психотропным препаратам и анальгетикам, развитием лекарственно-зависимой ГБ (Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В., 2000; Осипова В.В., 2009; Starling A.J., Hoffman-Snyder C., Halke R.B. et al., 2011). В этой связи представляется интересным достижение остеопатии в лечении болевых синдромов различной локализации. Целью настоящего исследования явилась клинично-функциональная оценка остеопатического лечения хронической головной боли напряжения. Постановлена цель была конкретизирована следующими задачами: 1. Выявить клинические особенности больных хронической головной болью напряжения с учетом сопряженных соматических дисфункций глобального, регионального и локального уровней. 2. Изучить полисинаптическую рефлекторную возбудимость ствола мозга у больных хронической головной болью напряжения методом регистрации и анализа мигательного рефлекса. 3. Оценить влияние остеопатического лечения на динамику соматических, неврологических, психологических и электрофизиологических нарушений у больных хронической головной болью напряжения. Всего было обследовано 108 больных с хронической головной болью напряжения в возрасте от 22 до 54 лет без соматической патологии с разным уровнем нервно-психической устойчивости. Больные были разделены на 2 группы случайным образом. В основной группе проводилось остеопатическое лечение дополнительно к медикаментозной базовой терапии хронической головной боли напряжения (антидепрессанты, обезболивающие препараты). В группу сравнения вошли больные, получающие медикаментозное лечение, принятое для лечения хронической головной боли напряжения. Научно-практическая значимость. 1. Выявлены особенности клинического и остеопатического статуса

у больных хронической головной болью напряжения. 2. Дана характеристика полисинаптической возбудимости мигательного рефлекса отражающего рефлекторную активность ствола мозга у больных хронической головной болью напряжения. 3. Изучено влияние остеопатического лечения на клинико-функциональные параметры рефлекторной возбудимости ствола мозга у больных хронической головной болью напряжения.

На основании проведенной работы были сделаны следующие выводы: 1. У больных хронической головной болью напряжения наряду с алгическими и психовегетативными нарушениями имеет место высокий процент сопряженных соматических дисфункций, которые участвуют в оформлении клинической картины и патогенезе хронической головной боли напряжения. 2. У 82% больных хронической головной болью напряжения наблюдается нарушение полисинаптической рефлекторной возбудимости ствола мозга. Наиболее характерным ее проявлением является гиперрефлексия R2 компонента мигательного рефлекса, что свидетельствует о слабости тормозных механизмов антиноцицептивной системы на уровне ствола мозга. 3. Сравнительный клинико-функциональный анализ больных хронической головной болью напряжения показал, что остеопатическое лечение сопровождается более выраженной положительной динамикой клинических, психологических и нейрофизиологических показателей. В частности, остеопатическое лечение оказывает достоверно больший регресс алгических ( $p < 0,05$ ) и эмоционально-аффективных проявлений хронической головной боли напряжения ( $p < 0,05$ ), а также нормализацию амплитудно-временных параметров мигательного рефлекса ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о нормализации тормозного контроля антиноцицептивной системы на уровне ствола мозга.

### **Выбор анестезиологического пособия при оперативном лечении пациентов с критической ишемией нижних конечностей и сахарным диабетом**

Митичкин А.Е., Варнавин О.А., Бережанский Б.В., Васин В.С.  
Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Актуальность проблемы заключается в необходимости совершенствования методов диагностики и лечения критической ишемии нижних конечностей и сахарного диабета, обусловлена постоянным ростом числа больных и не до конца решенными вопросами выбора оптимальной хирургической тактики и анестезиологического обеспечения. Необходимость обеспечения анестезиологической защиты, регуляции гемодинамики и достижения ее стабильности в условиях хирургического стресса требуют применения больших доз наркотических анальгетиков, комбинированного использования нескольких анестетиков, препаратов, влияющих на сердечно-сосудистую и центральную нервную системы. Стремление снизить количество интра- и послеоперационных осложнений у больных с критической ишемией нижних конечностей и сахарным диабетом вызвало возрождение интереса к регионарным методам обезболивания. Многочисленные исследования методов центральной и периферической проводниковой анестезии и публикации последних лет подтверждают большую актуальность данной проблемы и вызывают интерес к выбору адекватного анестезиологического пособия у данной категории пациентов путем проведения комплексного исследования.

Целью работы явилось обоснование выбора метода анестезиологического пособия при оперативном лечении пациентов с критической ишемией нижних конечностей при дистальной форме поражения сосудистого русла и сахарном диабете. Основными задачами стало исследование изменения центральной и периферической гемодинамики на этапах оперативного вмешательства при различных видах анестезиологического пособия, оценка динамики раневого процесса и эффективность применения периферической проводниковой анестезии. В основу работы

положены результаты обследования и лечения 72 больных. Все пациенты, включенные в исследование, мужчины. Их возраст варьировал от 62 до 77 лет. Для оценки использованных методов анестезии пациенты были разделены на три группы: I группа — 24 пациента, у которых была выполнена периферическая проводниковая анестезия, II группа — 24 пациента которым проводилась эпидуральная анестезия, III группа — 24 пациента, у которых была выполнена комбинированная эндотрахеальная анестезия. Все пациенты подверглись клиническому обследованию, которое основывалось на оценке жалоб, данных анамнеза, клинической картины заболевания, лабораторных, инструментальных и лучевых методов диагностики. Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, гематокрит, выполнялось определение в крови биохимических параметров: общего билирубина, АсАТ, АлАТ, ЩФ, креатинина, азота мочевины, глюкозы, калия, натрия, определяли индекс оксигенации до и после оперативного вмешательства, измеряли плече-лодыжечный индекс. Ультразвуковое дуплексное сканирование подколленных артерий. Оценка функции системы кровообращения проводилась с момента поступления больного на операционный стол и до перевода его в палату. Проводился постоянный ЭКГ-контроль, пульсоксиметрия, непрерывная регистрация показателей гемодинамики при помощи метода биоимпедансной кардиографии. Из послеоперационной раны производился забор материала для гистологического исследования и бактериологического исследования (флора, общее микробное число и уровень бактериальной обсемененности). Выводы. 1. Периферическая проводниковая анестезия у пациентов с критической ишемией нижних конечностей и сахарным диабетом не влияет на показатели центральной и периферической гемодинамики. 2. У пациентов с критической ишемией нижних конечностей и сахарным диабетом центральная и периферическая проводниковая анестезия во время оперативного вмешательства не приводит к изменениям метаболического и респираторного компонентов кислотно-основного состояния артериальной крови. 3. Периферическая проводниковая анестезия приводит к улучшению кровоснабжения и микроциркуляции дистального русла у пациентов с критической ишемией и сахарным диабетом, тем самым стабилизируя течение раневого процесса и сокращает сроки заживления. 4. При морфологическом анализе типа цитогарм и результатов бактериологического исследования отделяемого из послеоперационных ран у пациентов, у которых была выполнена периферическая проводниковая анестезия, отмечена положительная динамика раневого процесса.

### **Локорегионарная анестезия как компонент мультимодальной анальгезии при нейрохирургических вмешательствах keyhole доступом**

Митичкин А.Е., Варнавин О.А., Бережанский Б.В., Трофимов С.О.  
Городская клиническая больница им. Ф.И.Иноземцева, Москва

Цель: оценка использования локорегионарной анестезии (ЛРА) в рамках мультимодальной анальгезии как компонента комбинированного эндотрахеального наркоза при нейрохирургических вмешательствах keyhole доступом.

Материалы и методы. Проведен анализ 48 пациентов, с использованием keyhole доступа оперированных с марта 2016 года по май 2016 года. По локализации и структуре нейрохирургической патологии все больные распределились следующим образом: 18 пациентов — аневризмы сосудов головного мозга без разрыва, 9 пациентов — аневризмы сосудов головного мозга с разрывом сроком давности свыше 3 недель, 15 пациентов с объемными образованиями передней черепной ямки, 6 пациентов — с образованиями средней черепной ямки. Методика анестезиологического обеспечения: у всех пациентов индукция анестезии проводилась внутривенным введением раствора пропофола в дозировке 2–2,5 мг/кг. Интубация трахеи выполнялась после миоплегии рокурнием 0,6 мг/кг. ИВЛ проводилась в

режиме SIMV-PS наркоточно-дыхательным аппаратом Datex Advance по полузакрытому контуру с поддержанием состояния умеренной гипервентиляции etCO<sub>2</sub> 30–34 мм рт.ст. 26 пациентам была проведена локорегионарная анестезия в сочетании с комбинированным эндотрахеальным наркозом, и 22 пациентам — эндотрахеальный наркоз. Методика локорегионарной анестезии включала в себя проводниковую анестезию черепных нервов и/или надглазничных нервов, и/или ушно-височного нерва, и/или заднеушного нерва, и/или большого и малого затылочного нервов в зависимости от локализации доступа и инфильтрации зоны разреза местным анестетиком. В качестве местного анестетика использовался 7,5% раствор ропивакаина. Всем пациентам в качестве дополнительного анальгетического компонента в зависимости от показателей гемодинамики, BIS, etCO<sub>2</sub> дробно внутривенно вводился раствор фентанила. У всех пациентов оценены длительность периода от окончания операции до экстубации и уровень боли по визуально-аналоговой шкале.

Результаты. Исследуемые пациенты были экстубированы в течение 3–5 минут после окончания операции, в контрольной группе после ЭТН время пробуждения составило 10–15 мин. Всем пациентам после экстубации было предложено оценить уровень боли по визуально-аналоговой шкале. В группе пациентов с ЛРА у 26 пациентов уровень боли составлял 0–2 (потребности в анальгетиках не было). В контрольной группе у 10 пациентов уровень боли составлял 2–4 балла (боль была купирована внутривенным введением раствора парацетамола в дозировке 1000 мг), у 12 пациентов уровень боли составлял 4–8 баллов (у 8 из них боль была купирована внутривенным введением раствора парацетамола в дозировке 1000 мг, у 4 использовались наркотические анальгетики). В периперационном периоде потребность во внутривенном введении фентанила снизилась на 40%.

Заключение. Возможность сочетания комбинированного эндотрахеального наркоза и локорегионарной анестезии позволяет ускорить выход пациента из наркоза, снизить потребность в послеоперационном назначении наркотических анальгетиков. Данная методика представляется нам наиболее эффективной и обоснованной при проведении нейрохирургических операций с keyhole доступом.

### Международный консенсус Sepsis-3 и проблемы патологоанатомической диагностики сепсиса

Мишнев О.Д., Гринберг Л.М., Зайратьянц О.В.  
 Российский национальный исследовательский медицинский университет  
 Н.И. Пирогова, Уральский государственный медицинский университет  
 Московский государственный медико-стоматологический университет  
 им. А.И. Евдокимова, Москва, Екатеринбург

Проблема сепсиса до настоящего времени остается в центре внимания врачей различных специальностей. В 2016 г. Экспертный совет Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям (РАСХИ) утвердил новое Российское национальное руководство по сепсису в соответствии с международным консенсусом Sepsis-3, причем удалось достичь «внутреннего консенсуса» по большинству вопросов патологии сепсиса между клиницистами и патологоанатомами. Основные положения консенсуса Sepsis-3 были представлены 23 февраля 2016 года на Конгрессе ассоциаций Society Critical Care Medicine и European Society Intensive Care Medicine в Орландо (США). К этому моменту был приурочен выпуск очередного номера «Журнала американской медицинской ассоциации», в котором были опубликованы программные статьи. В марте—апреле 2016 года состоялись конгрессы различных медицинских ассоциаций в Европе, программа которых включала обсуждение новых дефиниций и диагностики сепсиса. В настоящее время консенсус Sepsis-3 одобрен и рекомендован к внедрению в практику специалистами более 30 международных медицинских ассоциаций. К моменту принятия консенсуса Sepsis-3 прошло 25 лет от начала крутого поворота в истории изучения сепсиса, каковым следует считать

Согласительную конференцию пульмонологов и специалистов по интенсивной терапии в Чикаго (консенсус Sepsis-1, 1991). Теоретические аспекты сепсиса, рассматривающегося на Чикагской конференции как проявление ССВР, воспринимались как революционные. Не следует подчеркивать, что они не были неожиданными для отечественных патологоанатомов (И.В. Давыдовского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова, А.П. Авцына, Н.К. Пермякова), которые в своих исследованиях первоочередное внимание уделяли макробиологической составляющей сепсиса, но не забывали и об этиопатогенетической роли возбудителей инфекции. В Российское национальное руководство 2016 г. вошло новое определение сепсиса, с акцентом на «угрожаемое жизни состояние» и наличие органной дисфункции, «сепсис является опасной для жизни дисфункцией органов, развившейся вследствие дисрегуляторной реакции макроорганизма на инфекцию». В новом руководстве РАСХИ сепсис определяется как угрожающее жизни полиэтиологическое инфекционное заболевание, квалифицируемое как осложнение, или состояние, или синдром. Сепсис характеризуется развитием ССВР в ответ на инфекцию (бактериальную, микотическую и, как предлагает ряд авторов, вирусную), измененной реактивностью организма, органной дисфункцией и повреждением с развитием полиорганной недостаточности и/или шока». ССВР остается необходимым признаком сепсиса, но не является строго специфичным. Вместо четырех форм сепсиса выделены две формы заболевания: собственно сепсис и септический шок. Современная патоморфологическая диагностика сепсиса базируется на выявлении синдромов и органных поражений в двух формах заболевания: 1. Сепсис с метастатическими очагами (септикопиемия), 2. Сепсис без метастатических очагов (септицемия, в России выделяется как вторая клинико-морфологическая форма сепсиса). Септический шок (трактруется как осложнение) развивается преимущественно при септицемии. К основным синдромам, развивающимся при сепсисе, относятся: ДВС-синдром, острый респираторный дистресс-синдром, септический шок и синдром полиорганной недостаточности (СПОН). Среди органов-мишеней следует выделить легкие, почки, печень, селезенку, в которых развиваются характерные для сепсиса поражения. Патолого-анатомическая картина сепсиса складывается из первичного септического очага (если таковой есть), проявлений перечисленных синдромов с поражением органов и тканей, наличием или отсутствием дистантных метастатических поражений. Интегральное поражение органов-мишеней определяет тяжесть и особенности развивающегося СПОН, который и фиксируют клиницисты, используя различные критерии и шкалы. При этом сепсис с метастатическими очагами с точки зрения патолого-анатомической диагностики обычно не представляет существенных трудностей. Диагностика септицемии, которая, приводит к развитию септического шока, требует определенных усилий, применения дополнительных методов исследования и пр. Однако предложенные консенсусом Sepsis-3 и утвержденные Экспертным советом РАСХИ критерии диагностики сепсиса по-прежнему остаются преимущественно клинико-лабораторными, что подтверждает необходимость проведения дальнейших клинико-патолого-анатомических и экспериментально-морфологических сопоставлений для достижения взаимопонимания по проблеме сепсиса между клиницистами и патологоанатомами.

### Внедрение современных хирургических технологий в онкоурологическом отделении ГБУЗ ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ

Мишугин С.В., Хохлов М.А., Рытин И.Э., Мордовин А.А., Морозов П.А., Кукушкин М.В., Дробязко А.А.  
 Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева (бывшая ГКБ №57), Москва

В онкоурологическом отделении нашей больницы с сентября 2014 года, после прохождения хирургами специализированных курсов повышения квалификации и получения соответствующих сертификатов, внедрена лапароскопическая хирургия основных

онкоурологических нозологий, таких как рак почки и верхних мочевых путей, рак предстательной железы и мочевого пузыря. В связи с проведенной модернизацией отделения операционные оснащены лапароскопическими стойками мирового лидера Karl Storz, что позволило нам перейти на выполнение современных, высокотехнологичных хирургических операций. В результате нашей работы за два года (с сентября 2014-го по сентябрь 2016 г.), удалось практически полностью перейти на лапароскопическую (экстраперитонеоскопическую) модификацию радикальной простатэктомии (лРПЭ). За два года выполнено 185 лРПЭ, из них 28 (15,3%) — нервосберегающих. Удельный вес лРПЭ составил 88%, остальные 12% пришлось на открытые (классические позадилонные) РПЭ у пациентов с противопоказаниями к лапароскопии и промежуточные модификации (у больных с ожирением). Доля открытых нефрэктомий (НЭ) у больных раком почки также значительно снизилась после внедрения лапароскопии (ЛНЭ). Так, за два года нами выполнено 457 НЭ, из них 217 (47,5%) — лапароскопических. В последний год мы активно внедряем лапароскопическую резекцию почки при опухолях малых размеров как с пережатием сосудов почки, так и без. Нами выполнено 32 резекции почки. Размеры опухолевого узла не превышали 40 мм, учитывая специфику кривой обучаемости, мы отбирали для операции наиболее «удобные» локализации опухолевых узлов. Также мы начали активно внедрять, пожалуй, самую сложную лапароскопическую технику — при радикальной цистпростатвезикулэктомии (рЦПВЭ). На данный момент нами выполнено 6 рЦПВЭ с тазовой лимфодиссекцией и формированием кишечного кондукта через мини-доступ, однако мы планируем в ближайшем будущем полностью перейти на интракорпоральное выполнение этой операции, включая кишечную пластику. Хочется особо отметить, что перевод значительного объема хирургической работы отделения на лапароскопические «рельсы» обозначил ряд значимых положительных изменений в послеоперационном (п<sub>о</sub>) ведении больных: снизился п<sub>о</sub> период (в среднем на 20–25%); значительно снизилась необходимость в п<sub>о</sub> обезболивании больных, в т.ч. наркотическими анальгетиками, в связи с практически полным отсутствием выраженного болевого синдрома; более ранняя активизация лапароскопически оперированных пациентов также способствует уменьшению болевого синдрома и профилактике тромбозомболических осложнений; уменьшилось количество гнойно-септических осложнений. Все вышперечисленное значительно улучшает качество жизни онкологических пациентов, а сокращение послеоперационного койко-дня и количества затрачиваемых анальгетиков имеет благоприятное медико-экономическое значение.

### **Морфологические аспекты инфекционного эндокардита как причины материнской смертности ВИЧ-инфицированных наркозависимых пациенток**

Мозгалева Н.В., Пархоменко Ю.Г., Тишкевич О.А.  
Научно-исследовательский институт морфологии человека, Инфекционная клиническая больница №2, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Инфекционный эндокардит (ИЭ) на фоне наркомании часто сочетается с ВИЧ-инфекцией и характеризуется высокой смертностью, преимущественно в молодом возрасте. До 5–10% в структуре смертности инъекционных наркоманов занимает ИЭ, при этом у ВИЧ-инфицированных пациентов ИЭ встречается в 2,6 раза чаще. Особого внимания заслуживает развитие этой патологии у пациенток фертильного возраста, которое может не только стать причиной невынашивания беременности, но и привести к летальному исходу, внося свой вклад в рост показателя материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний в Российской Федерации.

Цель исследования. Изучить морфологические особенности ИЭ как причины материнской смертности ВИЧ-инфицированных наркозависимых пациенток.

Материалы и методы исследования. Проанализированы анамнестические, клинические, микробиологические и патоморфологические данные наркозависимых ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших от ИЭ в стационарах г. Москвы в период с 2008 по 2016 г. Из 160 пациентов, включенных в исследование: 112 (70%) мужчин и 48 (30%) женщин, средний возраст 32,3 года (от 19 до 48 лет), смерть 6 пациенток (средний возраст 28 лет, от 19 до 33 лет) наступила в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания, что соответствует определению материнской смертности. В 83% случаев у пациенток развивался самопроизвольный выкидыш: у 4 пациенток (66%) во 2-м триместре беременности, у одной (17%) — в первом триместре. В одном случае смерть наступила на 24 сутки после срочных родов. Этиология инфекционного эндокардита устанавливалась бактериологическим методом и методом полимеразной цепной реакции. У 2 пациенток проведено морфологическое исследование проводящей системы сердца по методике Ю.Г. Пархоменко и соавт.

Результаты и их обсуждение. В основной группе (154 человека) макроскопические изменения сердца соответствовали общеизвестным данным для инъекционных наркоманов: наиболее часто наблюдалось изолированное поражение эндокарда правой половины сердца, преимущественно трикуспидального клапана (57,3%), реже левой (26,1%) и обеих половин сердца (16,6%). В трети случаев наряду с клапанным эндокардом поражался пристеночный эндокард камер сердца. Во всех случаях материнской смертности зарегистрирован эндокардит митрального клапана с преобладанием двухстороннего поражения сердца (66,7%), реже изолированное поражение левой половины сердца (33,3%), в половине случаев в патологический процесс был вовлечен пристеночный эндокард. При этом не отмечено ни одного случая изолированного поражения эндокарда правой половины сердца. В качестве возбудителя в подавляющем большинстве случаев (90% в основной группе и 100% в случаях материнской смертности) выделен *Staphylococcus aureus*, изолированно или в виде микробных ассоциаций, в которых преобладали *Klebsiella pneumoniae* и грибы рода *Candida*. Частота и характер септикопиемического поражения внутренних органов в группе материнской смертности в целом соответствовали распределению в основной группе и отражали пути метастазирования инфекционного агента по большому или малому кругу кровообращения. У всех 6 пациенток были поражены сердце и легкие с развитием эндомиокардита или панкардита и двусторонней абсцедирующей пневмонии в сочетании с геморрагическими инфарктами легких; далее в порядке убывания частоты: головной мозг и селезенка (по 5 пациенток, 83%) с развитием менингоэнцефалита и септических инфарктов селезенки; почки (4 пациентки, 67%): двухсторонний апостематозный нефрит и инфаркты. Матка и другие органы репродуктивной системы преимущественно были интактны, лишь в одном случае наблюдались гнойный эндометрит и септические эмболы в сосудах матки. При этом изменения во внутренних органах носили острый характер, и лишь в сердце можно говорить о подостром течении эндокардита с наличием наряду с острыми альтернативными изменениями признаков продуктивного воспаления. Исследование проводящей системы сердца показало наличие воспалительной инфильтрации в обеих ножках пучка Гиса и предсердно-желудочковом узле. Таким образом, во всех случаях материнской смертности ВИЧ-инфицированных наркоманов от ИЭ наблюдался подострый стафилококковый эндокардит левой или обеих половин сердца с развитием септикопиемии по большому кругу кровообращения. Своевременное направленное обследование может способствовать снижению частоты развития тяжелых осложнений эндокардита и материнской смертности в указанной группе пациентов.



## Этиология инфекционного эндокардита на фоне наркомании и ВИЧ-инфекции по данным аутопсии

Мозгалева Н.В., Пархоменко Ю.Г., Сильвейстрова О.Ю., Скачкова Т.С., Шипулина О.Ю.

Научно-исследовательский институт морфологии человека, Инфекционная клиническая больница №2, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Инфекционный эндокардит (ИЭ) у ВИЧ-инфицированных наркоманов встречается в 2,6 раза чаще, чем у ВИЧ-отрицательных, и характеризуется высокой смертностью в молодом возрасте. Для назначения адекватной противомикробной терапии важно иметь четкое представление о закономерностях этиологии ИЭ, в частности, о возможной роли оппортунистических инфекций у иммунокомпрометированных пациентов.

Цель исследования. Изучить этиологию ИЭ на фоне наркомании и ВИЧ-инфекции по данным аутопсии.

Материалы и методы исследования. Проанализированы микробиологические и патоморфологические данные 166 ВИЧ-инфицированных наркоманов, умерших от ИЭ: 118 (71%) мужчин и 48 (29%) женщин, средний возраст 32,3 года (от 19 до 48 лет). Во всех случаях проводилось бактериологическое исследование пораженных сердечных клапанов и других органов, гистологическое исследование с приготовлением стандартных гистологических срезов с окраской гематоксилином и эозином, ШИФФ-реактивом, по Ван-Гизону. В 30 случаях проводили дополнительное гистологическое исследование проводящей системы сердца по методике Ю.Г. Пархоменко и соавт. В 36 случаях аутопсийный материал (пораженные эндокардитом и микроскопически интактные клапаны сердца, миокард, другие органы) был исследован методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Результаты и их обсуждение. При бактериологическом исследовании в подавляющем большинстве случаев возбудителем был *Staphylococcus aureus* (всего в 89,8% случаев, из них изолировано 73,9% или в виде микробной ассоциации 15,9%). В составе микробных ассоциаций чаще встречались *Klebsiella pneumoniae* (8,9%) и *Candida albicans* (10,2%), остальные микроорганизмы были выделены однократно (*Proteus vulgaris*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus equisimilis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Cryptococcus neoformans*, *Pseudomonas aeruginosa*) или двукратно (*Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*). При анализе результатов ПЦР-исследования также преобладал золотистый стафилококк (30 случаев из 36, 83%), причем на долю метициллинчувствительных штаммов приходилось 90% всех случаев выделения ДНК стафилококка, что подтверждает внебольничный характер инфекции. Выявленные метициллин-резистентные штаммы преимущественно сочетались с метициллин-чувствительными и лишь у трех пациентов определялись изолированно. Закономерным при ДНК исследовании стало возрастание доли регистрируемых микробных ассоциаций (до 90% без учета вирусов), в которых также ведущие места заняли *Klebsiella pneumoniae* и грибы *Candida*. Частота обнаружения другой грамотрицательной флоры, в частности *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, при ПЦР-исследовании также возросла. Из возбудителей оппортунистических инфекций (вирусов и простейших) в аутоптатах обнаружена (в порядке убывания частоты) ДНК Epstein-Barr virus, Human herpesvirus 6, Herpes simplex virus 1, Cytomegalovirus, Toxoplasma gondii. Характерно обнаружение ДНК инфекционных агентов не только в пораженных, но и в макроскопически интактных клапанах, и в миокарде. При этом ДНК цитомегаловируса обнаружена преимущественно в пораженных эндокардитом клапанах. Гистобактериологически регистрировались в основном скопления кокков, причем всегда в сочетании с деструктивными изменениями. Кокковидные палочки, морфологически схожие с *Klebsiella pneumoniae*, и фрагменты псевдомонелии грибов определялись лишь в единичных случаях. При длительном протекании эндокардите на фоне антибиотикотерапии гистологически определялись воспалительные и рубцовые изменения при отсутствии видимого инфекта. В проводящей системе сердца развивались воспалительные изменения

различной выраженности, преимущественно в ее периферических отделах, а микробы определялись вне ее элементов, в окружающих структурах сердца.

Таким образом, ИЭ у ВИЧ-инфицированных наркоманов чаще носит характер микст-инфекции с преобладанием *Staphylococcus aureus*, *Kl. pneumoniae* и *Candida*. Применение ПЦР-исследования наряду с традиционными методами позволяет улучшить качество диагностики.

## Инновационные технологии в ортезировании детей с патологией опорно-двигательного аппарата

Монахов Н.Ф., Новиков В.И., Бунякин Н.И.

Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ», Москва

Актуальность проблемы состоит в значительном количестве детей-инвалидов (около 300 тысяч) с нарушениями движений, нуждающихся в адекватном, индивидуальном, эффективном ортезировании для улучшения качества их жизни и профилактики развития тяжелых деформаций конечностей.

Целью исследования являлось создание нового, инновационного подхода к ортезированию и протезированию пациентов с позиций рассмотрения человека (ребенка) как целостной биологической системы с наличием в ней суставов конечностей, имеющих не только определенную амплитуду движений, но и определенные моменты сил, степени свободы, упругие, амортизирующие свойства с учетом соответствующих патологических состояний и установок. В соответствии с этими задачами проводилась разработка новых полимерных материалов с требуемыми по медико-биомеханическим показателям свойствами шарнирных модульных узлов, гильз и конструирование на этой основе тугоров, ортопедических аппаратов и других ортезов, позволяющих корректировать патологические установки и деформации, фиксировать, разгружать, повышать функциональность сегментов верхних и нижних конечностей в зависимости от индивидуальных характеристик больного, уровня, степени поражения. Материалы и методы. За период с 1993 г. по настоящее время оказана помощь в индивидуальном изготовлении различных ортопедических изделий более чем 60 тысячам детей в возрасте от 6 мес. до 18 лет. Больные наблюдались до и в процессе ортезирования, а также в отдаленном периоде. Основными патологическими состояниями у детей были детский церебральный паралич, спастическая диплегия, врожденная косолапость, врожденные вывихи бедер, различные деформации позвоночника, нижних и верхних конечностей, патологические установки и деформации суставов. В качестве основного полимерного материала нами использовался разработанный термопластичный облегченный композит на основе углепластика в различных комбинациях, что позволяло создавать определенные, заданные прочностные и упругие свойства ортопедическим изделиям в каждом случае в зависимости от поставленных задач. В последние 3—4 года применяются новые типы полимерных упругих шарниров пространственной конфигурации, позволившие еще больше уменьшить вес и улучшить амортизирующие свойства ортезов. Работа над совершенствованием этих свойств продолжается в настоящее время. Индивидуальный подход в изготовлении ортезов позволил у большинства обратившихся пациентов корректировать существовавшие патологические установки и деформации, тем самым исключить в последующем выполнение тяжелых оперативных вмешательств. Положительные результаты могут быть использованы в практической работе в стационарах специализированных больниц, реабилитационных центрах, в процессе комплексной реабилитации.

## Организация остеопатической помощи населению в России

Мохов Д.Е.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Остеопатия является одним из самых молодых медицинских направлений, в основе которых лежит использование манипулятивных

техник. Современная остеопатия возникла во второй половине XIX века в США. Философия остеопатии, заложенная Э.Т. Стиллом, основана на следующих постулатах: человеческий организм — это динамическое функциональное единство; тело обладает саморегулируемыми механизмами, способными к самокоррекции; структура и функция взаимосвязаны на всех уровнях. История остеопатии в России началась с приезда в 1988 г. известного американского остеопата В. Фраймана. Интенсивное развитие российской остеопатии сопровождалось накоплением эмпирических и научных данных, свидетельствующих о ее клинической эффективности и объяснявших анатомио-физиологическую сущность изменений, происходящих в организме человека при воздействии остеопата. Сегодня общество заинтересовано в специалистах, которые могут не только лечить патологию, но и заниматься профилактикой нарушений состояния здоровья, повышать его качество, воспитывать культуру здоровья. Остеопатия — холистическая мануальная медицинская система профилактики, диагностики, лечения и реабилитации соматических дисфункций, влекущих за собой нарушение здоровья, направленная на восстановление природных способностей организма к самокоррекции. Регулирование профессиональной деятельности по остеопатии: 1. Государственное (введение должности, специальности, утверждение квалификационных характеристик; утверждение образовательных стандартов и примерных образовательных программ; утверждение профессионального стандарта; участие в аккредитации специалистов; лицензирование деятельности; экспертиза качества медицинской помощи). 2. Общеобщественно-профессиональное (разработка профессионального стандарта; участие в аккредитации специалистов; разработка порядков осуществления медицинской деятельности, клинических рекомендаций; аккредитация образовательных организаций и мероприятий, программ ДПО; экспертиза врачебных ошибок). С 2012 года в России начался процесс государственного регулирования остеопатии: должность «врач-osteopat» включена в номенклатуру должностей специалистов с высшим медицинским образованием (Приказ МЗ РФ № 1183н от 20.12.2012 г.); специальность «osteопатия» вошла в перечень специальностей высшего медицинского образования (Приказ МО и Н РФ № 1061 от 12.10. 2013 г.); прием врача-osteopat (первичный, повторный) включен в перечень медицинских услуг (Приказ МЗ РФ № 794н от 28.10.2013 г.); назначен главный внештатный специалист по остеопатии Министерства здравоохранения Российской Федерации (Приказ МЗ РФ № 236 от 23.05.2013 г.); назначены главные внештатные специалисты по остеопатии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Федеральных округах (Приказ МЗ РФ от 23.09.2013 N 655); утверждены квалификационные требования к врачам-osteopата (Приказ МЗ РФ № 707н от 08.10.2015 г.); остеопатия включена в номенклатуру медицинских специальностей (Приказ МЗ РФ № 700н от 07.10.2015 г.); создан федеральный методический центр по остеопатии (Приказ МЗ РФ № 157 от 11.03.2016 г.). С 2014 г. подготовлен целый ряд клинических рекомендаций по остеопатии и этот процесс продолжается дальше. Сейчас в ближайшей перспективе развития остеопатии: переход от профессиональной переподготовки на длительные формы подготовки (ординатура 2–3 года); специализитет по «osteопатии»; профессионально-общественная экспертиза качества подготовки врачей-osteopатов; подготовка достаточного количества остеопатов для работы в медицинских организациях различных форм собственности. Также не следует забывать о контроле качества оказываемой остеопатической помощи и развитии научного обоснования остеопатии. В рамках повышения качества медицинской помощи необходимо: завершение разработки нормативных документов; лицензирование медицинских организаций; разработка клинических рекомендаций, стандартов и протоколов; включение остеопатии в программы ОМС+ и ДМС; экспертиза качества медицинской помощи, а значит, и подготовка экспертов. В плане повышения качества науки необходимо: проведение мультицентровых исследований по единой методологии; изучение эффективности остеопатии при различных состояниях; изучение феномена «соматическая дисфункция»

и ее анатомио-физиологических основ. Остеопаты должны поддерживать свои медицинские, научные и остеопатические знания и совершенствовать клинические навыки. Для этого обязательно необходимо продолжение профессионального развития.

## Полиморфизм вертеброгенных болей

Небожин А.И.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Широко используемые в медицинской практике термины «вертеброгенная или спондилогенная патология» способствуют искажению представления врачей о сущности патологических процессов и их локализации, подменяя все многообразие обобщающим понятием — «позвоночник». Множественность структур, конструкций и функций анатомических элементов, образующих позвоночник, предполагает разнообразие реакций и процессов, развивающихся в ответ на действие провоцирующего фактора. У пациентов с болями в позвоночнике дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника выявлены только в 73,7%: 1) грыжи дисков задней и заднелатеральной локализации — у 33%; 2) сочетания грыж дисков с гипертрофией желтых связок — 53,4%; 3) гипертрофия желтых связок при анатомическом узком позвоночном канале — 14,4%. Визуализированную грыжу межпозвоночного диска врачи часто расценивают как основную или единственную причину «вертеброгенных болей». При анализе рентгенограмм и выданных по ним заключений в 56% исследований отмечена гипердиагностика остеохондроза. У 23% обследованных была выявлена компрессия корешков, которая не имела клинических проявлений, а у 33% пациентов МРТ подтвержденная грыжа диска была расположена на асимптомной стороне. При сопоставлении данных МРТ со степенью тяжести болевого синдрома не выявлено МРТ-соответствий при мышечно-тонической и нейрмиодистрофической формах люмбагоишиалгии. Компрессионный фактор как причина боли зафиксирован только у 10% больных, предъявляющих жалобы на боли в спине. Спондилоартроз клинически проявляется паравертебральной болью с обеих сторон, что может ее отличать от дискогенных болей. Рентгенографии при спондилоартрозе выявляют сужение межсуставных щелей, субхондральный склероз, деформацию и гипертрофию суставных фасеток вследствие костно-хрящевых разрастаний, но нередко подобные изменения не сопровождаются какой-либо симптоматикой. Клинические особенности рефлекторного мышечно-тонического синдрома проявляются тупой, глубокой болью в пределах спазмированной мышцы, которая провоцируется движением с участием соответствующей мышцы. При пальпации мышца напряжена и болезненна неравномерно по всей длине. Особую категорию формируют пациенты, которым была проведена операция по удалению межпозвоноковой грыжи. Частота встречаемости рецидива грыжи колеблется до 15–50% всех операций. После проведения ламинэктомии 15–20% пациентам проводят повторные операции из-за рецидива грыжи. Боль у этих пациентов сохранялась и после операции, а ее интенсивность часто не изменялась. Учитывая изложенные сведения, следует предположить, что в ряде клинических случаев причиной болей становятся не болезни межпозвоночного диска или наличие диско-радикулярного конфликта, а иные патологические состояния, которые совпадают или очень сходны с ними по своим клиническим проявлениям. Клинические проявления в большинстве случаев возникают при фасет-синдроме, который служит причиной боли в спине примерно в 20% наблюдений. У лиц в возрасте старше 65 лет спондилоартроз становится частой причиной хронических болей в спине (до 40%). При снижении высоты дисков суставная щель суживается, а суставные отростки сближаются настолько, что их суставные поверхности контактируют друг с другом. Суставная капсула подвергается механическим воздействиям, в одних сегментах — в виде компрессии, а в других сегментах — растяжения. Структурно-конструктивно-функциональные изменения развиваются спустя несколько лет после возникновения функциональных биомеханических

нарушений (ФБМН) и характеризуются изменениями топографо-анатомических взаимоотношений элементов сустава и сопровождаются возникновением функциональной блокады (ФБ) сустава. Биомеханические нарушения (М99) в виде сегментарной или соматической дисфункции (М99.0), подвывихового комплекса вертебрального (М99.1) характеризуются болями, которые сопровождаются рефлекторной околосуставной миофиксацией, дистантными чувствительными, двигательными, вегетативными и висцеральными изменениями. Боль при биомеханических нарушениях, как правило, локальная и не распространяется за пределы одного–двух смежных регионов. Особенность ФБМН в том, что нередко рентгенологических и клинических признаков, которые используют при проведении дифференциальной диагностики, неэффективен, а использование рутинных тестов не способствует выявлению, установлению ФБ. Поэтому лечение, регламентируемое «стандартами», оказывается неэффективным.

### Современные методологии в диагностике нейросифилиса

Негашева Е.С., Жукова О.В., Фриго Н.В., Дмитриев Г.А., Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю.  
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение: нейросифилис (НС) — тяжелое, трудно поддающееся лечению заболевание, вызванное *T.pallidum*, результатом которого является значительное снижение качества жизни, инвалидизация пациентов и летальный исход, особенно в случаях неполноценного обследования и проведения неадекватной терапии. В настоящее время определяющим для диагностики нейросифилиса является исследование спинномозговой жидкости (СМЖ) больных. Однако применяемые при этом методологии определения содержания белка и клеточного состава СМЖ с подсчетом количества клеток (цитоза) не специфичны для сифилиса. Для оценки специфичности поражения применяется комплекс нетрепонемных (РМП, RPR) и трепонемных (РИТ, РИФ, РПГА, ИФА) тестов, направленных на выявление противотрепонемных антител. Однако использование регламентированных нетрепонемных и трепонемных методов исследования также далеко не всегда приводит к однозначному выводу о наличии либо отсутствии заболевания.

Цель: изучение имеющихся и разработка новых подходов и алгоритмов в лабораторной диагностике нейросифилиса. Материалы и методы.

Материалом исследования явились парные образцы биоматериала (ликвор и сыворотка крови), полученные от 29 пациентов с установленным диагнозом нейросифилиса (асимптомного и с симптомами), а также от 20 пациентов без специфического поражения нервной системы. В работе использованы следующие методы исследования: определение содержания белка и клеточных элементов в ликворе; нетрепонемные методы для определения содержания антител к *T.pallidum* (VDRL, РМП); трепонемные методы для определения содержания антител к *T.pallidum* (ИФА, РПГА, РИФц, РИБТ), определение антител к рекомбинантным белкам *T.pallidum* с молекулярной массой 15, 17, 41 и 47 кД в формате иммуночипа; определение сывороточно-ликворного соотношения (ИТРА-индекса). Результаты. В результате проведенных исследований установлено, что наиболее чувствительным из нетрепонемных тестов оказался метод VDRL (79,6%), не регламентированный к применению на территории Российской Федерации соответствующими приказами и стандартами, тогда как разрешенный к применению метод РМП оказался значительно менее чувствительным (25,6%). Среди примененных трепонемных тестов наиболее чувствительными оказались методы ИФА (91,6–100%) и РИФц 93,2–100%, чувствительность РПГА при исследовании образцов ликвора больных НС составила 61,5–85,5%, РИБТ — 30,3–65,5%. В качестве перспективного метода диагностики нейросифилиса был апробирован иммуночип, разработанный совместно с сотрудниками лаборатории геномной инженерии и биотехнологии ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (зав. лабораторией — Маркелов М.Л.). При

исследовании образцов ликвора больных НС с использованием иммуночипа антитела как минимум к одному из использованных рекомбинантных белков-антигенов *T.pallidum* (Trp17, Trp15, Trp47 и TrpA) были выявлены во всех 29 образцах. При этом антитела к рекомбинантному антигену Trp17 выявлялись во всех образцах СМЖ (100%), к антигенам Trp15 — в 75,5% образцов, к антигену Trp47 — в 77,6% образцах, к антигену TrpA — в 67,3% образцов. Диагностическая специфичность при исследовании образцов СМЖ у лиц без специфического поражения нервной системы составила 100%. Одним из перспективных подходов к диагностике нейросифилиса является подсчет сывороточно-ликворного соотношения (ИТРА-индекса), не регламентированного в РФ для диагностики НС. При определении данного показателя у 73,5% больных НС был отмечен высокий коэффициент сывороточно-ликворного соотношения (значения 9,06–260,8), что однозначно свидетельствовало об интрацеребральном синтезе антител к бледной трепоне и наличии специфического поражения нервной системы пациентов.

Заключение: Отсутствие в РФ единого стандарта обследования и ведения больных НС на фоне растущей заболеваемости НС значительно затрудняет как постановку диагноза, так и оценку эффективности терапевтических мероприятий. Алгоритм обследования больного НС, на наш взгляд, должен включать в себя комплекс клинических, лабораторных и параклинических методов обследования, в том числе исследование СМЖ методом VDRL, определение антител к рекомбинантным антигенам *Treponema pallidum* в формате иммуночипа и подсчет сывороточно-ликворного соотношения. Этот же комплекс необходим при оценке динамики патологического процесса и эффективности терапевтических воздействий.

### Опыт внедрения лапароскопической спленэктомии в условиях многопрофильного стационара

Никитин В.Е., Хохлатов Д.Э., Клишин И.М., Розумный А.П., Буланов А.Ю., Мисюркина Е.Н., Вторенко В.И., Лысенко М.А.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Лапароскопическая спленэктомия широко распространена с 1992 г. Однако в настоящее время остаются дискуссионными доводы о применении лапароскопической методики у гематологических больных со спленомегалией, выраженными нарушениями гемостаза.

Материалы и методы. В 2015–2016 г. в хирургическом отделении городской клинической больницы № 52 г. Москвы выполнено 48 лапароскопических спленэктомий. Возраст пациентов составил в среднем 48 лет. Среди нозологических форм преобладали идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (n=28) и лимфатические опухоли (лимфосаркомы, лимфоцитомы, хронический лимфолейкоз) — 12 больных. Показаниями для оперативного лечения служили: неэффективность консервативной терапии аутоиммунной тромбоцитопении и анемии, лечение апластической анемии, цитопенический синдром при лимфо- и миелолипролиферативных заболеваниях, удаление основной массы опухоли, абсцессы селезенки, необходимость морфологической верификации диагноза. В периоперационном периоде состояние больных оценивалось по интегральной системе оценки тяжести состояния APACHE II, риск интраоперационных осложнений по шкале SAMAMA. Помимо стандартных лабораторных и инструментальных методов обследования в стандарт клиники была включена компьютерная томография брюшной полости с ангиографическим 3D-моделированием сосудов селезенки, а также методика тромбозаграфии для оценки состояния гемостаза (ТЭГ). По результатам обследования нормальные размеры селезенки (длина 80–120мм) имели место у 21 пациента. Умеренная спленомегалия (длина 130–150 мм) имела место у 12 больных, большие размеры органа (максимальная длина 320 мм) были зарегистрированы в 15 случаях. Признаки периспленита отмечались в 9 (18,75%) случаях, портальной гипертензии в 11 (22,9%). Наиболее частым гематологическим синдромом была тромбоцитопения. Она имела место у 40 пациентов (83,3%),

из них критическое снижение тромбоцитов (менее  $20 \times 10^9/\text{л}$ ) отмечалось у 21 больного (43,75%). Клинические проявления геморрагического синдрома в виде петехий на коже и слизистых, носовыми, десневыми кровотечениями, меноррагиями встречались в 47,9%. В 14,6% были выявлены нарушения плазменного гемостаза как в изолированном виде, так и в сочетании с тромбоцитопенией. Результаты и обсуждение. Из 48 выполненных спленэктомий лапароскопически удалось завершить оперативное вмешательство у 40 пациентов (83,3%). Длительность операции составила в среднем 165 мин, интраоперационная кровопотеря — 250 мл. Средняя длительность пребывания больных в хирургическом стационаре равнялась 7 дням. Результаты анализа позволили четко разделить пациентов на две группы: с опухолевыми и неопухолевыми «заболеваниями» селезенки. В первой группе, где преобладали пациенты, страдающие ИТП, основная сложность была связана с системными нарушениями гемостаза, в первую очередь тромбоцитопенией и соответственно повышенной кровоточивостью. Вторую группу пациентов характеризовали такие факторы, как спленомегалия, наличие периспленита, портальной гипертензии. Вовлеченность в опухолевый процесс сосудистой ножки, хвоста поджелудочной железы существенно затрудняли выполнение вмешательства при опухолевом поражении селезенки. Интраоперационные осложнения были диагностированы у 11 (22,9%) пациентов и были связаны с кровотечениями: вследствие повреждения капсулы селезенки; миграции лигатуры или клипсы с сосуда. В большинстве случаев кровотечения удавалось остановить эндоскопически без проведения лапаротомии. Однако в 4 случаях интраоперационные кровотечения привели к конверсии. У 3 пациентов были выявлены гематомы левого поддиафрагмального пространства, которые успешно дренировались пункционными методиками под УЗ-контролем. У 3 пациентов (6,25%) в раннем послеоперационном периоде диагностировано развитие бессимптомного тромбоза воротной вены. Летальных исходов отмечено не было.

**Выводы.** 1. Лапароскопическая спленэктомия может рассматриваться как золотой стандарт при необходимости оперативного лечения у гематологических больных. 2. КТ органов брюшной полости с 3 D моделированием селезенки с питающими ее сосудами позволяет выбрать оптимальный операционный доступ и сократить количество интраоперационных осложнений; 3. Мультидисциплинарный подход, включающий в себя связку специалистов гематологического и хирургического профиля, позволяет минимизировать количество местных и системных осложнений в послеоперационном периоде, оптимально подготовить пациентов к проведению операции.

## **Питание и физическая активность — основы здорового образа жизни**

Никитюк Д.Б.  
Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Москва

Здоровье и качество жизни напрямую связаны с двумя основными факторами: питанием и физической активностью. Гиподинамия, избыточная энергетическая ценность и несбалансированность рациона питания являются актуальными проблемами современности, первоисточниками эпидемии неинфекционных заболеваний. Известно, что для формирования и сохранения здоровья наиболее полезны умеренные физические нагрузки. Сверхнагрузки, получаемые спортсменами в ходе подготовительного и соревновательного периодов, могут иметь негативные последствия для здоровья. Они приводят к срывам адаптации, иммунодефицитным состояниям. По данным ряда научных исследований, более четверти спортсменов высокой квалификации ежегодно страдают различными заболеваниями. Так, патологическим состоянием органов пищеварительной системы и различным видам нарушений обмена веществ подвержены не менее 20–35% профессиональных спортсменов. В то же время фактическая энергетическая ценность суточного рациона спортсменов

большинства видов спорта недостаточна в основном за счет пониженного содержания в нем белков и углеводов. С рационом спортсмены недополучают целый ряд основных витаминов: А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, Е, С, РР, фолатин и минеральных веществ, таких как калий, магний и кальций. Современное общество столкнулось с серьезной проблемой. С одной стороны, разрабатываются и активно внедряются федеральные программы по развитию физической культуры и спорта: увеличивается число спортивных секций и сооружений, что делает спорт более доступным. А с другой стороны, сокращается контингент, потенциально способный на достижение результатов. Из 16,3 миллиона детей школьного возраста около 70% имеют отклонения в состоянии здоровья. Среди обучающихся в школах только 21,4% имеют первую группу здоровья, а 21% — хронические, в том числе инвалидирующие заболевания. Общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет за последние пять лет возросла на 16%, в возрасте 15–18 лет — на 18%. Треть подростков к моменту окончания школы страдают хроническими заболеваниями, полностью здоровых выпускников — менее 10%. Уровень спортивных достижений в современном спорте требует все более специализированной адаптации юных спортсменов и почти не оставляет возможности для общего укрепления их физического здоровья. Еще одной актуальной проблемой спортивной медицины является сохранение здоровья действующих спортсменов и спортсменов после завершения карьеры в спорте высших достижений. Резкое прекращение спортивных тренировок и в связи с этим снижение привычной физической нагрузки может вызвать неблагоприятные изменения в организме бывших спортсменов. Поэтому для всех высококлассных спортсменов актуален вопрос нормирования и режима физической нагрузки после ухода из большого спорта. Отказавшись от привычной тренировочной нагрузки и резко снизив физическую активность, многие бывшие спортсмены не меняют одновременно режима и характера питания, в силу привычки сохраняют высококалорийный суточный рацион. Со временем при трудовой деятельности в качестве спортсмена-инструктора или тренера в каком-либо виде спорта это приводит к нарушению обмена веществ, ожирению. Существенные обменные изменения могут испытывать опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистая, эндокринная и другие системы, ранее привыкшие функционировать в условиях напряженной физической деятельности. Ускорения процессов восстановления можно добиться как естественным путем за счет рационализации тренировок и режима питания, так и путем использования вспомогательных средств, стимулирующих эти процессы. Для поддержания адаптационного потенциала и физического состояния спортсменов на адекватном уровне необходим прием специализированных продуктов питания в количестве (дозировке), учитывающей уровень физических нагрузок и специфику вида спорта.

## **Анатомические и физиологические предпосылки спондилогенных болевых синдромов**

Никонов С.В.  
Центр мануальной терапии ДЗМ, Москва

Тема посвящена одной из наиболее насущных проблем современности: боли в спине. Существует множество теорий ее возникновения, однако ни одна не объясняет этиологию боли в спине последовательно и исчерпывающе. Проведено множество исследований в анатомии и физиологии позвоночника и периферической нервной системы. Результаты исследований иногда не стыкуются, мнения противоположны. Так, например, одни авторы считают сам межпозвоночный диск источником боли. Другие отрицают межпозвоночный диск как источник боли. Некоторые авторы считают твердую мозговую оболочку источником боли, другие — выражают сомнения о ее роли в этиологии болевого синдрома. Противоречивы и результаты исследований влияния грыж межпозвоночных дисков в этиологии болей в спине. Большинство авторов склонны считать, что сама грыжа не может непосредственно сдавливать какие-либо структуры в спинномозговом канале либо межпозвоночном

отверстии. Некоторые авторы во главу угла ставят патологию фасеточных суставов. Вероятно, каждый из исследователей по-своему прав. Результаты исследований в анатомии позвоночника остаются прерогативой специалистов и не внесены в учебники и атласы. К этому можно отнести обнаруженные и описанные еще в середине прошлого века связки в межпозвоночном отверстии. Авторы недавних исследований высказывают предположения о роли этих связок в этиологии болевого синдрома. Мной проведена попытка собрать результаты последних исследований и на их основании вывести примерную схему возникновения болей в спине (внести свой вклад в теорию этиологии болей в спине). Основа этиологии болей в спине — дегенерация диска и следующие за ней изменения окружающих его тканей (позвонок, связках, суставах), изменения соотношения между ними.

### Модернизация реабилитационной наркологической помощи. Реабилитационный центр «Остров»

Новиков А.В.  
Московский научно-практический центр наркологии, Москва

В 2015 году ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» приступил к разработке методов персонализированной медицины. В настоящее время разработана и реализуется инновационная технология семейного медико-генетического консультирования (МГК), основанная на определении методом молекулярно-генетического исследования индивидуального биологического риска развития болезней зависимости и осуществления своевременной коррекции имеющихся отклонений, оказания комплексной социально-психологической помощи. В 2016 году процедуру семейного МГК прошли более 250 пациентов, в каждом конкретном случае предложена индивидуальная стратегия психолого-педагогической поддержки семье. Внедрение технологий МГК в систему практического здравоохранения позволит своевременно выявлять биологические факторы риска зависимого поведения и более качественно проводить лечение и реабилитацию больных наркологического профиля в соответствии с принципами персонализированной и доказательной медицины. С 13.05.2016 года в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» начала работу Программа по снижению смертности от передозировки наркотических веществ среди больных с синдромом зависимости от опиоидов с использованием лекарственного препарата Налоксон. За период с 13.05.2016 г. по 31.05.2016 г. в Программе приняло участие 355 больных с опиоидной зависимостью, из них: в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» — 99 пациентов, в клиническом филиале № 1 — 181 пациент, в клиническом филиале № 2 — 75 пациентов. Включение пациентов в Программу снижения смертности позволит снизить количество случаев смертей от отравления наркотическими средствами и количество умерших от передозировок наркотиками. За последние годы заметно росло число отравлений наркотическими средствами, психотропными веществами. Однако стоит отметить, что за последний год рост числа отравлений был незначительным. В 2015 году, по данным скорой медицинской помощи, зафиксировано 6355 случаев отравлений наркотическими веществами (2014 г. — 9338 случаев отравлений наркотическими веществами, в 2013 году — 9208 случаев). Количество отравлений наркотическими веществами в 2015 году уменьшилось по сравнению с 2014 годом более чем на 30%. Тем не менее потребность в неотложной наркологической помощи остается высокой. Большое количество госпитализаций по поводу алкогольных психозов связано в том числе, с несвоевременным оказанием помощи больным, находящимся в состоянии длительной алкогольной и наркотической интоксикации. Полагаем, что создание отделений круглосуточной неотложной наркологической помощи на базе МНПЦ наркологии и его клинических филиалов обеспечит качество оказания наркологической помощи населению города в вечернее и ночное время, повысит выявляемость наркологических больных, улучшит преемственность стационарной и амбулаторной служб, а также сделает эту помощь более доступной.

### Особенности ведения пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на амбулаторном этапе

Новикова М.С., Анциферов М.Б., Котешкова О.М.  
Эндокринологический диспансер, Москва

Ежегодно в ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы» в отделении обучения и лечения диабета у нефролога проходит обследование около 2200 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Этиология ХБП, согласно нашим данным, представлена: инфекцией мочевых путей — 60% (n=1320); диабетической нефропатией — 45% (n=990); гипертензивной нефропатией — 30% (n=660); ишемической болезнью почек — 20% (n=440) и токсической нефропатией — 15% (n=330). Среди пациентов с инфекцией мочевых путей мочекаменная болезнь (МКБ) была выявлена у 45% (n=588), у 35% (n=462) была диагностирована инфекция нижних мочевых путей (цистит, уретрит), у 20% (n=264) хронический пиелонефрит. В 5% (n=29) случаев мочекаменная болезнь была причиной выявленной терминальной почечной недостаточности с необходимостью инициации заместительной почечной терапии гемодиализом. За год наблюдения был выявлен 1 (0,13%) случай уросепсиса, осложнившийся острой почечной недостаточностью. Среди пациентов с диабетической нефропатией 62% (n=614) были с сахарным диабетом 2 типа и 38% (n=376) с сахарным диабетом 1 типа. Заместительная почечная терапия требовалась в 5% (n=31) случаев сахарного диабета 2 типа и в 3% (n=11) случаев сахарного диабета 1 типа. Среди пациентов с гипертензивной нефропатией не было случаев терминальной почечной недостаточности, однако ХБП 4 стадии выявлялась в 45% (n=297), что требовало постановки на учет в городской нефрологический центр. Ишемическая болезнь почек осложнялась развитием терминальной почечной недостаточности в 1% (n=4) и в половине случаев сочеталась с единственной почкой. Токсическая нефропатия была представлена анальгетической нефропатией в 85% (n=280); рентгеноконтрастной в 10% (n=33); анаболической в 5% (n=17). Терминальной почечной недостаточности среди этих пациентов не было. Из них у 65% (n=220) была выявлена ХБП 3 А стадия, у 25% (n=83) ХБП 3Б стадия и у 5% (n=17) ХБП 4 стадии. Данная структура ХБП отражает полиморфизм поражения почек и необходимость ведения таких пациентов с привлечением врачей разных специальностей: эндокринологов, кардиологов, урологов, ангиохирургов, терапевтов, трансплантологов и наблюдения в медицинских учреждениях разного профиля и уровня. Таким образом, с целью дальнейшего динамического наблюдения пациенты ХБП 2 и 3А стадии направлены в головные поликлиники; с хронической мочевой инфекцией, в том числе МКБ, были направлены в поликлиники первого уровня; пациенты с диабетической нефропатией и ХБП 5 стадии направлены в Городской нефрологический центр. Больные с диабетической нефропатией на стадии ХБП 3Б и 4 оставлены для динамического наблюдения в Эндокринологическом диспансере.

### Контроль качества оказания медицинской помощи на основе оценки эффективности противоэпидемических (профилактических) мероприятий

Ноздревых И.В., Дроздова Н.Е.  
Организационно-методический отдел по эпидемиологии, Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Внутренний контроль качества медицинской деятельности в нашей стране законодательно был закреплён сравнительно недавно. Федеральный закон от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», как нормативный акт высшей юридической силы, непосредственно регулирующий оказание медицинской помощи, помимо включения в определение медицинской деятельности выполнения медицинскими организациями санитарно-противоэпидемических

(профилактических) мероприятий, дал толкование понятию «качество медицинской помощи», которое довольно часто употреблялось во многих подзаконных нормативных правовых актах Минздрава России в различном контексте. Одним из основных критериев качества медицинской помощи является безопасность, которая напрямую должна быть связана с проведением комплекса профилактических (противоэпидемических) мероприятий в лечебно-профилактическом учреждении. Показателями оценки деятельности медицинских организаций (чаще стационарного типа), помимо стандартных статистических показателей, являются отсутствие или наличие ятрогенных состояний и заболеваний, отсутствие или наличие осложнений после оперативных вмешательств. Фактическим основанием для проведения как внутреннего контроля качества, так и внешнего контроля, например, со стороны фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС) служат случаи возникновения внутрибольничных инфекций (ВБИ). При этом медицинская помощь должна быть признана как некачественная, как медицинская помощь, оказанная с дефектом, и причина возникновения внутрибольничной инфекции трактуется однозначно — нарушение санитарно-эпидемиологического режима. Методические рекомендации «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования», утвержденные Федеральным фондом ОМС 27.04.1998 года, к дефектам оказания медицинской помощи относят: «4. Нарушения в работе медицинских учреждений, наносящие ущерб здоровью застрахованных: заболевания (травмы, ожоги) и осложнения, возникшие в период пребывания пациента в медицинском учреждении по вине медицинских работников, потребовавшие оказания дополнительных медицинских услуг, в т. ч. внутрибольничное инфицирование, связанное с неправильными действиями медицинского персонала». Данное положение получило дальнейшее развитие в приказе ФФОМС от 01.12.2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Возникшие в период лечения больного в медицинском учреждении внутрибольничные инфекции и другие состояния, расцениваемые как ятрогения, относятся к дефектам оказания медицинской помощи. Другой нормативный правовой документ СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» четко определил, что риск развития ВБИ есть всегда и даже для чистых ран он составляет 1–5%. Внутрибольничные инфекции существуют, и будут существовать столько же, сколько существует медицина в стенах медицинской организации. Ликвидировать ВБИ полностью возможно только одним способом — прекратить лечебно-диагностический процесс. Качество медицинской помощи обеспечивается за счет оптимального лечебно-диагностического процесса, протекающего в правильных условиях и приводящего к наилучшему результату, следовательно, качество оказания медицинской помощи в части безопасности должно оцениваться не наличием или отсутствием случаев ВБИ, а эффективностью проведенных противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

### **Использование навигационной поддержки в реконструктивных слухулучшающих операциях при хроническом гнойном среднем отите**

Овчинников А.Ю., Хон Е.М., Шербаков А.Ю.  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова, клинический медицинский центр, Москва

Среднее ухо человека представляет собой сложнейшую колебательную систему, передающую энергию звуковой волны, воспринимаемой внешним ухом, во внутреннее ухо, где она преобразуется в нервные импульсы. Иногда структуры среднего уха подвергаются деструктивным изменениям и патологиям, вызванным различными травмами или заболеваниями (Ермоченко С.А., 2008).

Реконструкция среднего уха в настоящее время является одним из наиболее актуальных вопросов в современной отиатрии и постоянно находится в центре внимания клиницистов и исследователей. Это объясняется большой распространенностью заболеваний, требующих применения хирургического лечения; частой инвалидизацией пациентов по причине развития выраженной тугоухости при таких заболеваниях, как хронический гнойный средний отит, а также возможностью возникновения опасных для жизни внутричерепных осложнений; частыми неудовлетворительными исходами существующих способов как санирующих, так и реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств (Плужников, М.С., 2006). Современной тенденцией отохирургии у больных ХГСО является не только санация среднего уха для ликвидации очага инфекции и предупреждения отогенных осложнений, но и коррекция тугоухости. Сегодня большинством отохирургов приветствуется одномоментность санации и реконструкции с сохранением/улучшением слуховой функции, малым объемом хирургического вмешательства с низким процентом осложнений и без снижения качества жизни пациента (Крюков А.И., Гаров Е. В., 2015). Для достижения этих целей нужно преодолеть многие проблемные факторы, основным из которых, по нашему мнению, является полная элиминация патологического процесса в полостях среднего уха. Именно полное удаление патологически измененной костной ткани и слизистой оболочки, покрывающей пораженные полости среднего уха, является надежным залогом профилактики рецидивов заболевания и достижения хорошего функционального результата. Использование современных навигационных систем позволяет максимально близко приблизиться к успешному решению этой проблемы. Система хирургической навигации позволяет хирургу комфортно ориентироваться во время операции в сложных анатомических отношениях среднего уха, позволяет выбрать наиболее щадящий вариант оперативного вмешательства с достижением максимальной радикальности операции, исключает повреждение важных анатомических структур. Благодаря чему уменьшается объем операции, повышается безопасность и эффективность проведенного лечения. Со второй половины 2015 года в Клиническом медицинском центре МГМСУ им. А.И. Евдокимова пролечено 14 пациентов с ХГСО. Всем пациентам было проведено плановое хирургическое лечение закрытыми методиками санирующих операций на среднем ухе с одномоментным слухулучшающим компонентом под контролем НС BrainLab. В обязательном порядке перед операцией выполнялась МСКТ височных костей, которая также использовалась и при оценке эффективности лечения через 2 месяца после операции. При проведении оперативного вмешательства с использованием НС интраоперационно выявлено наличие холестеатомы в 11 случаях, кариозно-грануляционный процесс костных стенок полостей среднего уха у 12 пациентов, участки обнаженной патологическим процессом твердой мозговой оболочки различных размеров и локализаций у 10 пациентов, у 3 пациентов обнаружена бессимптомная фистула лабиринта в области горизонтального полукружного канала, у 2 пациентов обнаружено отсутствие костной стенки, отграничивающей внутреннюю сонную артерию и луковичу яремной вены. С учетом вышеуказанных изменений в височной кости у оперированных больных использование НС интраоперационно существенно улучшило обзор и ориентацию во всех отделах среднего уха, что позволило добиться полной санации и избежать возможных послеоперационных осложнений, уменьшив стрессовую нагрузку на хирурга. Кроме того, это позволило нам беспрепятственно выполнить реконструктивный слухулучшающий этап. Все больные в раннем послеоперационном периоде отметили улучшение слуха, при отомикроскопии отсутствовали признаки воспаления, при осмотре отсутствовали симптомы поражения лицевого нерва, вестибулярные нарушения. Таким образом, применение навигационных систем является эффективным методом в реконструктивных слухулучшающих операциях у пациентов с ХГСО. Использование НС позволяет добиться полной элиминации патологического процесса, что способствует эффективности слухулучшающего этапа.

### Сравнение эффективности амбулаторно-поликлинического и стационарного лечения пациентов с острым риносинуситом

Овчинников А.Ю., Шаграманя Г.Б.  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Москва

На фоне структурных преобразований системы здравоохранения особую актуальность приобретает разработка научно обоснованных предложений по оптимизации специализированной медицинской помощи. Также большое значение имеет развитие стационарзамещающих форм помощи. Болезни уха, горла и носа характеризуются широкой распространенностью среди взрослого населения, часто являются причиной хронических заболеваний других органов и систем организма, а также могут приводить к развитию опасных для жизни осложнений. Частота обращений пациентов с острым риносинуситом ежегодно возрастает как в амбулаторной, так и в стационарной практике. Все вышесказанное указывает на необходимость в научном обосновании путей совершенствования помощи взрослому населению с острым риносинуситом в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Это определило наши задачи. Выкопировка данных из медицинских карт, данных отдела медицинской статистики в условиях стационара и поликлиники. Разработка требований к организации медицинской помощи больным с острым риносинуситом на амбулаторном и стационарном этапе лечения. На базе ГКБ им. С.П. Боткина мы исследовали 109 пациентов, находившихся на лечении по поводу острого легкого и среднего тяжелого риносинусита. Из них 54 в условиях стационара, 55 в амбулаторных условиях КДЦ. Возраст от 18 до 74. Критерием исключения являлись беременные, пациенты с поливалентной аллергией, наличие тяжелой сопутствующей патологии (сахарный диабет тяжелого течения, иммунодефицит, риносинусит тяжелого течения). Оценивалось состояние здоровья по SNOT 20, динамика лабораторных показателей, наличие выраженности симптомов, сроки выздоровления.

Результаты исследования указывают на выраженное преимущество амбулаторного лечения в виде: выраженное уменьшение проявления симптомов уже на 3 сутки у пациентов поликлиники; улучшение клинико-лабораторных показателей в более ранние сроки, в отличие от стационара; средняя продолжительность нетрудоспособности 6 дней в поликлинике, 10 дней в стационаре. Данное исследование показало более высокую эффективность по всем вышеперечисленным показателям (43.5%) при адекватном амбулаторном лечении больных с острым риносинуситом среднего тяжелого течения по сравнению со стационарным лечением равнозначной категории пациентов. Лечение больных с острым риносинуситом должно опираться на клинические рекомендации, медицинские стандарты, международные согласительные документы, это позволит оптимизировать процесс лечения на всех уровнях.

### Роль хромосомных транслокаций при нормальном кариотипе у мужчин с бесплодием

Овчинников Р.И., Гамидов С.И., Попова А.Ю.  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, Москва

Введение: около 3% мужчин с кариотипом 46 XY имеют различные хромосомные транслокации. На данный момент принято считать, что эти изменения не связаны с генетическими заболеваниями и не вызывают клинических проявлений. В то же время часть бесплодных мужчин, особенно при азооспермии или криптозооспермии, имеют хромосомные транслокации при нормальном кариотипе. Цель исследования: оценить роль хромосомных транслокаций при нормальном мужском кариотипе в развитии мужского бесплодия. Методы: был выполнен ретроспективный анализ данных 17 больных с различными хромосомными транслокациями при кариотипе

46 XY в возрасте 24–37 лет (в среднем 31,2±5,6 лет). В дополнение к оценке жалоб, истории заболевания и физического обследования больным была выполнена 3-кратная спермограмма, определение уровня половых гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, ТТГ), ингибин В, ультразвуковое исследование и доплерография органов мошонки, генетическое исследование (кариотип, AZF, CFTR), гистологический анализ биоптатов яичка.

Результаты: 9 (52,9%) пациентов имели азооспермию, 8 (47,1%) — криптозооспермию. 4 (23,5%) больных имели в анамнезе репродуктивные потери у супруги (в том числе после неоднократных попыток ЭКО с предимплантационной генетической диагностикой). У 3 (17,6%) больных не были обнаружены сперматозоиды при микрохирургической биопсии яичек (микроTESE). В последующем гистологический диагноз был — синдром «клеток Сертоли».

Выходы: хромосомные транслокации при нормальном мужском кариотипе 46 XY могут быть одной из причин мужского бесплодия, в том числе азооспермии или криптозооспермии. Хотя транслокации в аутосомах не вызвали клинически значимых соматических заболеваний, они могли повлиять на репродуктивные потери беременности или возникновение бесплодия.

### Офтальмологическая служба Морозовской ДГКБ: актуальные проблемы и пути их решения

Овчинникова А.В.  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В офтальмологическую службу МДГКБ по-прежнему входит круглосуточный травмпункт, представляющий собой эталон экстренной офтальмологической помощи детям, нередко необходимой после самой пустяковой с первого взгляда травмы. Скорую помощь у нас оказывают либо на койках краткосрочного пребывания приемного отделения, либо, в более серьезных случаях, — в стационаре. Отделение микрохирургии глаза в настоящее время расширено до 40 коек и за счет их интенсивной работы способно обеспечить высококвалифицированной помощью детей с самыми разнообразными травмами и заболеваниями глаз и орбиты. Подводя итоги последних лет деятельности отделения, в качестве наиболее значимых нами выделены три аспекта нашей каждодневной работы. 1. Увеличение числа пациентов в возрасте до года. Этот факт обусловлен, во-первых, ранней диагностикой офтальмопатологии, что подразумевает как минимум повышение грамотности первичного звена, а как оптимум — еще и обеспечение первичного звена необходимой аппаратурой, во-вторых, расширением спектра высокотехнологичной микрохирургической помощи этой категории больных. *Diagnosis bona — curatio bona* — этот тезис сохраняет свою актуальность, особенно в хирургии детей младшего возраста. В случае врожденной катаракты ранняя диагностика позволяет провести хирургическое вмешательство в сенситивный период развития, создавая условия для становления зрительной функции в физиологические сроки. У детей с глаукомой безотлагательная хирургия останавливает процесс на ранних стадиях, обеспечивает охранную политику по отношению к зрительному нерву и, наконец, профилактику миопизации глазного яблока. 2. Возрастание числа пациентов хирургического профиля — за последний 2015 год в отделении микрохирургии глаза хирургическое лечение проведено у 89,3% детей. В основном это обусловлено созданием возможностей для оказания консервативной помощи амбулаторно, максимально близко к месту жительства нуждающихся в ней пациентов. 3. Увеличение числа пациентов, требующих плановой хирургии, с динамикой за 2013–2015 гг. — 61,3%, 62,8% и 68,1% соответственно. Эта тенденция свидетельствует о высоком качестве плановой хирургической помощи. Особенно иллюстративен данный аспект в реалиях сегодняшнего дня, когда предложение начинает превышать спрос, когда выбрать учреждение и специалиста для оказания профильной помощи уже не составляет неразрешимой проблемы. В больнице успешно функционирует отделение неонатологии, неврологии и микрохирургии глаза для детей грудного возраста. Условия специализированного отделения, обеспечивающего полный объем требуемого лечения «в одних

стенах», позволяют повысить качество офтальмологической помощи недоношенным детям, оптимизировав функциональный прогноз у большинства из них. Подводя итоги, необходимо подчеркнуть, что офтальмологическая служба МДГКБ является производным развивающейся муниципальной системы здравоохранения, где на фоне внедрения и развития офтальмологических инноваций сохраняется бесплатный характер помощи, а формирование платных услуг осуществляется лишь в качестве дополнения к основной программе; сохраняется и развивается кадровый потенциал клиники с передачей бесценного, накопленного годами практического опыта молодому поколению врачей; ликвидируется дефицит медицинских услуг за счет курсов постдипломного образования офтальмологов в требующейся области; повышается доступность помощи за счет использования всех резервов, как кадрового потенциала, так и современных методов диагностики и лечения. Только при использовании вышеперечисленных факторов возможно создание экономически эффективной, пациентоориентированной модели профильной медицинской службы.

### **Состояние здоровья детей, перенесших внебольничные пневмонии**

Олейник Н.А., Романюк Ф.П.  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Период диспансеризации детей, перенесших внебольничную пневмонию, составляет в настоящее время 1 год. Все чаще возникает вопрос о необходимости столь длительного периода наблюдения. С целью аргументированного сокращения сроков периода диспансеризации проведена оценка состояния детей, перенесших внебольничные пневмонии. Всего обследовано 444 ребенка, 222 из них с пневмонией, а 222 ребенка — без пневмонии в анамнезе (группа сравнения). Форма внебольничных пневмоний у детей была различной, поэтому дети разделены на следующие группы: тяжелые, нетяжелые, единственная в анамнезе, повторные, пролеченные в поликлинике и в стационаре, с сопутствующей патологией и без нее, острые и затяжные, к каждой группе детей с пневмонией есть группа сравнения по типу копии-пары. Через  $6,9 \pm 3,4$  года после выздоровления от внебольничной пневмонии всем детям проведено обследование с использованием автоматизированного комплекса диспансерных осмотров. Достоверных различий в уровнях физического развития у детей с внебольничными пневмониями и без них не получено. Во всех изученных группах преобладали дети с гармоничным развитием. Максимальное количество детей с дисгармоничным развитием отмечено в группах тяжелых, повторных и затяжных внебольничных пневмоний. По мере взросления наблюдалось достоверное уменьшение числа гармоничных и увеличение количества дисгармонично развитых детей. С возрастом у детей всех групп, кроме группы без сопутствующей патологии, отмечено увеличение числа детей с ожирением. Величина жизненной емкости легких у детей после внебольничных пневмоний и групп сравнения идентичны. Дети с тяжелыми, затяжными, повторными внебольничными пневмониями, а также внебольничными пневмониями с сопутствующей патологией и пролеченные в больнице достоверно чаще болеют лор-патологией, в отличие от детей групп сравнения. Соответственно эти дети нуждаются в динамическом наблюдении педиатра после внебольничной пневмонии, а также в отношении них не должно идти речи о сокращении периода диспансерного наблюдения.

### **Современные аспекты организации патолого-анатомической службы в г. Москве**

Орехов О.О., Зайратьянц О.В., Поляноко Н.И.  
Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, Москва

Согласно решению коллегии Департамента здравоохранения г. Москвы от 17.09.2015 года, протокол № 20–2-1 «О современном

состоянии, перспективах развития патолого-анатомической службы и анализе госпитальной летальности в городе Москве в 2014 году» в 2015–2016 гг. основные усилия в работе патолого-анатомической службы сосредоточить на мероприятиях, направленных на совершенствование учета и анализа причин смерти населения в городе Москве, совершенствовании прижизненной диагностики онкологических заболеваний. Для реализации этого решения на базе ФГБУ «НИИ морфологии человека» был размещен Московский городской центр патолого-анатомических исследований (МГЦПИ) на функциональной основе с ОМО по патологической анатомии согласно договору с ФГБНУ НИИ морфологии человека об использовании площади на основе долгосрочного безвозмездного пользования. Была определена структура МГЦПИ, выделены подразделения: 1. Оргметодотдел, 2. Отдел по исследованию материнской смерти, 3. Консультативно-диагностический отдел, 4. Учебно-методический отдел. Процесс реорганизации и модернизации оказания медицинской помощи жителям г. Москвы, переход на 3-уровневую систему, формирование амбулаторных поликлинических центров (АПЦ) с филиалами как самостоятельных медицинских учреждений (ГБУЗ) с «подушевым» финансированием, создание центров амбулаторной хирургии (ЦАХ) потребовали от патолого-анатомической службы новых организационных решений для проведения вскрытий и прижизненной диагностики. Была разработана современная принципиальная схема организации патолого-анатомической сети Департамента здравоохранения г. Москвы. До этого филиалы одного АПЦ были распределены между разными патолого-анатомическими отделениями (ПАО). Согласно вновь созданной схеме амбулаторные центры с их филиалами с учетом административных округов (АО) распределены между ПАО стационаров как для вскрытий, так и для прижизненной диагностики по принципу один АО — один АПЦ с филиалами — одно ПАО. В эту же сеть включены онкологические ГБУЗ, развернутые на базе ПАО стационаров окружные центры иммуногистохимических исследований. Часть из последних требуют дальнейшего развития для соответствия стандарту качества. Такой принцип распределения позволит в дальнейшем на базе ПАО проводить экспертизу летальных исходов конкретного ГБУЗ, достоверную отчетность, обеспечит раннюю диагностику онкологических заболеваний на уровне амбулаторной сети. Современные морфологические лаборатории согласно утвержденному стандарту ISO имеют в своем штате как врачей-патологоанатомов (согласно Российской номенклатуре сертификат врач-патологоанатом), так и врачей клинических цитологов (сертификат — врач клинической лабораторной диагностики), осуществляют гистологические, иммуногистохимические, цитологические, иммуноцитохимические, молекулярно-генетические исследования, ПЦР-исследования. Они оборудованы системами видеорегистрации и архивации, аппаратурой для проточной цитометрии, жидкостной цитологии. Данную структуру следует рассматривать как перспективу развития ПАО, которыми заведуют главные внештатные специалисты административных округов. Третья задача — консультативно-диагностическая работа при современном подходе требует создания и развития системы телепатологии, объединяющей минимум окружные патолого-анатомические отделения. И, наконец, важной задачей для патологоанатомической службы, непосредственно определяющей качество учета и анализа причин смерти населения в г. Москве, является разработка совместно с Российской обществом патологоанатомов правил формулировки патологоанатомического диагноза согласно современным требованиям к его оформлению, в частности, рубрификации с выделением основного заболевания, коморбидных нозологий (сочетанного, конкурирующего, фонового заболевания) и оформление в соответствие с этим медицинского свидетельства о смерти.

### **Аспекты хирургической техники врожденной глаукомы**

Овчинникова А.В., Насырова И.М.  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Периферическая иридэктомия (ПИ) сохраняет свои позиции в



качестве неотъемлемого этапа фильтрационной хирургии глаукомы уже более 100 лет. Основным показанием к проведению этой манипуляции всегда считали профилактику пролапса радужки во внутреннюю зону хирургически сформированного пути оттока (ХСПО). Однако при этом ПИ чревата разнообразными осложнениями и в первую очередь это воспалительная реакция, а также риск геморрагических осложнений, как интра-, так и послеоперационных. Несмотря на то, что переход к микрохирургии глаза продемонстрировал значимую минимизацию травматичности операций при глаукоме в нормализации офтальмотонуса, ПИ у большинства детских офтальмохирургов не собирается сдавать свои позиции. Целью нашей работы явилось изучение результатов АГО без выполнения ПИ у детей.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 36 детей (51 глаз) с различными формами врожденной глаукомы. Возраст детей колебался от 3-х недель до 1,5 года. Внутриглазное давление (ВГД) находилось в пределах 25–32 мм рт.ст. Во всех случаях выполняли синустрабекулэктомию или глубокую склерэктомию с профилактикой интраоперационного перепада ВГД. После выполнения основных этапов операции обнажали полосу трабекуло-десцеметовой мембраны (ТДМ), добиваясь фильтрации внутриглазной жидкости. Снижали ВГД, после чего иссекали глубокий склеральный лоскут, а поверхностный склеральный лоскут (ПСЛ) фиксировали за углы свободного края узловыми швами. Под ПСЛ помещали тонкий шпатель, которым разрушали ТДМ на всем протяжении. Во всех случаях непосредственно после операции и в течение 3-х первых послеоперационных дней обеспечивали медикаментозный миоз.

**Результаты и их обсуждение.** Операции протекали без осложнений. Оporожнение передней камеры, массивное истечение внутрикамерной влаги и выпадение в операционную рану радужки не зафиксированы. Ранний послеоперационный период характеризовался гладким течением: некоторое изменение передней камеры до 2-х мм с сопутствующей легкой гипотонией отмечено на 3-х глазах (6%). Зрачок сохранял круглую форму и центральное положение. Геморрагические проблемы и клинические признаки послеоперационного воспаления отсутствовали на всех глазах. При этом и кровоизлияния, и воспалительный ответ на АГО фильтрующего типа многие авторы связывают именно с проведением в ходе операции ПИ. Что касается реакции заднего отрезка, оцениваемой методом В-скан, отслойка сосудистой оболочки (ОСО) не зафиксирована ни у одного пациента. Нельзя обойти стороной факт, что наиболее распространенными послеоперационными осложнениями АГО фильтрующего типа являются именно отек и ОСО, выявляемые с помощью ультразвукового исследования с частотой до 100% (Месяиченко Н.Б., 1988). Негативное влияние послеоперационной патологии сосудистой оболочки, сохраняющейся в раннем послеоперационном периоде АГО, хорошо известно — это риск прекращения фильтрации по ХСПО и развитие гиперпластического процесса в зоне операции. У наших пациентов реакция сосудистой оболочки ограничилась небольшим отеком с максимальной толщиной комплекса сетчатка-сосудистая оболочка 1,35 мм, что на 0,4 мм превысило значение аналогичного параметра на интактном глазу. Измельчение передней камеры, как и отек сосудистой оболочки, купировались самостоятельно и не потребовали дополнительного лечения. При выписке (на 4–5 день после операции) ВГД, измеренное пальпаторно, соответствовало либо средней, либо низкой норме. Пневмотонометрия оказалась малодостоверной ввиду отсутствия необходимого контакта с детьми.

**Заключение.** На наш взгляд, неосложненное течение операции и раннего послеоперационного периода у наших пациентов носит многофакторный характер. Прежде всего это отсутствие выраженного перепада ВГД в ходе операции, что в свою очередь возможно лишь при отказе от ПИ, выполнении которой предполагает манипуляцию с самой реактивной структурой — радужкой в разгерметизированном глазу. Таким образом, отказ от иридэктомии позволил минимизировать интраоперационный перепад ВГД, и связанные с ним проблемы в виде реакции заднего отрезка — отека сосудистой

оболочки и ОСО. Кроме того, сохранение радужки в интактном состоянии снизило риск воспалительного ответа и вероятность геморрагических осложнений.

## Лицензирование фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Орихивская Е.Н.  
Департамент здравоохранения города Москвы, Москва

1. Информация о лицензировании фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений на территории города Москвы.

2. Контроль за соблюдением лицензиатами лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений: плановые, внеплановые проверки; основные нарушения лицензионных требований, выявляемые при проведении контрольно-надзорных мероприятий.

3. Изменения в действующем законодательстве в сфере лицензирования и контроля за соблюдением лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

## Гериатрические проблемы амбулаторных пациентов: гендерно-возрастные особенности

Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Шарашкина Н.В., Ткачева О.Н.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

**Введение:** в настоящее время в России ощущается недостаток информации о распространенности гериатрических синдромов. Цель нашей работы — сравнить распространенность гериатрических синдромов у мужчин и женщин разных возрастных категорий.

**Материалы и методы:** в опросе приняли участие 1220 пациентов 65 лет и старше, которые обращались в поликлиники г. Москвы. Средний возраст пациентов составил 74,76±6,07 года, 75,5% — женщины. Опрос проводился по шкале, включающей 7 вопросов. **Результаты:** наибольшее число положительных ответов было получено на вопросы о снижении зрения или слуха, памяти и настроения (58,3, 58,2 и 46% соответственно). Наличие трудностей при ходьбе отметили 42%, недержание мочи — 28,3%, травмы, связанные с падением в течение последнего года, — 21,3%, снижение веса — 12,2% пациентов. Около 7% пациентов ответили отрицательно на все вопросы. Более половины пациентов (53,2%) ответили положительно на 3 и более вопроса. На вопрос о недержании мочи женщины по сравнению с мужчинами достоверно чаще ( $P < 0,05$ ) давали положительные ответы как в возрастной группе 65–74 года (26,9 и 12,7% соответственно), так и в возрастной группе 75 лет и старше (36,3 и 20,4% соответственно). Наличие трудностей при ходьбе женщины также отмечали достоверно чаще как в возрастной группе 65–74 года (36,9 и 26,1% соответственно), так и в возрастной группе 75 лет и старше (51,5 и 40,1% соответственно). Распространенность травм, связанных с падениями в течение последнего года, среди женщин достоверно выше была в возрастной группе 75 лет и старше (19,3 и 26,1% соответственно). На снижение зрения или слуха, вызывающих ограничения в повседневной жизни, достоверно чаще предъявляли жалобы в возрастной группе 75 лет и старше как женщины (66,1% и 50,9%), так и мужчины (63,1 и 47,2%). На вопрос о наличии проблем с памятью, вниманием и другими когнитивными функциями, так же как и на вопрос о плохом настроении, женщины достоверно чаще давали положительные ответы только в возрастной группе 75 лет и старше. В ответах на

вопрос о снижении веса не было получено достоверных различий ни среди разных полов, ни среди разных возрастных категорий. Выводы: наиболее распространенными гериатрическими синдромами по данным опроса среди амбулаторных пациентов г. Москвы 65 лет и старше являются снижение зрения или слуха, когнитивные и аффективные нарушения. В целом распространенность гериатрических синдромов у женщин выше, чем у мужчин, и увеличивается с возрастом. Таким образом, женщины 65 лет и старше, представляют собой уязвимую группу населения, что требует проведения дополнительных профилактических и лечебных мероприятий среди данной категории пациентов.

### **Алгоритмы оказания медицинской помощи пострадавшим при отравлениях химической этиологии бригадами службы скорой медицинской помощи: трудности диагностики**

Остапенко Ю.Н.  
Научно-практический токсикологический центр ФМБА России,  
Научно-исследовательский институт скорой помощи  
им. Н.В. Склифосовского, Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Москва

Актуальность: лечение острых отравлений на этапе скорой медицинской помощи (СМП) является актуальным разделом работы выездных бригад СМП, имеет свои особенности, связанные с условиями оказания экстренной медицинской помощи вне медицинских организаций, от качества которой во многом зависит исход этих заболеваний.

Цель: провести анализ соответствия алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы (алгоритмы) при острых отравлениях химической этиологии на этапе СМП с качеством диагностики и лечения этой патологии. Материалы и методы: сравнительный анализ содержания алгоритмов с поводами обращений медицинских работников Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова города Москвы (станция) в информационно-консультативное токсикологическое отделение Научно-практического токсикологического центра ФМБА РФ (НПТЦ) и замечаниями врачей-токсикологов приемного отделения Центра отравлений НИИ им. Н.В. Склифосовского (центр) к выездным бригадам СМП. Алгоритмы построены в соответствии с классификатором отравлений по МКБ-10 (коды Т36 — Т65) с выделением наиболее значимых видов отравлений. Содержание включает основные действия при отравлении: промывание желудка с рекомендациями, касающимися особенностей отравления (интубация трахеи в случае комы, введение обезболивающих препаратов и спазмолитиков при химическом ожоге пищевода и желудка); введение антидотов, коррекция нарушений дыхания и сердечно-сосудистой системы; симптоматическая терапия и некоторые диагностические исследования (ЭКГ-диагностика, ЭхоЭГ, глюкометрия, пульсоксиметрия), а также указания по медицинской эвакуации и динамическому медицинскому наблюдению пациента. В разделах диагностики и терапии имеются специальные указания, касающиеся особенностей клинической картины того или иного отравления (купирование судорог, кардиотоксического эффекта и др.) для общепрофильных и специализированных выездных бригад СМП.

Результаты: проанализировано 9032 обращения медицинских работников выездных бригад станции за период с 01.01.2015 г. по 30.06.2016 г., в том числе от врачей — 4380 (48,5%), фельдшеров — 4498 (49,8%). В 52,5% обращения касались дифференциальной диагностики отравления, в 29,0% — определения лечебной тактики, в 1,7% — информации о свойствах токсичного вещества, в 16,8% — прочие. В случаях отказов пациентов от медицинской эвакуации причиной обращения в НПТЦ (45%) было уточнение степени потенциальной опасности токсичного вещества с учетом характера и тяжести отравления, а также выбор профиля стационара в случаях медицинской эвакуации.

Также были проанализированы 169 замечаний врачей-токсикологов приемного отделения центра к лечебно-диагностической тактике бригад СМП при медицинской эвакуации 10 060 пострадавших пациентов в центр за период с 01.01.2015 г. по 30.06.2016 г. В 102 (1%) случаях замечания касались диагностики, определения тяжести отравления и связанной с этим ошибки при выборе профиля стационара при медицинской эвакуации. Замечания к качеству проведенного лечения составили 0,6% и 0,02% иные замечания. В 4 случаях (0,04%) промывание желудка было сделано с нарушениями методики проведения данной манипуляции, что привело к развитию у пациентов аспирационного синдрома.

Заключение: качество диагностики и лечения острых отравлений на этапе скорой медицинской помощи соответствует алгоритмам. В то же время основными причинами обращений бригад СМП за консультациями токсиколога были трудности в дифференциальной диагностике и определения тяжести отравления (52,5%), а в 29,0% — определение лечебной тактики. В связи с этим целесообразно продолжить перманентное обучение выездного медицинского персонала станции по вопросам оказания скорой медицинской помощи при острых химических отравлениях с использованием форм обучения, проводимых кафедрой клинической токсикологии Российской медицинской академии последипломного образования.

### **Результаты лечения пациентов с гипертоническим кризом, осложненным геморрагическим инсультом, в условиях регионального сосудистого центра**

Островская Ю.И., Гендлин Г.Е., Никитин И.Г., Саликов А.В.  
Городская клиническая больница им. В.М. Буянова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования: определить оптимальную тактику гипотензивной терапии у пациентов с гипертоническим кризом, осложненным геморрагическим инсультом.

Задачи: 1. Определить оптимальный уровень артериального давления (АД), обеспечивающий лучший прогноз. 2. Определить оптимальную скорость снижения АД. 3. Оценить отдаленную выживаемость выписанных больных спустя 1 и 3 года после выписки из стационара.

Материалы и методы: в исследование вошло 86 пациентов в возрасте 61 (52–72) лет, госпитализированных в региональный сосудистый центр с гипертоническим кризом, осложненным геморрагическим инсультом. Нами была произведена оценка выживаемости пациентов в зависимости от темпов снижения АД. Оказалось, что пациенты, которым к 20-й минуте удалось снизить систолическое АД (САД) < 162 мм рт.ст. (147 (145–149) мм рт.ст. n=49), имеют статистически значимо лучшую выживаемость, чем с САД выше 162 мм рт.ст. (187(179–198) мм рт.ст.), p=37). Для определения целевого уровня АД пациенты были разделены на терцили по уровню САД на 20-й минуте. Оказалось, что достоверно лучшую выживаемость имеют пациенты с САД 136–147 мм рт.ст. Нами была определена оптимальная скорость снижения АД. Статистически значимо лучшую выживаемость имели пациенты с более быстрым снижением САД. При разделении на две группы в зависимости от объема гематомы в соответствии с медианой этого показателя (медиана объема гематомы составила 24 мл; 1-я группа с объемом гематомы 12,0 (8,0-19,0)мл, 2-я - 45,0(38,0-60,0) мл) оказалось, что выживаемость больных с большим объемом гематомы была несколько хуже. Расхождение кривых выживаемости в зависимости от объема гематомы было явным, но с низкой статистической значимостью. При оценке отдаленной (1 год и 3 года) выживаемости выписанных больных оказалось, что пациенты, которым в начале лечения удавалось достичь более низкого уровня АД, выживали статистически значимо лучше. При этом уровень САД, достигнутый к 220-й минуте, не влиял на отдаленную выживаемость. Отдаленная выживаемость

не зависела от таких показателей, как пол, возраст, исходный уровень АД, объем гематомы. При анализе влияния снижения САД к 20-й минуте от начала лечения более 25% и менее 25% от исходного достоверных расхождений кривых выживаемости не было. Однако в группе больных с более интенсивным снижением САД количество живых пациентов было больше (30 пациентов против 2 из группы менее интенсивного снижения). При анализе общей выживаемости больных оказалось, что в отдаленном периоде отмечалось только два летальных исхода, причем у исходно тяжелых пациентов. Таким образом, если во время нахождения больного в стационаре удается вывести пациента на должный уровень, то после выписки пациентов из стационара прогноз может быть благоприятен.

Выводы: 1. Оптимальный уровень АД, обеспечивающий лучший прогноз пациентов, госпитализированных с гипертоническим кризом, осложненным геморрагическим инсультом, с любой степенью неврологического дефицита, составляет 136–147 мм рт.ст. 2. Оптимальная скорость снижения САД составляет более 2,5 мм рт.ст./мин. 3. Важность борьбы за выживаемость этих больных в остром периоде дополняется их хорошей отдаленной трехлетней выживаемостью после выписки из стационара независимо от показателей, наблюдавшихся в госпитальном периоде.

### Современные тенденции лечения пациентов с применением дентальных имплантатов

Панин А.М., Цициашвили А.М.  
Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова, Москва

Лечение пациентов с применением дентальных имплантатов заняло прочную позицию при реабилитации пациентов с частичным или полным отсутствием зубов. Внедрение метода дентальной имплантации и широкое его распространение в системе городского здравоохранения увеличило количество пациентов и, как следствие, разнообразных клинических ситуаций. Это установка имплантатов в условиях ограниченного объема костной ткани. Данное обстоятельство поставило перед врачами новые вопросы и задачи для решения.

Цель исследования: провести анализ планирования стоматологического лечения с применением имплантатов по различным хирургическим протоколам.

Материалы и методы: в клинике хирургической стоматологии в период с 2014—2016гг. методом дентальной имплантации нами было обследовано 73 человека в возрасте от 36 до 79 лет. Критерием включения было наличие ограниченного объема костной ткани для установки имплантата. Пациентам было проведено предварительное планирование перед установкой дентальных имплантатов, которое, помимо консультации стоматолога ортопеда, терапевта и пародонтолога, включало при необходимости консультацию у врачей нестоматологического профиля, в частности, эндокринологов, терапевтов-кардиологов, гематологов.

Результаты и обсуждения: в результате клинико-рентгенологического обследования и после консультации и необходимого лечения у врачей других специальностей в установке дентальных имплантатов было отказано 21 человеку. Это связано с нежеланием пациентов проходить процедуры по увеличению объема костной ткани и отсутствием оптимально достаточного объема кости для установки имплантатов. Остальным 52 пациентам были установлены имплантаты после предварительных подготовительных мероприятий. Часть пациентов не желали проходить процедуры по увеличению объема костной ткани, однако объем костной ткани в области отсутствующих зубов был оптимальным для установки имплантатов и было принято компромиссное решение по установке имплантатов меньшего диаметра и меньшей высоты.

Выводы: лечение пациентов с ограниченным объемом костной ткани возможно по различным хирургическим протоколам.

### Отчет за 2015 год главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения г. Москвы по гигиене детей и подростков

Панков Д.Д.  
Департамент здравоохранения г. Москвы, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

I Работа с активом врачей, педагогов и психологов, направленная на обсуждение и поиск решений, имеющих отношение к здоровью детей и подростков. 1) Проведение 1 раз в два месяца заседаний Московского отделения общества школьной и университетской медицины (председатель проф. Д.Д. Панкова, списочный состав — 286 человек) и проведение 1 раз в два месяца Московского общества детской неврологии и вегетологии (сопредседатели проф. Д.Д. Панкова и проф. Е.В. Неудачин) на базе ДГП № 150. 2) Проведение тематических семинаров на базе ДГП № 150. Семинар: «Дифференциальная диагностика суставного синдрома и поражения сердца у детей 28.01.2015. Семинар: «Кардиоваскулярная патология у детей и подростков» 25.03.2015. Семинар: «Педиатрические аспекты распознавания и ведения больных с аллергопатологией» 23.09.2015 Семинар: «Экология и медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья у подростков» 25.11.2015.

II. Организация и проведение конференций. 1) Проведена шестая Московская ежегодная городская научно-практическая конференция с всероссийским участием по проблемам медицинским и психологическим проблемам детей и подростков школьного возраста «Преморбидное неблагополучие у детей и подростков и синдром дисплазии соединительной ткани». Дата проведения 27 мая 2015 года на базе ДГП № 150. 2) Научно-практическая конференция 20 ноября 2015 года «Современный взгляд на проблемы школьной и подростковой медицины» в рамках конгресса «Здоровье столицы 2015». 3) Организация и проведение симпозиума 21 октября 2015 г. «Вегетативные расстройства у детей и подростков и их дисрегуляторные проявления» в рамках всероссийского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии», г. Москва.

III. Участие в телепередачах, конференциях и заседаниях общественных организаций по заданию Департамента здравоохранения г. Москвы. 1) Участие в пленарной сессии «Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний» конгресса «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями — вклад государства, гражданского общества и человека» с докладом «Преморбидные проявления сердечно-сосудистых расстройств у детей и подростков как медико-социальная проблема» 9 апреля 2015 г. 2) Запись 9 октября 2015 г. на канале Москва Доверие «Время московское»: «Кто отвечает за здоровье учеников». Эфир 14/10. 3) Участие в круглом столе в Общественной палате РФ на тему: «Проблемы школьного питания». 19 октября 2015 года.

IV. Проведение циклов «повышение квалификации» возглавляемой мной кафедрой педиатрии и школьной медицины для врачей г. Москвы в связи с обращением Департамента здравоохранения г. Москвы в ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». 1) Циклы по вакцинапрофилактике — за 2015 год проведено 5 тематических циклов, в которых участвовало 143 врача. 2) Педиатрия в работе врача общей практики (семейного врача) — на протяжении года. Участвовало 308 врачей.

### О назревшей необходимости широкого внедрения достижений преморбидной медицины

Панков Д.Д., Картавцева Л.Р.  
Департамент здравоохранения г. Москвы, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Московская городская дума, Москва

Система, внедренная первым советским наркомом здравоохранения Семашко, привела к тому, что отечественная медицина в XX веке оказалась нацелена в основном на лечение граждан с патологическими состояниями, уже достигшими нозологической

очевидности. Исходя из этого, наши врачи слабо вооружены знаниями о ранних формах заболеваний (характеризующихся немногочисленными, преимущественно субъективными симптомами). В результате для них стала сложной и непривычной задача дифференцированного распознавания этиопатогенеза на преморбидных этапах и тем более селективного выбора терапии, профилаксирующей стадию клинической выраженности. А низкий уровень ответственности наших людей за свое здоровье и здоровье детей расхолаживает медиков, слабо мотивируя в направлении повышения своей квалификации. В то же время на Западе наблюдалось противоположное явление. Для преодоления отставания в этой области нам нужна преморбидная медицина, работающая на субклиническом уровне, которая в нашей стране, к сожалению, в широком практическом смысле отсутствует. Но понимание того, что это упущение необходимо как можно скорее ликвидировать, созревает. И особенно это ясно врачам, работающим в сфере оказания первичной помощи населению и врачам школьной медицины, т.е. медикам, сопрясающимся с тем контингентом, где донеозологические, преморбидные проблемы чаще всего возникают. Эти два направления врачебной деятельности, вне всякого сомнения, имеют свою специфику и своеобразие. Но при этом настало время обратить внимание на целый ряд схожих задач, которые им приходится решать. Они предполагают умение оказывать неотложную помощь, но стремятся профилаксировать острые ситуации. Их эффективность тем выше, чем более квалифицированным и тренированным является медицинский персонал. Оба направления пропагандируют здоровый образ жизни, соблюдение гигиены и правильного питания. И задачи субклинической, преморбидной диагностики им весьма близки, так как на этом этапе возможно минимальными средствами достижение высокой эффективности лечебных мероприятий. Для обоих направлений (первичная помощь и школьная медицина) базовой может стать концепция преморбидной медицины. Она имеет очень большую специфику, которая на сегодняшний день доступна в основном клиницистам. К сожалению, с ней пока плохо знакомы наши практические врачи, нацеленные, по инерции советского времени, преимущественно на решение морбидных проблем, т.е. проблем, ставших очевидными тогда, когда заболевание достигло значительной выраженности. Сегодня для внедрения преморбидной медицины существует целый ряд благоприятствующих факторов: доступность и мобильность многих высоких технологий, включая лечебно-профилактические мероприятия; возросшая оснащенность детских амбулаторных учреждений; значительное продвижение пропедевтики в направлении дифференцированной интерпретации субъективной симптоматики и «микросимптомов»; достижения в сфере понимания механизмов саногенеза организма. Овладение данными возможностями позволит вывести практических врачей, работающих с детьми и подростками школьного возраста, на уровень высоких стандартов современной медицины. Но для этого необходимо активно внедрять эту методологию прежде всего в сообществе врачей первичной и школьной медицины, остро ощущающих востребованность данных подходов. Проводимые нами исследования показывают, что опора на преморбидную медицину позволит качественно и количественно продвинуть ряд частных направлений, имеющих стратегическое значение для РФ. Например, такие как обеспечение репродуктивного благополучия у подрастающего поколения (Н.Л. Петровичева, И.В. Казанская, Д.Д. Панков, 2014), противодействие аллергопатологии (Д.Д. Панков, Т.Г. Федоскова, Н.С. Аксенова, Т.Б. Панкова 2015; 2016), реабилитация часто болеющих детей (Д.Д. Панков, Е.С. Ковригина, И.В. Ключникова, 2015) и др. В настоящее время московская врачебная общественность активно обсуждает эту проблему на уровне ряда медицинских научно-практических обществ и надеется на поддержку правительственных органов г. Москвы. При этом хочется подчеркнуть, что (как показал западный опыт) любые затраты на внедрение преморбидной методологии должны сполна окупиться снижением расходов на более поздних этапах

морбидности, уменьшить отвлеченность работоспособного населения на уход за больными детьми, не говоря уже о таком важном результате, как повышение качества жизни наших маленьких и больших сограждан.

## Часто болеющие дети — новый взгляд на проблему

Панков Д.Д., Ковригина Е.С., Панкова Т.Б.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Во второй половине XX века американским исследователем Паулем Мак-Лином было сформулировано представление о лимбической системе. В дальнейшем стало ясно, что между ее состоянием, адаптивными возможностями организма и саногенезом имеется тесная взаимосвязь. При этом Г.Н. Крыжановский (2014), указывал, что патологический процесс переходит в болезнь в том случае, если нарушаются механизмы адаптации организма, общего гомеостаза, антагонистической регуляции и саногенеза. Одновременно необходимо иметь в виду, что лимбическая система тесно связана с периферическим (рецепторным) отделом обонятельного анализатора и регуляторными механизмами ЦНС, обеспечивающими адаптацию и саногенез. Это объясняет позитивное действие на организм многих ароматических средств, используемых в медицине. Но возможен и обратный эффект, который мы уже описывали в наших работах (Панков Д.Д., Ковригина Е.С., Ключникова И.В., 2015; 2016), когда на фоне связанной с ринитом частичной блокады обонятельных рецепторов афферентная обонятельная импульсация снижается и вместе с этим происходит ослабление саногенетической активности организма, растет риск заболеваемости. Подобный механизм может проявлять себя в группе часто болеющих детей (ЧБД), рождая порочный круг: ринит — снижение активности рецепторов слизистой носа — уменьшение индуцируемого ими потока афферентных импульсов в направлении лимбической коры головного мозга — снижение тонуса лимбической системы — дизрегуляторный синдром — дезадаптация — снижение саногенетических свойств организма — рецидивы респираторной патологии — ринит. Осмысление данного патогенетического механизма позволяет не только по-новому рассмотреть эмпирически накопленный опыт лечения заболеваний, лежащих в основе неблагополучия у ЧБД, но и разрабатывать инновационные подходы к профилактике их рецидивов, используя различные средства, оптимизирующие работу лимбической системы.

## Первый опыт эндоскопической гемитиреоидэктомии из аксилло-бипараореолярного доступа

Пантелеев И.В., Щеголев А.А., Митичкин А.Е., Гадзыра А.Н., Крамарова Л.А.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

В Российской Федерации ежегодно оперируется более 40 000 пациентов, страдающих заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), причем основной категорией оперируемых больных являются женщины молодого возраста. В настоящее время все более широко используются минимально инвазивные хирургические вмешательства. Основной их целью является получение максимальных косметических результатов. Ограничениями к проведению данных операций является наличие крупных доброкачественных новообразований и рака ЩЖ.

Изучены результаты 7 эндоскопических гемитиреоидэктомий из аксилло-бипараореолярного доступа у женщины: 5 правосторонних и 2 левосторонних. Средний возраст пациенток составил  $34,5 \pm 13,5$  лет (диапазон от 21 до 48 лет). У пяти с показанием к операции явилось наличие фолликулярной опухоли ЩЖ размерами 3 см, у двух — коллоидный узел диаметром 4 см. Инструменты, используемые при хирургическом вмешательстве, включали в себя три 10 мм троакара, волоконно-оптический

эндоскоп с углом 45° диаметром 10 мм (Karl Storz), гармонический скальпель Harmonic Ace 36P® (Johnson & Johnson Medica), 1,5 мм диссекторы и ножницы, датчик идентификации возвратного гортанного нерва (Биоптрон). Операция выполнялась под общей анестезией с эндотрахеальной интубацией. Положение пациента: лежа на спине с запрокинутой головой, рука на стороне поражения отведена под 90°С целью лучшего доступа к подмышечной впадине. Хирургическая бригада состояла из хирурга и одного ассистента. Первый разрез кожи 1 см производился параллельно складке в подмышечной ямке, через который затем вводился 10 мм троакар. Кожа приподнималась над грудной мышцей до переднего края кивательной мышцы. Второй 1 см разрез кожи производился вдоль верхнего края ареолы молочной железы на стороне опухоли ЩЖ для 10 мм троакара, который направлялся вдоль срединной линии грудины над поверхностью ключицы. Используя гармонический скальпель, отделяли переднюю границу кивательной мышцы от грудино-подъязычной и в некоторых случаях разделяли лопаточно-подъязычную мышцу. Третий 1 см разрез кожи производился вдоль верхнего края ареолы второй молочной железы с установкой 10 мм троакара по направлению к стороне поражения. Инсуффляция диоксидом углерода (CO<sub>2</sub>) проводилась под эндоскопическим контролем, поддерживая давление от 8 до 10 мм рт.ст. Тупым и острым путем постепенно формировалось рабочее пространство под m.platisma до уровня m.sternocleidomastoideus латерально и подъязычной кости сверху. В качестве срединного ориентира использовался трахея. Мобилизация ЩЖ начиналась с нижнего полюса. Далее с помощью поддержания постоянной медиальной тяги производили мобилизацию боковой и задней поверхностей до уровня верхнего полюса, идентифицировали и коагулировали сосуды максимально близко к ЩЖ с помощью гармонического скальпеля, сохраняя дистанцию не менее 5 мм от основных сосудисто-нервных структур и трахеи на уровне связки Берри. Это позволило избежать интраоперационной травмы околотитовидных желез и возвратного гортанного нерва. Доля ЩЖ выделялась до уровня перешейка и отсекалась гармоническим скальпелем. Удаленную долю ЩЖ извлекали через подмышечный разрез. Накладывались косметические швы на кожу. Послеоперационные раны дренировались с помощью латексных выпускников, удаленных на 2-е сутки. Средняя продолжительность операции составила 80 мин (от 50 до 120 мин). Интраоперационная потеря крови — в среднем 30 мл (диапазон 10 мл–50 мл). Случаев осложнений хирургического вмешательства в виде пареза возвратного гортанного нерва, гипопаратиреоза или послеоперационных гематом не было. У одной пациентки развился плексит плечевого сплетения справа с клиническими проявлениями в виде периодически возникающих при движении болей, онемения и слабости правой верхней конечности. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 3,4 дня. Все пациентки были довольны косметическим результатом. Описанная эндоскопическая гемитиреоидэктомия из аксилло-бипараареолярного доступа удачно сочетает в себе преимущества малоинвазивных методов. Улучшение результатов эндоскопических операций и возможность их применения для лечения рака ЩЖ требуют более детального изучения с помощью более масштабных исследований.

### Оперативные методы диагностики заболеваний плевры

Папков А.В.  
Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, Москва

Комплексное применение различных неинвазивных методов обследования и плевральной пункции с микробиологическим, биохимическим и цитологическим исследованием жидкости позволяет уточнить природу поражения менее чем у половины пациентов. Показаниями к торакоцентезу при плеврите большинство авторов называют большое количество экссудата (>1 см в положении на боку); подозрение на гемоторакс и

эмпиему, наличие хилоторакса, высокая гипертермия и боли в груди, нарушения гемодинамики, связанные со сдавлением средостения экссудатом. Показаниями для пункционной биопсии плевры, по мнению большинства авторов, является наличие экссудативного плеврита у больных с подозрением на туберкулез или злокачественное плевральное поражение, когда предшествующая пункция с цитологическим, биохимическим и бактериологическим исследованием экссудата не проясняет диагноз. В числе возможных осложнений при торакоцентезе и игловой биопсии перечисляют: локальную болезненность в месте прокола (1–15%), пневмоторакс (3–15%), вазовагальные реакции (1–5%), гемоторакс (менее 2%), локальную гематому в месте прокола (менее 1%), кратковременную лихорадку (около 1%) и очень редко — летальный исход от кровотечения, осложнения: кровохарканье, возможны воздушная эмболия, ранение желудка, ранение печени, почки и даже селезенки, потребовавшее спленэктомии. Всего, по данным обобщенной литературы, осложнения пункционной биопсии плевры наблюдаются у 5,5% больных и изредка требуют для их ликвидации хирургических вмешательств. Торакоскопия с биопсией плевры стала применяться в 70-х — 80-х годах с диагностической целью и для лечения спонтанного пневмоторакса. Мы считаем целесообразным сочетание местной инфильтрационной анестезии и проводниковой межреберной анестезии, причем анестезируем не только межреберья, в которых планируется установка торакопортов, но и межреберья, в проекции которых наиболее вероятно биопсия париетальной плевры. Выполнение всех манипуляций из одного торакопорта предпочтительнее с точки зрения пациента и сопровождается минимальными болевыми ощущениями, однако оборачивается зачастую техническими трудностями для хирурга и снижением качества самого исследования. Использование двух торакопортов обеспечивает лучший визуальный контроль, чем применение оптических биопсийных щипцов через один порт, позволяет биопсировать ткань с одномоментной электрокоагуляцией, что предпочтительнее при взятии участка висцеральной плевры. Все авторы отмечают большую эффективность торакоскопии по сравнению с другими менее инвазивными методами. Обобщены данные о 819 торакокопиях. Летальных исходов не было. Авторы отметили после операции подкожную эмфизему у 39 пациентов (5%), транзиторные сердечно-сосудистые нарушения у 10 (1%), эмпиему у 2, лихорадку у 2, обильное кровотечение у 1 и воздушную эмболию у 1 больного. Видеоассистированные торакальные операции (ВАТ) выполняются из комбинированного доступа: одного или нескольких торакопортов в сочетании с небольшим межреберным разрезом. Мы применяем при видеоассистированных операциях, как и большинство вышеупомянутых авторов, боковой доступ с рассечением межреберных мышц. Диагностическая эффективность этого вида вмешательств на нашем опыте составила 100%. Осложнений не отмечено. Публикации последних лет, посвященные открытой биопсии плевры, подчеркивают ее малотравматичность, отсутствие серьезных осложнений и послеоперационной летальности. Мы не можем привести собственных данных об эффективности диагностической торакотомии при заболеваниях плевры, поскольку применение менее инвазивных методов на нашем материале во всех случаях оказалось возможным и информативным. ЦНИИТ была запатентована прицельная биопсия париетальной плевры из минидоступа (патент РФ № 2324431 то 20 мая 2008 г.). Вмешательство показано в тех случаях, когда экссудат уже рассосался и плевральная полость по данным рентгенографии, КТ или УЗИ облитерировалась, но диагноз остался неясен и сохраняется подозрение на туберкулезное или опухолевое поражение. Мы выполнили прицельную биопсию плевры по описанной методике при облитерированной плевральной полости у 84 пациентов. Осложнений в ходе вмешательства и послеоперационном периоде нами не отмечено. Туберкулез, по данным гистологического исследования, был установлен у 44 больных, опухолевое поражение плевры у 2.

## Стентирование сонных артерий у больных пожилого и старческого возраста

Папоян С.А., Щеголев А.А., Савкова О.Н., Громов Д.Г., Квициридзе Б.А., Сазонов М.Ю., Мутаев М.М., Красников А.П., Радченко А.Н.  
Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва

Цель исследования: изучить и оценить эффективность стентирования внутренних сонных артерий у пациентов старческого и пожилого возраста.

Материалы и методы: с января 2014 года по настоящее время в отделении сосудистой хирургии РСЦ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева 52 пациентам имплантировано 69 стентов во внутреннюю сонную артерию (ВСА). 16 пациентам выполнено стентирование ВСА с обеих сторон. Средний возраст пациентов — 74,4±2,2 года. 34 (69,4%) пациента были симптомными. Из сопутствующих заболеваний у всех пациентов диагностирована гипертоническая болезнь 2–3 ст. 100% и ишемическая болезнь сердца у 85,7% пациентов. Стентирование коронарных артерий у 4%. ХОБЛ наблюдалось у 13,1% пациентов; бронхиальная астма у 2,6%; ПИКС у 30,6% пациентов; 2% пациентов выполнено АКШ; 4% пациентов имплантация ЭКС. У 46,9% пациентов сахарный диабет. У 8% пациентов постоянная форма фибрилляции предсердий. Пациентам перед операцией выполнялось ультразвуковое ангиосканирование брахиоцефальных артерий, мультиспиральная компьютерная томография интра- и экстракраниальных артерий с контрастированием, осмотр невролога для оценки неврологического статуса. За 3 дня до назначалась двойная дезагрегантная терапия (клопидогрель 75 мг и аспирин 100 мг) или за 12 часов до операции «нагрузочная» доза (клопидогрель 300 мг). Во время процедуры проводилась системная гепаринизация. Для уменьшения раздражения синокаротидной зоны внутривенно вводили от 0,5 до 1,5 мг атропина.

Результаты: при стентировании сонных артерий использовали саморасширяемые стенты: Xact Carotid Stent System — 3 (3%) пациентам; Acculink RX — 7 (7%) пациентам; Cristallo Ideale — 38 (56%) пациентам; PRECISE PRO RX — 21 (34%) пациентам. Защита сосудов головного мозга от материальной эмболии осуществлялась с использованием: AccUNET RX — 12 (17,7%) пациентам; Emboshield NAV6 — 21 (27,4%) пациенту; AngioGuard RX — 22 (32,3%) пациентам; при критическом стенозе ВСА установлена система проксимальной защиты Mo.Ma Ultra — 16 (22,6%) пациентам, среднее время перерыва сонных артерий составило 11±2 минут. После имплантации выполнялась постдилатация стента баллонами 5–5,5 мм. При анализе результатов технического успех получен у всех пациентов — 100%. У одного пациента при контрольной ангиографии выявлена диссекция общей сонной артерии, что потребовало имплантации дополнительного стента в общую сонную артерию. Осложнения в послеоперационном периоде составило 2%, на вторые сутки у одного пациента произошло нарушение мозгового кровообращения в контралатеральной стороне. Летальных случаев, связанных с рентгенэндоваскулярным стентированием сонных артерий, не было. Выводы: таким образом, как показывает наш опыт, эндоваскулярный метод лечения при стенотическом поражении сонных артерий для пациентов пожилого и старческого возраста, является мало-травматичным и эффективным методом, а также для пациентов, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, что обусловлено высоким риском открытого хирургического вмешательства.

## Современные методы лечения синдрома Лериша

Папоян С.А., Щеголев А.А., Громов Д.Г., Квициридзе Б.А., Сазонов М.Ю., Мутаев М.М., Красников А.П., Радченко А.Н.  
Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность: эндоваскулярные вмешательства (реканализация общей и наружной подвздошных артерий и их стентирование) — минимально инвазивный способ лечения, позволяющий рассматривать его как альтернативу аорто-бедренному шунтированию

у большинства пациентов с симптомным атеросклерозом аорты и подвздошных артерий.

Цель: оценить результаты и эффективность эндоваскулярных вмешательств у пациентов с синдромом Лериша (окклюзионными поражениями терминального отдела аорты, подвздошных артерий (типы С и D по классификации TASC II)).

Материалы и методы: в исследование включены 45 пациентов с поражениями типов С и D по TASC II, проходивших лечение в ОСХ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева с 08.2013 по настоящее время. Технический успех в группе больных с поражениями по типу С составил 100%, в группе с поражениями по типу D — 92,8%. Успех процедур подтверждался данными объективного обследования (наличие пульсации дистальнее области реконструкции) и данными ультразвукового обследования.

Результаты: технический успех в группе с поражением по типу С составил 100%. В группе больных с поражением по типу D у четырех пациентов имела окклюзия терминального отдела аорты и ОПА с обеих сторон. У двух пациентов (7,2%) с поражением по типу D первично не удалось реканализовать окклюзированные участки (в первом случае — терминальный отдел аорты с двухсторонней окклюзией подвздошных артерий, во втором — односторонняя окклюзия подвздошных артерий). Пациентам в дальнейшем выполнена шунтирующая операция. В итоге технический успех в группе с поражением по типу D составил 92,8%. Трофические нарушения зажили у всех пациентов. Больших и малых ампутиаций в течение года не проводилось. Симптомов возврата ишемии также не наблюдалось. Конечности удалось сохранить всем пациентам. Средний прирост ЛПИ составил 0,26±0,18. Годичная первичная проходимость подвздошных артерий после проведенного эндоваскулярного вмешательства отслежена у 40 пациентов и составила 100% при поражениях по типу С и 92,8% по типу D. Через 6 месяцев у 1 пациента, ранее перенесшего стентирование по поводу окклюзии ОПА и НПА слева (TASC D), развился рестеноз подвздошной артерии, в связи с чем в последующем в зону рестеноза имплантирован стент.

Выводы: наш опыт и данные проанализированной литературы показывают возможность расширения показаний к эндоваскулярным вмешательствам у пациентов с поражениями терминальной аорты и подвздошных артерий классов С и D по TASC II с получением хороших непосредственных и отдаленных результатов. Данный вид лечения, на наш взгляд, должен рассматриваться в качестве терапии первой линии с оставлением на перспективу открытых хирургических вмешательств.

## Неврологическая патология у ВИЧ-инфицированных

Перегудова А.Б., Васильцова И.В.  
Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом, Москва

Введение: В настоящее время, по данным аутопсии, более 90% умерших от СПИДа имеют поражение ЦНС. Среди госпитализированных за последние 4 года больных ВИЧ-инфекцией в поздних стадиях заболевания поражения ЦНС различной этиологии диагностировали в 30% случаев, что в 1,5–2 раза чаще, чем в период с 2007 по 2011г.

Цель исследования: выяснить наличие изменений в структуре поражений ЦНС у больных ВИЧ-инфекцией за последние годы, изучить клинические проявления, оценить прогноз и количество летальных исходов в зависимости от этиологии поражения ЦНС. Материалы и методы: в период с января 2012 по декабрь 2015 г. в стационарных отделениях для больных ВИЧ-инфекцией МГЦ СПИД, ИКБ №2 г. Москвы были изучены более 800 пациентов с поражением ЦНС, которые составили от 15 до 17% от всех госпитализированных больных ВИЧ-инфекцией. Мужчин было 70%, женщин — 30%. Возраст пациентов составил от 24 до 58 (65% больных находились в возрасте от 31 г. до 40 лет). Помимо рутинных лабораторных исследований крови и мочи, больным проводили диагностическую люмбальную пункцию с оценкой показателей общего и биохимического состава спинномозговой

жидкости, молекулярно-биологическое исследование ликвора. Также осуществляли микроскопическое исследование ликвора на кислотоустойчивые бактерии и криптококки и посевы ликвора. Больным выполняли МРТ или КТ головного мозга. Использовали серологическую диагностику для выявления АТ к токсоплазме. Результаты: так же как и в предыдущих исследованиях, токсоплазмоз головного мозга занимает первое место в структуре поражения ЦНС. К сожалению, несмотря на использование современных методов обследования, у 40% пациентов этиология поражения ЦНС остается нерасшифрованной. На втором месте по частоте выявления находится туберкулезный менингит или менингоэнцефалит. Значительно чаще, чем в предыдущие годы, мы наблюдаем развитие прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии и тяжелой ВИЧ-энцефалопатии с выраженными когнитивными нарушениями и неврологической симптоматикой. В таких случаях диагноз подтверждается с помощью МРТ головного мозга, молекулярно-биологического исследования ликвора и на аутопсии при патолого-анатомическом исследовании. Причем если раньше диагноз ВИЧ-энцефалопатии практически всегда подтверждали только при патолого-анатомическом исследовании, то сейчас этот диагноз устанавливается при жизни больного, и часть пациентов при своевременно назначенной специфической терапии (АРТ с высоким индексом проникновения через гематоэнцефалический барьер) выписывается со значительным клиническим улучшением. Не уменьшается и количество криптококковых менингоэнцефалитов, которые диагностируются в 5—7% случаев. Опухолевые поражения ЦНС (лимфома, астроцитомы) встречаются редко в 2—3%, прогноз при них крайне неблагоприятный даже при ранней диагностике. Цитомегаловирусный энцефалит встречается редко — не более чем в 1% случаев.

Выводы: таким образом, доля больных с поражением ЦНС среди госпитализируемых в инфекционный стационар ВИЧ-инфицированных лиц неуклонно растет и в последние годы составляет 15—17% случаев. Летальность среди больных с церебральной патологией остается высокой. Наиболее частой причиной тяжелой неврологической патологии является церебральный токсоплазмоз (25%) и туберкулезный менингоэнцефалит (15%). Увеличилось количество пациентов с диагнозом «прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия и тяжелая ВИЧ-энцефалопатия», причем у части больных этиологические диагнозы были поставлены при жизни. Количество летальных исходов при ВИЧ-энцефалопатии уменьшилось по сравнению с предыдущим периодом наблюдения в связи с улучшением своевременной диагностики и ранним началом специфического лечения. Данные МРТ головного мозга и молекулярно-биологических методов исследования ликвора имеют решающее значение для установления этиологического диагноза.

### Мальабсорбция — основной синдром болезней тонкой кишки

Парфенов А.И., Крумс Л.М.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

К болезням тонкой кишки, сопровождающимся синдромом нарушенного всасывания (СНВ) относятся: целиакия, коллагеновая спру, общий переменный иммунодефицит (ОВГГ), болезнь Уиппла, амилоидоз кишечника, кишечные лимфангэктазии, синдром короткой тонкой кишки, болезнь Крона тонкой кишки, дивертикулез тонкой кишки, желудочно-кишечная псевдообструкция, болезнь тяжелых цепей — а, лимфома тонкой кишки.

Цель работы: изучить особенности патогенеза развития мальабсорбции при некоторых заболеваниях тонкой кишки.

Задачи исследования: 1. Исследовать клиническую характеристику заболеваний тонкой кишки. 2. Выявить особенности развития мальабсорбции при отдельных нозологических формах болезней тонкой кишки. 3. Разработать методы патогенетической терапии. Материал и методы: обследованы 120 больных целиакией, 35 больных ОВГГ, 12 больных с болезнью Уиппла. Определялись

общие клинические анализы, содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови, секреторный IgA в слизистой тонкой кишки, морфологическая картина биопатов слизистой тонкой кишки. Установлено, что клинические проявления мальабсорбции практически одинаковы при всех заболеваниях тонкой кишки и выражаются в нарушении обмена веществ: белкового, водно-электролитного, гиповитаминозах железодефицитной анемии. Патогенетические механизмы развития СНВ в значительной степени отличаются при отдельных нозологических формах. При целиакии главной причиной мальабсорбции является уменьшение всасывательной поверхности тонкой кишки в связи с атрофией слизистой. При атрофии слизистой тонкой кишки снижается выработка гормона холецистокинин/панкреозимина. Нарушение функции желчного пузыря и внешнесекреторной функции поджелудочной железы нарушают процесс переваривания пищевых веществ, что усугубляет мальабсорбцию при целиакии. При ОВГГ — причина развития СНВ бактериальное обсеменение тонкой кишки, лямблиоз, развивающиеся вследствие нарушения выработки секреторного IgA в слизистой тонкой кишки. В результате происходит повреждение слизистой, нарушение мембранного пищеварения. При болезни Уиппла микроб *Tropheryma Whipplei* заполняет лимфатические протоки слизистой тонкой кишки, нарушая всасывание липидов. Дилатация лимфатических сосудов приводит к синдрому экссудативной энтеропатии, сочетающемуся с мальабсорбцией.

Лечение: общими принципами лечения является — коррекция метаболических нарушений. При целиакии — основной метод — строгое, пожизненное соблюдение аглютеновой диеты. При ОВГГ — применение препаратов, повышающих иммунитет, кишечные антисептики для подавления микрофлоры тонкой кишки, лечение воспалительных заболеваний (антибиотики). При болезни Уиппла — лечение антибиотиками длительное время — в течении года и более, безжировая диета.

Выводы: 1. Клиническая симптоматика при болезнях тонкой кишки однотипна. 2. Патогенетические механизмы развития мальабсорбции совершенно различны. 3. Знание патогенеза мальабсорбции при хронических болезнях тонкой кишки определяет тактику лечения больного.

### Сухожильные пластики при повреждениях крупных суставов у детей

Петров М.А., Кешишян Р.А., Панкратов И.В., Шляпникова Н.С., Павлова Д.Д., Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Вопрос повреждений крупных суставов у детей, требующих реконструктивно-пластического хирургического вмешательства, становится все более актуальным. Существует множество вариантов лечения данной патологии у взрослых, однако применение подобных методик у детей далеко не всегда возможно, что связано с анатомо-физиологическими особенностями детского организма.

Цель — улучшение результатов лечения повреждений крупных суставов у детей.

Материалы: за период с марта 2014 по май 2016 г. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратилось более 300 детей с повреждениями связочного аппарата крупных суставов. Среди них нам встретились пациенты с разрывом акромиально-ключичного сочленения, переломо-вывихами надколенника, в том числе диспластическими, разрывом передней крестообразной связки, повреждением наружной коллатеральной связки голеностопного сустава. Во всех вышеперечисленных случаях основной жалобой пациентов являлось наличие нестабильности поврежденного сустава, которая сопровождалась ярко выраженным дискомфортом и, как следствие, невозможностью вернуться к привычному образу жизни. У всех детей с нестабильностью того или иного крупного сустава была выполнена сухожильная пластика связочного аппарата.

При повреждении акромиально-ключичного сочленения для 8-образной пластики использовались Hamstring-сухожилия. При вывихе надколенника проводилась пластика медиальной пателлофemorальной связки аутооттрансплантатом из сухожилия четырехглавой мышцы бедра. При повреждениях передней крестообразной связки также выполнялась Hamstring-пластика, однако у детей с открытыми зонами роста использовалась техника all-inside. При изолированном повреждении передней таранно-малоберцовой связки проводилась операция Brostrom. В случае полного повреждения наружной коллатеральной связки голеностопного сустава выполнялась операция Brostrom-Gould-Evans.

Результаты: в 75% случаев достигнут удовлетворительный функциональный и косметический результат. 25% оперированных детей находятся на этапе реабилитации.

Заключение: выполнение сухожильных пластик при повреждениях крупных суставов у детей позволяет не только снизить вероятность повторных травм нестабильных суставов, предотвратить повреждение других внутрисуставных структур и избежать развития артроза, но и повысить качество жизни, позволив детям вернуться к привычному активному образу жизни.

## Варианты стабильного остеосинтеза переломов типа 43-Е по классификации АО РСФС

Петров М.А., Кешишян Р.А., Шляпникова Н.С., Панкратов И.В., Павлова Д.Д.  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

При внутрисуставных переломах необходимо добиваться абсолютно стабильной фиксации, поскольку только в таких условиях возможно полное восстановление функции сустава. В настоящее время наиболее сложными с точки зрения диагностики и лечения остаются переломы типа 43-Е по классификации АО РСФС (Pediatric Comprehensive Classification of long-bone Fractures). В основном это касается переломов III типа повреждений по классификации Salter-Harris и тяжелее, то есть это переломы дистального эпифиза большеберцовой кости, в том числе с захватом метафиза и в сочетании с аналогичными переломами малоберцовой кости.

Цель — улучшение результатов лечения переломов типов 43-Е. Материалы: за период с мая 2015 по май 2016 г. в отделение травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ обратилось 10 детей с переломами: 43т-Е/3.1, 43т-Е/2.2, 43т-Е/4.2, 43т-Е/5.1 и 5.2 (переломы Tillaux), 43т-Е/6.1 и 6.2 (трехплоскостные переломы). Традиционным методом фиксации подобных повреждений в детской практике считается спицевой остеосинтез, который, однако, не обеспечивает какой-либо стабильности. «Слепое» применение привычных во взрослой практике техник остеосинтеза у детей также недопустимо, поскольку в условиях открытых зон роста такие методики могут привести к формированию деформаций конечности в процессе роста ребенка. На наш взгляд, среди существующих вариантов остеосинтеза при подобных повреждениях допустимыми в детском возрасте являются следующие: применение стягивающих винтов, а также наложение серкляжного шва с фиксацией проволочной петли с помощью двух параллельных спиц или кортикального винта. При сопутствующем повреждении метафизарной области наиболее адекватным является применение стягивающего винта в сочетании с защитной пластиной. Результаты: в 65% случаев достигнут удовлетворительный функциональный результат: движения в голеностопном суставе восстановлены в полном объеме. 35% оперированных детей находятся на этапе реабилитации.

Заключение: вышеперечисленные варианты остеосинтеза позволяют добиться абсолютной стабильности в условиях открытых зон роста, что позволяет не только полностью восстановить функцию голеностопного сустава, но и избежать формирования посттравматических деформаций, что безусловно определяет качество жизни юных пациентов

## Детская эндокринология в Москве: сегодня и завтра

Петрайкина Е.Е.  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В Москве живут около 1 млн 800 тысяч детей. За 2014–2015 гг. общее количество московских детей и подростков с эндокринной патологией стабилизировалось на уровне 80 тысяч детей и подростков. Заболеваемость эндокринной патологией у пациентов до 18 лет выросла с 2000 г. до 2015 г. в 2,5 раза. При проведении диспансеризации детей и подростков с включением осмотра детского эндокринолога примерно у 17% осмотренных детей и подростков выявляется различная эндокринная патология. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2012 г. № 910 н утвержден «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская эндокринология», приказ Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) от 28.06.2012 № 601 «О внедрении порядков оказания медицинской помощи». В 2015 г. на 1—2 уровнях амбулаторную специализированную помощь в Москве оказывают в 45 амбулаторно-поликлинических центрах 98 детских эндокринологов (укомплектованность — 86%), на 3 уровне — стационарную в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» (городской Центр детской эндокринологии) и в «ДГКБ имени З.А. Башляевой ДЗМ» — 11 детских эндокринологов (укомплектованность — 85,25%). В 2015 г. в городском Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовской ДГКБ ДЗМ» продолжала работать круглосуточная консультативная помощь врачам и пациентам в рамках городской «горячей линии» по проблемам детской эндокринологии — обратилось около 1620 родителей пациентов, подростков, взрослых пациентов, страдающих эндокринными заболеваниями, врачи различных специальностей Москвы и других регионов РФ. Практически все детские эндокринологи Москвы, работающие более 7 лет, имеют первую и высшую квалификационные категории по детской эндокринологии, треть из них являются кандидатами и докторами медицинских наук. В структуре эндокринных заболеваний пациентов до 18 лет в Москве в 2015 г. (всего 75 716 пациентов), наиболее распространены: болезни щитовидной железы — составляют 7,2%, сахарный диабет 17,3%, ожирение — 30%. Первичная заболеваемость по болезням щитовидной железы у детей — 328,7, сахарному диабету 23,1, гипотиреозу 2,3, несахарному диабету и дисфункции яичек — 0,1, аденогенитальным расстройствам — 1,4, ожирению — 361,1. Лекарственное обеспечение больных с эндокринными заболеваниями велось в соответствии с Федеральным перечнем льготных лекарственных препаратов и Федеральными стандартами лекарственной терапии основных заболеваний. В 2015 г. реализация лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения составила 147 778 562,51 руб., что на 10,5% больше, чем в 2014 г. Стоимость 1 пациента в среднем составляла в 2015 г. — 45 182,27 руб. Для предотвращения развития осложнений на фоне длительного течения сахарного диабета 1 типа у детей, инвалидизации и сохранения трудоспособности в городе проводится большая работа. Активно используется один из высокотехнологических методов исследования — непрерывный мониторинг гликемии в течение 3—5 суток — CGMS, в 2015 г. проведено 497 детям. Интегрированным показателем компенсации сахарного диабета 1 типа (СД1) является гликированный гемоглобин (HbA1c). Целевой уровень составляет до 7,5%, в Москве — средний показатель 2015 г. — дети — 7,9, подростки — 8,2%. Эти данные соответствуют аналогичным показателям развитых стран Европы и в рамках доказательной медицины снижают риск развития сосудистых осложнений. Продолжается внедрение альтернативных способов введения инсулинов с использованием дозаторов инсулинов (помп). В том числе централизацией закупки ДЗМ, в 2015 г. получали помповую терапию 874 пациента с СД1 до 18 лет (30% от общего числа пациентов). В дальнейшем для совершенствования оказания профильной помощи планируется: организация ведения регистра и кабинета помповой терапии в



городском Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», расширить работу школ самоконтроля по сахарному диабету на втором уровне оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям на базе детских амбулаторных центров в административных округах Москвы, совершенствование наблюдения детей, выявляемых по неонатальному скринингу, с врожденным гипотиреозом и ВДКН с ведением регистров профильных заболеваний в ЕМИАС, продолжение ведения регистров по гипотифарному нанизму и преждевременному половому созреванию в ЕМИАС в Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», организация школ по профилактике ожирения во всех округах города на базе АПЦ ДЗМ.

### Внезапная смерть при патологии сосудов головного мозга у лиц молодого возраста

Пиголкин Ю.И., Шилова М.А., Глоба И.В.  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

В настоящее время ведущую позицию в смертности населения занимает смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых патология сосудов лиц молодого возраста представляет наибольший интерес для судебно-медицинской науки. Нашей целью явилось изучение предрасполагающих механизмов, которые участвуют в формировании сосудистой патологии у лиц молодого возраста и факторов, провоцирующих развитие внезапной смерти. Нами были изучены случаи внезапной смерти лиц до 39 лет за 2010—2014 годы. Развитие нетравматических разрывов аневризм сосудов головного мозга у лиц молодого возраста было обусловлено патологией интракраниальных и экстракраниальных артерий, разрыв которых происходил в результате резкого повышения артериального давления. Непосредственными причинами смерти являлись массивные субарахноидальные кровоизлияния с преимущественной локализацией на базальной поверхности головного мозга с прорывом крови в желудочковую систему мозга. В развитии сосудистых мальформаций выделяют: агенезия капилляров в эмбриональном периоде; задержка развития в эмбриональном периоде сосудистых связей между артериями и венами и сохранение примитивных первичных артериовенозных соединений, которые в норме трансформируются в капилляры; формирование артериовенозных пороков развития, а также локальные ангиобластические нарушения. В наших исследованиях при наличии мальформаций во всех случаях внезапной смерти и разрыву предшествовало резкое физическое напряжение: подъем тяжелых предметов, занятие высокоинтенсивной физической нагрузкой, спортивная деятельность. В ряде случаев при исследовании сосудов Виллизиева круга были обнаружены микроаневризмы, отражающие врожденный характер данной патологии. При патогистологическом исследовании сосудов головного мозга были обнаружены выраженные дефекты среднего слоя, отсутствие мышечной пластинки, стенка аневризмы представлена только внутренней пластинкой с хаотично переплетающимися коллагеновыми волокнами с признаками гиалиноза. В наших исследованиях в 87% случаев внезапной смерти были выявлены внешние и внутренние признаки ДСТ, представленные как изолированными стигмами, так и сочетанием их. Дисплазия соединительной ткани — генетически детерминированный системный процесс с прогрессирующим течением, который определяет несовершенное формирование тканей, органов, объемов и полостей. Данные патологии относятся к висцеральным признакам ДСТ. Таким образом, судебно-медицинская диагностика внезапной смерти лиц молодого возраста имеет большое значение не только для прогнозирования риска внезапной смерти, но и для выявления диспластико-зависимой патологии. Большая распространенность ДСТ в популяции является предпосылкой для дальнейшего изучения соматического статуса молодых лиц с выраженными признаками ДСТ и разработки критериев патоморфологической диагностики причин внезапной смерти у лиц молодого возраста.

### Питание при сердечно-сосудистых заболеваниях

Погожева А.В.  
Федеральный исследовательский центр питания питания и биотехнологии, Москва

Питание при сердечно-сосудистых заболеваниях А.В. Погожева ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва, РФ. В начале двадцать первого века сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной высокой смертности населения России. В России, так же как и в большинстве индустриально развитых стран, сердечно-сосудистые заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ), занимают первое место среди причин заболеваемости, инвалидизации населения, составляя около 55% от общей смертности. В связи с этим большое внимание уделяется профилактике и лечению этих заболеваний. С позиций возможной профилактики ССЗ наибольший интерес представляют факторы риска, подающиеся алиментарной коррекции: повышенный уровень общего холестерина в крови, триглицеридов, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, липопротеида (а), апоВ/апоА, общего гомоцистеина и С-реактивного белка, гипергликемия, АГ, ожирение, тромбогенные факторы, состояние системы ПОЛ-антиоксидантная защита и др. С целью профилактики ССЗ в КДЦ «Здоровое питание» по системе «Нутритест-ИП» проводилась диагностика факторов риска этой патологии. Гиперхолестеринемия была выявлена у 68,7% пациентов, гипергликемия — у 29,4%, избыточная масса тела — у 28,7%, а ожирение — у 34,8%.

Результаты исследований, проведенных в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», свидетельствуют о выраженных нарушениях структуры питания у больных с сердечно-сосудистой патологией: избыточном поступлении животного жира, холестерина (в 1,5 раза выше нормы, при этом соотношение НЖК/МНЖ/ПНЖК составляло 2,5:2:1, а соотношение ПНЖК омега 6/омега 3 равнялось 24) и ионов натрия. При этом у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечались неблагоприятные изменения пищевого статуса: недостаточная обеспеченность ПНЖК семейства омега 3, а также витаминами антиоксидантного ряда (А, Е, С, бета-каротином), селеном, флавоноидами, что может быть обусловлено как их недостаточным поступлением с рационом, так и повышенным расходом в условиях окислительного стресса. Прогрессирование заболевания сопровождается уменьшением степени обеспеченности этими биологически активными веществами. К настоящему времени диетология накопила большой опыт по использованию питания для лечения, профилактики, а также для реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Рацион питания таких пациентов состоит из традиционных и специализированных пищевых продуктов, а также биологически активных добавок к пище (диетических добавок). Применение с лечебной и профилактической целью таких алиментарных факторов, как ПНЖК омега 3, соевый белок, фитострогены, флавоноиды, витамины, макро- и микроэлементы, оказывает благоприятное влияние на клинические симптомы ИБС и АГ на фоне положительной динамики липидного спектра сыворотки крови, проявляющейся достоверным снижением содержания атерогенных фракций липидов, липопротеидов и величины коэффициента атерогенности, соотношения апоВ\апоА, коррекцией содержания в крови таких факторов коронарного риска, как гомоцистеин, ЛП (а), С-реактивный белок, нормализацией показателей гемостаза, гуморального и клеточного иммунитета, снижением уровня первичных и вторичных продуктов ПОЛ в плазме крови и эритроцитах на фоне активации ферментного и неферментного звеньев антиоксидантной защиты. Оценка эффективности диетологических воздействий включает в первую очередь изучение динамики клинических симптомов, антропометрических показателей, липидных и нелипидных факторов коронарного риска, гемодинамических, гемостатических, иммунных показателей, параметров системы ПОЛ-антиоксидантная защита и других патогенетических факторов сердечно-сосудистых заболеваний, подающихся алиментарной коррекции.

Таким образом, все большее распространение получает принципиально новый комплексный подход к оценке эффективности профилактики и лечения, основанный на исследовании состояния питания и пищевого статуса больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### **Диспансеризация и ее возможности в выявлении заболеваний**

Погосова Н.В., Филиппов О.В., Прохоренко Е.В.  
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Центр медицинской профилактики ДЗМ, Москва

Всего в диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2015 году приняли участие 67 государственных медицинских организаций города Москвы. В 2015 году диспансеризацию прошли 2 161 956 человек, из них мужчин — 928 468 (42,9%) и женщин — 1 233 488 (57,1%). Работающее население, прошедшее диспансеризацию, составило 1 352 716 человек (62,6%), неработающее — 683 314 (31,6%), студенты — 125 926 (5,8%). По результатам пройденной диспансеризации у каждого гражданина была установлена группа здоровья: 35,3% прошедших диспансеризацию были здоровы, 19,7% отнесены к группе высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (II группа здоровья) и 45% — пациенты с различными заболеваниями. По итогам I этапа выявлены показания и направлены на II этап диспансеризации 551 938 чел. (25,3% от прошедших первый этап), что существенно выше показателя 2014 года, когда на 2 этап было направлено 16,4%. В основной своей массе в административных округах Москвы эти показатели превысили 25%, максимальные показатели в ЮВАО — 33,9% и в ЮЗАО — 28,8%. По состоянию на 31.12.2015 г. полностью завершили II этап диспансеризации 521 103 человека, что составило 94,4% от направленных на него. По результатам II этапа средний процент выявления патологии составил 23,5% (в 2014 — 41,0%). Наиболее часто среди пациентов отмечались следующие факторы риска: нездоровое питание, низкий уровень физической активности, курение табака (у каждого пятого из прошедших диспансеризацию и более). Частота выявления каждого из факторов риска по результатам диспансеризации существенно ниже, чем реальная распространенность факторов риска по данным эпидемиологических исследований и данных Росстата. Особенно это касается повышенного уровня артериального давления (его распространенность не менее 40% взрослого населения), дислипидемии, избыточной массы тела, курения. Очевидно, необходима более тщательная фиксация факторов риска при проведении диспансеризации и регулярный контроль за показателями. В структуре зарегистрированных при проведении диспансеризации определенных групп населения в 2015 году преобладали болезни системы кровообращения. При прохождении диспансеризации определенных групп населения в 2015 году впервые выявлено 141 497 заболеваний, что составляет 6,2 случая заболеваний на 1000 человек, из них 102 785 заболеваний взяты на диспансерный учет, что составляет 72,6%.

### **Инновационные технологии медицинской реабилитации детей с травмой верхних и нижних конечностей**

Подгорная О.В., Выборнов Д.Ю., Тарасов Н.И., Рассулова М.А., Исаев И.Н., Вахова Е.Л., Кириллова Е.С.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

Около 80% всех повреждений при травмах составляют повреждения опорно-двигательного аппарата, а из них около половины — травмы верхних конечностей, поэтому вопросы своевременности оказания медицинской помощи и проведения реабилитационных мероприятий в полном объеме остаются

важнейшими задачами современного здравоохранения. Среди переломов верхних конечностей у детей достаточно распространенной травмой являются повреждения плечевой кости, возникающие вследствие падения или удара, резкого выкручивания руки в игре или борьбе, дорожно-транспортном происшествии, падении с высоты. В большинстве случаев заинтересованной областью является нижний отдел плеча, являющийся наиболее сложным в лечении и опасным в плане развития осложнений вследствие анатомических особенностей (сложной конфигурации кости, близости сосудов и нервов, склонностью к прогрессирующему отеку мягких тканей). Внесуставные и внутрисуставные переломы, сопровождаемые ограничением движений, вынужденным положением конечности, болью, отеком нижней трети плеча, требуют проведения оперативного лечения с дальнейшей иммобилизацией. Из общего числа травм нижних конечностей повреждения колennого сустава составляют 20%, при этом повреждения передней крестообразной связки (ПКС) регистрируются в 15%. Признанным золотым стандартом лечения повреждений колennого сустава является артроскопия, проводимая с целью диагностики и лечения. Высокая информативность, малая травматичность, современные артроскопические техники позволяют восстановить анатомию сустава, создать наиболее благоприятные условия для достижения наилучшего результата лечения, сокращения сроков нахождения пациента в стационаре и дальнейшей реабилитации. Медицинская реабилитация детей с повреждениями как локтевого, так и колennого суставов преследует целью максимально полное функциональное восстановление кости, суставов, окружающих тканей и функции конечности в целом, улучшение качества жизни ребенка. Программа реабилитации обследуемой группы детей включала ортопедическую коррекцию, медикаментозную терапию, современные технологии лечебной физической культуры в виде роботизированной механотерапии. Группу исследования составили 60 детей. Динамическая оценка ортопедического статуса позволила установить улучшение основных исследуемых показателей на фоне курса роботизированной механотерапии в виде снижения болезненности в более ранние сроки (на 5–7 дней), резорбции отека, восстановления контуров суставов у 88% детей основной группы. Функциональное тестирование регистрировало значительное восстановление объема пассивных и активных движений в пораженных суставах конечностей вплоть до нормативных значений у 4/5 детей основной группы к концу курса вследствие повышения эластичности мышечно-связочного аппарата суставов, установлено снижение проявлений мышечной гипотрофии в виде уменьшения разницы в объеме здоровой и травмированной конечности. По данным лазерной доплеровской флоуметрии после курса роботизированной механотерапии выявлена достоверная положительная динамика показателей микроциркуляции, свидетельствующая об улучшении активных и пассивных механизмов модуляции кровотока. В контрольной группе результаты исследуемых показателей были менее выражены. Таким образом, появившаяся возможность применения инновационных технологий роботизированной механотерапии в рамках программы медицинской реабилитации детей с травмой конечностей позволяет в значительно более ранние сроки достигнуть функционального восстановления травмированной конечности за счет дозированного растяжения окружающих сустав тканей, при участии заинтересованных в движении мышц в условиях их произвольного расслабления. Программное обеспечение аппаратов контролирует индивидуальные биомеханические параметры разработки, продолжительность процедуры, обеспечивает выбор функционально выгодного исходного положения конечности. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о целесообразности включения инновационных технологий медицинской реабилитации в программы лечения детей с травмой верхних и нижних конечностей.

## Алгоритмы диагностики и лечения пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны. Клинический разбор

Полунина Т.Е.  
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

В докладе предлагаются алгоритмы диагностики и лечения пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны, основанные на анализе результатов современных лабораторно-инструментальных исследований и направленные на персонализированный подбор лекарственной терапии.

## Использование программно-аппаратного комплекса для диагностики и динамического наблюдения за дерматозами и новообразованиями кожи

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Кочетков М.А., Львов А.Н., Фриго Н.В., Миченко А.В., Бобко С.И., Хлыстова Е.А.  
Московский центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Полный осмотр всей кожи пациента врачом дерматовенерологом имеет важное значение для постановки диагноза. Прогноз заболевания во многом определяет правильная диагностика и дальнейшая маршрутизация пациента. Отмечено, что при выявлении меланомы на ранних стадиях (pT1, pT2) путем хирургического лечения можно достигнуть 10-летнего безрецидивного периода в 80–90% случаев. Снижение смертности от этого заболевания в развитых странах связано с ранней диагностикой, своевременным лечением, выявлением лиц, входящих в группу риска, и лечением новообразований, являющихся предшественниками меланомы кожи, в частности, диспластических невусов (Артюнян Л. С., 2010). Основные принципы скрининга: важность медицинской проблемы, доступность метода диагностики, наличие эффективных методов лечения, экономическая целесообразность. Цель: разработка критериев для совершенствования скрининга групп риска и последующего динамического клинико-инструментального наблюдения пациентов с высоким риском развития злокачественных новообразований кожи у больных дерматозами. В центре создан и проходит испытания прототип программно-аппаратного комплекса, позволяющего производить динамическое клинико-инструментальное наблюдение за пациентами с дерматозами, меланоцитарными и немеланоцитарными образованиями на коже. Комплекс позволяет проводить неинвазивное сканирование кожи в ультрафиолетовом, видимом и инфракрасном диапазонах и проводить дерматоскопическое исследование выявленных новообразований. Полученная информация обрабатывается и хранится в базе данных, а в дальнейшем может быть обсуждена посредством дистанционного телемедицинского консультирования с узкопрофильными специалистами России, ближнего и дальнего зарубежья. В 2015—2016 гг. при помощи прототипа программно-аппаратного комплекса проведено клинико-лабораторное обследование 60 пациентов с различными дерматозами, имеющих меланоцитарные и немеланоцитарные новообразования на коже. В результате проведенной работы уточнен пошаговый алгоритм клинико-инструментального обследования пациентов. На основании полученных данных составлен «паспорт кожи пациента» с обозначением и описанием исследуемых и подозрительных образований. По результатам проведенных исследований в 28% наблюдений при первичном обследовании у дерматовенеролога по поводу различных дерматозов выявлены меланоцитарные и немеланоцитарные образования, требующие динамического наблюдения. За наблюдаемый период (2015-2016 гг.) по результатам динамического наблюдения признаков озлокачествления образований в наблюдаемой группе не выявлено. В исследуемой группе (60 человек) не удалось выявить четкой зависимости между нозологической формой дерматоза и выявлением тех или иных предикторов озлокачествления

образований. Необходимо расширение границ выборки, а также дальнейшее динамическое наблюдение за пациентами исследуемой группы. Усовершенствование конструкции программно-аппаратного комплекса в части быстродействия, стабильности работы и совершенствования программного обеспечения позволит существенно снизить временные затраты на обследование пациента.

## Диагностика ишемической болезни сердца у больных с гипертрофической кардиомиопатией в аспекте взаимосвязи с факторами риска коронарного атеросклероза и результатами инструментальных исследований

Потешкина Н.Г., Ковалевская Е.А., Крылова Н.С., Хашиева Ф.М., Самсонова И.В., Дорофеева Е.Ю., Ванюков А.Е.  
Городская клиническая больница №52, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Диагностика ИБС у больных с ГКМП представляет трудную задачу в связи с нередким наличием ангинозного синдрома в клинической картине ГКМП без атеросклеротического поражения коронарных артерий. В то же время наличие сопутствующей ИБС при ГКМП, по данным исследований, способствует прогрессированию хронической сердечной недостаточности (ХСН) и ухудшает прогноз у больных.

Цель: выявить клинико-инструментальные параметры, ассоциированные с наличием сопутствующей ИБС у больных ГКМП. Материалы и методы: из 80 больных ГКМП отобраны 38 (47,5%) пациентов с признаками ишемии миокарда по данным нагрузочного ЭКГ-теста и/или ХМ ЭКГ. Среди них 5 (13,2%) мужчин и 33 (86,8%) женщины в возрасте от 47 до 78 лет (средний возраст 65±9,9 года). С целью верификации ИБС всем пациентам выполнена коронароангиография (КАГ), по результатам которой больные разделены на 2 группы: 1 группа — больные ГКМП с сопутствующей ИБС — 12 (32%) человек, 2 группа — ГКМП без ИБС — 26 (68%) человек.

Результаты: группы больных были сопоставимы по полу (17% мужчин в 1 группе и 13% во 2 группе,  $p=0,8$ ) и возрасту (средний возраст 67,8±9,3 года и 63,7±10 года соответственно,  $p=0,3$ ). Не было достоверных отличий в клинической картине у пациентов: в обеих группах наблюдалась одышка у 92 и 64% ( $p=0,8$ ), стенокардия у 100 и 89% ( $p=0,5$ ), сердцебиения у 42 и 72% ( $p=0,2$ ), синкопальные состояния у 17 и 8% ( $p=0,8$ ) больных в 1-й и 2-й группах соответственно. Функциональный класс ХСН (ФК ХСН) по NYHA был несколько выше у больных с сопутствующей ИБС (2,5±0,5 против 2,0±0,5 при  $p=0,06$ ). Показатели факторов риска ИБС достоверно не отличались между 1-й и 2-й группами: уровень ХС составил 5,1±1,1 ммоль/л и 5,1±1,6 соответственно ( $p=0,9$ ), ХС ЛПНП 3,0±1,5 ммоль/л и 3,23±0,9 ( $p=0,7$ ). Избыточная масса тела и ожирение имелись у 66,7% больных первой и 41,7% второй группы ( $p=0,7$ ), среднее значение ИМТ 29,1±5,7 кг/см<sup>2</sup> и 28,5±4,5 кг/см<sup>2</sup> соответственно ( $p=0,9$ ). Две группы не различались по количеству курящих ( $p=0,7$ ), а также по сопутствующей артериальной гипертензии (АГ) ( $p=0,9$ ) и сахарному диабету ( $p=0,8$ ). Однако уровень максимального повышения артериального давления (АД) был достоверно выше в группе больных ГКМП с ИБС (211±33 против 184±28 мм рт.ст.,  $p=0,02$  для систолического АД) с наличием положительной корреляционной взаимосвязи  $r=0,4$  при  $p=0,01$ . В 1-й группе чаще регистрировался отягощенный семейный анамнез по наличию ИБС (4% против 75% случаев,  $p=0,01$ ), что подтвердилось наличием корреляционной взаимосвязи  $r=0,74$  при  $p<0,000001$ . По данным ЭхоКГ, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) оказалась одинаковой в обеих группах — 18,4±3,8 см против 18,9±4,3 см ( $p=0,8$ ), но отмечалось достоверное различие в толщине задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) — 15,2±2,7 см против 12,8±3,5 см ( $p=0,006$ ) соответственно. Не было достоверных различий по наличию обструкции выносящего тракта ЛЖ (ОВЛЖ) (42% против 27%,  $p=0,2$ ), глобальной сократительной способности сердца (фракция выброса

ЛЖ 63,7±6,1% против 67,1±4,2%,  $p=0,2$ ) и нарушению локальной сократимости ( $p=0,4$ ). Обнаружена корреляция между толщиной ЗСЛЖ и наличием ИБС:  $r=0,46$  при  $p=0,004$ . По данным КАГ, у больных с сопутствующей ИБС выявлены следующие варианты поражения коронарного русла: многососудистое поражение коронарных артерий — 3 больных (25%), поражение ствола ЛКА у 2 пациентов (16,7%), двухсосудистое поражение у 2 больных (16,7%), однососудистое — у 5 человек (33,3%). Мышечные мостики над коронарными артериями выявлены 12% в 1-й группе и 16% — во 2-й ( $p=0,8$ ). Замедление антеградного кровотока по коронарным артериям описано у половины пациентов 1-й группы и у 35% — во 2-й ( $p=0,5$ ).

Выводы: частота сопутствующей ИБС среди обследуемой когорты больных ГКМП составила 15%. Анализ традиционных факторов риска ИБС у больных ГКМП позволил установить взаимосвязь ИБС только с наличием отягощенного по коронарному атеросклерозу семейного анамнеза и степенью артериальной гипертензии. Пациенты ГКМП с сопутствующей ИБС отличались более выраженной гипертрофией ЛЖ за счет толщины задней стенки, а также тенденцией к увеличению класса ХСН. У больных ГКМП с положительными результатами нагрузочного теста сопутствующая ИБС выявлена в 32% случаев. Таким образом, нагрузочные ЭКГ-тесты не позволяют верифицировать наличие ИБС у больных ГКМП, а могут быть использованы лишь для последующего отбора больных для проведения КАГ.

### **Работа экстренных консультативных инфекционных бригад скорой медицинской помощи в период эпидемии ОРВИ и гриппа**

Проскура Л.Н., Кадышев В.А.  
Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Работа с больными ОРВИ и гриппом — важный аспект деятельности экстренных консультативных инфекционных бригад (ЭКИБ) ССиНМП Москвы. Нагрузка и профиль их вызовов определяются эпидемической ситуацией в городе.

Цель: провести анализ эпидсезонов ОРВИ и гриппа 2-х последних лет с выявлением различий, сравнением нагрузки, профиля вызовов ЭКИБ.

Материалы и методы: в эпидсезон 2015–2016 гг. нагрузка на ЭКИБ возросла на 37,0% за счет увеличения количества вызовов с подозрением на ОРВИ. В 2014–2015 гг. рост вызовов начался в январе 2015 г. с пиком в феврале 2015 г. (409 вызовов), а зимой 2015–2016 гг. увеличение количества вызовов началось в декабре 2015 г. с пиком в январе 2016 г. (670 вызовов). Уменьшение (74–23,6%) количества вызовов в феврале 2016 г. (240 вызовов) объясняется открытием отделений для лечения больных ОРВИ и гриппом в многопрофильных стационарах Москвы и меньшей обращаемостью за консультацией к ЭКИБ. Подъем заболеваемости ОРВИ и гриппом в 2015–2016 гг. начался на 1 месяц раньше, чем в 2014–2015 гг.

Результаты: количество вызовов в 2015–2016 гг. (788 случаев) в 3,3 раза превысило аналогичный показатель эпидемического сезона 2014–2015 гг. (236 случаев). На пике эпидемического подъема 2014–2015 гг. доля вызовов с подозрением на ОРВИ составила 27,4% (112 вызовов), а в 2015–2016 гг. 46,9% (314 вызовов). Статистика вызовов бригад СМП и врачей отделений неотложной медицинской помощи (ОНМП) согласуются: в январе 2016 г. количество обращений за СМП было на 20% больше, чем в аналогичный период 2015 г. Средняя нагрузка на врачей ОНМП была высокой: 26–28 вызовов в сутки к взрослым и 26–36 к детям в разные недели января 2016 г. Максимум нагрузки на бригады СМП пришелся на конец января, с официальным объявлением об эпидемии ОРВИ и гриппа. В феврале 2016 г. количество обращений сравнялось, и было меньше, чем в феврале 2015 г. Объясняется это ранним эпидемическим подъемом заболеваемости ОРВИ и гриппом в 2016 г. Когда в феврале

2016 г. заболеваемость начала снижаться, в этот период 2015 г. она только достигла максимума. Диагноз гриппа врачами ЭКИБ устанавливался на основании типичной клинической картины, эпидемиологического анамнеза, результатов лабораторных исследований (склонность к лейкопении, тромбоцитопении), положительных результатов экспресс-теста на грипп. Данные оценивались комплексно. Отрицательный результат экспресс-теста на грипп не являлся поводом для исключения диагноза «грипп». Правильность такого подхода была подтверждена при дальнейшем дообследовании больных. В ряде случаев при отрицательном результате экспресс-теста на грипп, исследование носоглоточной слизи (РНИФ, ПЦР) было положительным. Диагноз «грипп» установлен зимой 2014–2015 гг. в 68 случаях, ОРВИ — в 90, а в эпидемический сезон 2015–2016 гг. — в 276 и 244 случаях соответственно. Количество больных с осложнениями (пневмонией), было больше зимой 2015–2016 гг.: 146 (52,9%) против 27 (39,7%). Половина пациентов с пневмониями (51,9% в 2014–2015 гг. и 52,7% в 2015–2016 гг.) имели признаки тяжелой дыхательной недостаточности II–III степени (ДН), нуждались в лечении в отделениях интенсивной терапии и реанимации. Случаи пневмоний при гриппе развивались на 4–6-й день болезни и рентгенологически отличались от пневмоний бактериальной природы. В 2015–2016 гг. количество ОРВИ и гриппа в 3,3 раза превышало таковое в предыдущий сезон. В 2014–2015 гг. преобладали случаи гриппа, вызванные вирусом типа АН3N2, а в 2015–2016 гг. — вирусом типа АН1N1. Тяжесть течения ОРВИ и гриппа зависела от возраста пациентов: чем старше возрастная группа, тем чаще развивались пневмонии и тяжелее протекали. Реже осложнение пневмонией возникало в возрасте до 30 лет и чаще у людей старше 60 лет. Тяжелая ДН имела место в старшей возрастной группе из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, реже всего у лиц до 30 лет. Грипп протекал тяжелее ОРВИ, чаще осложнялся пневмонией в 3,6 раза и тяжелой ДН в 19,2 раза. Выводы: эпидемический сезон 2015–2016 гг. был более неблагоприятным, чем 2014–2015 гг., и эпидемический подъем начался раньше. Количество случаев гриппа было больше, течение заболевания более тяжелым. Грипп и ОРВИ протекали тяжелее и чаще осложнялись пневмонией, тяжелой ДН у людей старшей возрастной группы.

### **Показатели экспоненциального уравнения после нагрузочного восстановления сердечного ритма — чувствительные индикаторы интенсивности нагрузки и работоспособности юных спортсменов**

Прусов П.К., Иусов И.Г.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

Актуальность. Оценке восстановления сердечного ритма после физических нагрузок придается важное значение как в клинике, так и в спорте. Установлена надежность экспоненциального уравнения в описании после нагрузочной динамики сердечного ритма (Savin et al., 1982; Perini et al., 1989). Однако недостаточно изучена зависимость величины параметров и особенно статистических показателей обуславливаемого уравнения в зависимости от интенсивности нагрузки и их значение для оценки физического напряжения и работоспособности.

Цель. По данным экспоненциального уравнения изучить характер восстановления сердечного ритма в быструю фазу после разных по мощности велоэргометрических нагрузок, возрастающих до отказа. Установить возможности показателей экспоненциального уравнения для оценки интенсивности нагрузки и прогнозирования физической работоспособности (аэробных возможностей) по данным тестирования на определенной мощности нагрузки. Материалы и методы. Под наблюдением находились 24 юных спортсмена 13–18 летнего возраста, разной направленности тренировочного процесса, со спортивной квалификацией I–II разряд, у которых в зависимости от величины предшествующей

4-минутной велоэргометрической нагрузки изучался характер динамики сердечного ритма в 3-минутные восстановительные периоды. Начальная мощность нагрузки составляла 1,0 Вт/кг, при последующем увеличении на 0,5 Вт/кг до момента отказа от работы. Показатели пульса регистрировали на системе Polar RS800 непрерывно. Учитывалась продолжительность каждого сердечного сокращения и выражалась в относительных величинах к частоте пульса окончания предшествующей нагрузки. Для математического описания динамики пульса в восстановительном периоде использовалась экспоненциальная модель уравнения типа  $Y = a_0 + a_1 * \text{EXP}(a_2 * t)$ , где  $a_0$ ,  $a_1$ ,  $a_2$  — коэффициенты или параметры уравнения,  $t$  — время в мин после прекращения нагрузки. При анализе учитывались также статистические показатели уравнения. Интенсивность выполняемой работы рассчитывали по отношению мощности нагрузки или потребления  $O_2$ , зарегистрированных на определенной ступени нагрузки к результатам максимальных величин.

Результаты. Установлена значимость комплекса анализируемых показателей экспоненциального уравнения для определения уровня интенсивности выполняемой нагрузки от максимального и прогнозирования аэробных возможностей работоспособности, для этих целей разработаны многопараметрические уравнения. В данных случаях множественные коэффициенты корреляции имели высокий уровень значимости, составляя 0,85 и 0,92 ед. Наибольшее значение для прогнозирования имели показатели остаточной дисперсии, ее доля к общей дисперсии, параметр  $A_2$  экспоненциального уравнения, относительный показатель частоты пульса через 0,5 мин к таковому, определяемому через 3 мин восстановления (OPS05.3).

Выводы. Экспоненциальная модель уравнения является надежным инструментом описания характера изменения у юных спортсменов не только частоты, но и вариабельности сердечного ритма в срочном периоде восстановления после физических нагрузок. Величины параметров и статистических показателей экспоненциальной модели уравнения имеют прикладное значение для установления интенсивности нагрузки и прогнозирования аэробных возможностей организма.

### ДГПЖ, стандарты хирургического лечения

Раснер П.И., Пушкарь Д.Ю.  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Операции по поводу ДГПЖ — одни из наиболее распространенных хирургических вмешательств у пожилых мужчин. В среднем 30% мужчин в течение жизни переносят ту или иную операцию по поводу этого заболевания. Существуют общепринятые показания к оперативному лечению ДГПЖ. К ним относятся выраженная инфравезикальная обструкция, неэффективность предшествующей медикаментозной терапии, выраженная симптоматика, наличие осложнений ДГПЖ, интермиттирующая макрогематурия, большое количество остаточной мочи, рецидивирующая задержка мочеиспускания. ТУР предстательной железы — золотой стандарт оперативного лечения ДГПЖ. Применяется при объеме простаты от 30 до 80 см<sup>3</sup>. В отдельных клиниках, располагающих большим опытом выполнения ТУРП, верхняя граница объема простаты, подлежащей ТУРП, может повышаться до 120 см<sup>3</sup>. Метод эффективен у 80% пациентов. Результатом этой операции является увеличение максимальной скорости потока мочи на 163%, снижение балла IPSS на 70% и балла QoL на 69%. Количество остаточной мочи уменьшается на 77%. Имеются данные исследований эффективности ТУРП с продолжительностью наблюдения за пациентами более 20 лет. Ни один другой метод не имеет столь убедительной доказательной базы. Радикальность выполнения ТУРП определяет риск необходимости повторного вмешательства. В среднем этот риск составляет 1–2% в год. На примере более чем 20 000 пациентов было продемонстрировано, что повторная операция (реТУРП, уретротомия или резекция шейки мочевого пузыря) потребовалась 5,8, 12,3 и 14,7% пациентов через 1 год, 5 и 8 лет наблюдения.

Биполярная трансуретральная резекция простаты — одна из модификаций традиционной трансуретральной резекции простаты с применением биполярной плазموкинетической технологии. Техника выполнения оперативного вмешательства идентична монополярной трансуретральной резекции простаты. Отличия состоят в том, операция выполняется в физиологическом растворе, а энергия не проходит через тело пациента, распространяясь между двумя полюсами на петле (истинная биполярная резекция) или петлей и тубусом резектоскопа (псевдобиполярная резекция). Отдельными публикациями поддерживается мнение о чуть более выраженном коагуляционном эффекте и лучшей безопасности биполярного ТУРП у пациентов с повышенной кровоточивостью и/или использующими кардиостимуляторы. В большинстве исследований эффективность биполярного ТУРП равна такой у монополярного. Открытая аденомэктомия (чреспузырная, позадилоная, промежностная) описана более 100 лет назад и по-прежнему актуальна у пациентов с большим объемом предстательной железы (>80–100 см<sup>3</sup>). При высокой эффективности этот вариант оперативного вмешательства наиболее травматичный и сопряжен с высоким риском осложнений. Выраженность СНМП после операции снижается на 63–86% (балл IPSS с 12,5–23,3), балл QoL уменьшается на 60–87%, максимальная скорость потока мочи возрастает на 375% (+16,5–20,2 мл/с), а объем остаточной мочи снижается на 86–98%. Эффект операции стойкий, рецидивы регистрируются очень редко и в основном являются «ложными» (обусловлены разрастанием резидуальной аденоматозной ткани, не удаленной в ходе первой операции. Смертность после этой операции менее 1%, частота гемотрансфузии — 7–14%, вероятность недержания мочи — до 10%, склероз шейки мочевого пузыря и стриктуры уретры регистрируются у 6% пациентов. Современные лазерные технологии: гольмиевая энуклеация (HoLEP), лазерная резекция аденомы предстательной железы, вапоризация аденоматозной ткани с помощью лазера с «зеленым» излучением (с длиной волны 532 нм) или диодным лазером, энуклеовапоризация с помощью тулиевого лазера позволяют достичь эффекта, аналогичного открытой аденомэктомии, однако сопровождаются значительно меньшим количеством послеоперационных осложнений. Отдаленные результаты 5- и 7-летних исследований демонстрируют результаты, сравнимые с ТУРП. Это утверждение правомочно также в отношении частоты повторных операций, риска и характера осложнений.

### Применение срочной дистанционной литотрипсии в лечении камней мочеточника в условиях отделения ургентной урологии

Редькович В.И., Москаленко С.А., Борисик А.В.  
Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева, Москва

В настоящее время порядка 40% всех пациентов отделения ургентной урологии составляют больные с мочекаменной болезнью и 90% из них — это пациенты с камнями различных отделов мочеточника. Несмотря на высокую эффективность консервативной терапии при камнях мочеточника размерами менее 6 мм (до 70%), данный вид лечения требует продолжительного периода наблюдения (от 14 до 60 дней), в течение которого возможно возникновение ряда осложнений, связанных с миграцией камня. При камнях мочеточника размером более 6 мм эффективность консервативной терапии не превышает 28%. В связи с этим применение малоинвазивных методов лечения камней мочеточника в условиях оказания экстренной медицинской помощи является актуальным. В отделение экстренной урологии ГБУЗ «ГКБ № 57» за период с 09.2013 по 06.2016 поступило 2143 пациента с диагнозом «мочекаменная болезнь» из них 1908 (89%) по экстренным показаниям с некупирующейся почечной коликой и обструктивным пиелонефритом. В течение 24–48 часов пребывания пациента в отделении проводился весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий, направленных на восстановление оттока мочи и купирование острого пиелонефрита. Показанием к проведению

срочной дистанционной литотрипсии камня мочеоточника являлось отсутствие эффекта от консервативной терапии, противопоказанием: острый пиелонефрит, невозможность локализации (визуализации) камня, наличие сопутствующих заболеваний препятствующих проведению дистанционной литотрипсии. Дистанционная литотрипсия проведена у 892 пациентов по срочным показаниям в течение 24–48 часов с момента госпитализации. Размеры камней варьировали от 5 до 14 мм (средний размер 7,4 мм). Преимущественно камни располагались в нижней трети мочеоточника — 532 пациента (59,6%), камни верхней трети мочеоточника наблюдались у 268 пациентов (30%) и только у 92 (10,4%) в средней трети мочеоточника. Лечение проводилось на литотриптере Sonolith I-SYS фирмы ЭДАП под рентгеновизуальным наведением 549 и 23 операции под ультразвуковым наведением. При камнях интрамурального отдела мочеоточника дистанционная литотрипсия проводилась под ультразвуковым наведением на литотриптере Компакт-УР 01-У-«ЛГК» — 320 пациентам. Преимуществом данного аппарата является высокая эффективность (сверхмалый фокус ударной волны), отсутствие бокового эффекта и, как следствие, отказ от обезболивания. При проведении литотрипсии на литотриптере Sonolith I-SYS проводилось внутривенное обезболивание. Продолжительность сеанса лечения на обоих аппаратах не превышала 60 минут. Количество импульсов за сеанс лечения варьировало в зависимости от размера и расположения камня от 1000 до 3000 импульсов. Эффективность лечения оценивалась на основании рентгенологического и ультразвукового обследования, а также по данным субъективной оценки пациентом отхождения фрагментов камня. Эффективным считалось лечение при фрагментации камня до частиц, способных к самостоятельному отхождению (менее 4 мм). В целом срочная дистанционная литотрипсия камней мочеоточника в 94,8% была эффективна. Основными факторами, влияющими на фрагментацию камня, и, как следствие, результат лечения, являлся размер камня и его расположение. Так, при камнях нижней трети эффективность составила 97,2%, при камнях верхней трети 94% и средней трети лишь 83,7%. Применение всего комплекса медикаментозного лечения, включая инфузионную терапию и физиотерапию, позволило уже на госпитальном этапе избавиться более 85% пациентов от фрагментов разрушенного камня, при этом средний послеоперационный койко-день составил 5,4 дня. Из 892 пациентов у одного пациента (0,1%) на фоне отхождения фрагментов камня течение послеоперационного периода осложнилось острым обструктивным пиелонефритом. Таким образом, выполнение срочной дистанционной литотрипсии при камнях различных отделов мочеоточника является высокоэффективным методом лечения, позволяющим за короткий срок пребывания больного в стационаре не только купировать почечную колику, но и избавиться пациента от камня.

## Результаты лечения приапизма в условиях экстренного урологического отделения ГКБ №57

Редькович В.И., Хромов Р.А., Косарев Д.А., Мирзонаботов Х.С.  
Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева, Москва

В ГБУЗ «ГКБ №57» с 2012 г. по 2016 г. пролечено 37 больных с приапизмом. Среди них 3 случая артериального приапизма и 34 ишемического. Методы обследования больных: анамнез, физикальное обследование, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Дифференциальная диагностика ишемического и артериального приапизма проводилась при помощи газометрии пенильной крови. В качестве альтернативы анализу газового состава крови возможно применять цветное дуплексное ультразвуковое сканирование полового члена и промежности, что выполнялось в отдельных случаях. Наиболее часто встречался идиопатический приапизм — 65% больных. В 20% случаев приапизм развился на фоне хронической алкогольной или наркотической интоксикации. У 15% пациентов патологическая эрекция возникла на фоне

самостоятельных интракавернозных инъекций вазоактивных лекарственных средств — папаверина и простогландина E1 (каверджекта), а также введения в кавернозные тела новокаина (при нарушении техники местной анестезии) или наркотических средств. Чрезвычайно важным в прогностическом отношении является длительность приапизма до начала лечебных мероприятий. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке в разные сроки после начала заболевания. В течение первых сут. после развития приапизма госпитализировано 11 пациентов, через 1–3 сут. — 17 больных и спустя более чем 3 сут. — 6 больных. Таким образом, лишь менее трети больных поступало в ранние сроки после начала заболевания, а большинство были госпитализированы позднее, чем через сутки, что, безусловно, является неблагоприятным фактором в отношении прогноза сохранения эректильной функции и развития осложнений. Всем пациентам, поступающим в первые сутки заболевания, первым этапом выполнялась пункция и отмывание кавернозных тел растворами адреномиметиков (адреналин, мезатон) и гепарина, при рецидиве ишемического приапизма накладывался спонгиокавернозный шунт по методике Al-Ghorab. В случае повторного рецидива патологической эрекции выполнялся сафенокавернозный анастомоз по методике Grayhack. Пациентам, поступающим в сроки более 1-х сут от начала заболевания, первым этапом накладывался спонгиокавернозный шунт по методике Al-Ghorab. В случае повторного рецидива патологической эрекции выполнялся сафенокавернозный анастомоз по методике Grayhack. Пациентам с диагностированным артериальным приапизмом проводилась селективная ангиография с суперселективной эмболизацией в 2-х случаях, и в одном случае пациент, несмотря на выявленную артериовенозную фистулу, от проведения эмболизации отказался. Послеоперационных осложнений во всех случаях оперативного лечения приапизма не отмечено. Проведен ретроспективный анализ эректильной функции у 14 пациентов после перенесенного приапизма.

## Инфекция *Clostridium difficile* в многопрофильном стационаре

Родионов Б.А., Лысенко М.А., Журавлева М.В., Потешкина Н.Г., Андреев С.С., Илюхина Н.Н., Попкова Л.В.  
Городская клиническая больница №52, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Важнейшим госпитальным патогеном, вызывающим диарею, является инфекция *Clostridium difficile* (CDI). *Clostridium difficile* — облигатно анаэробная грамположительная спорообразующая бактерия. CDI может проявляться в форме антибиотик-ассоциированной диареи, клостридиального колита и псевдомембранозного колита. В основе патогенеза различных форм CDI лежит размножение *C. difficile* в условиях дисбиоза, вызванного применением антимикробных средств, и продукция токсин: энтеротоксина (токсин А), цитотоксина (токсин В) и фактора, угнетающего перистальтику кишечника. Увеличение распространенности CDI обусловлено высокой устойчивостью спор бактерии в окружающей среде (в том числе к спиртосодержащим антисептикам), широким применением антибактериальных препаратов и средств, подавляющих желудочную секрецию (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H2-гистаминовых рецепторов). Увеличение риска неблагоприятных исходов связано с распространением гипerviruлентных штаммов (в частности, ПЦР-риботип BI/NAP1/027) и ростом числа пациентов с факторами риска тяжелого течения CDI. К таким факторам относят иммуносупрессию, контакт с отделениями реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и рецидивирующее течение клостридиального колита, а также возраст старше 65 лет. В ГКБ №52 проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование, которое продемонстрировало: только за первое полугодие 2016 года у 167 пациентов зарегистрирована тяжелая CDI, потребовавшая назначения ванкомицина,

тогда как количество зарегистрированных случаев тяжелой CDI в 2014 году было 192, а в 2015 году — 165. Средний возраст пациентов составил  $69 \pm 13,6$  года. Наибольшее число случаев отмечено в отделениях нефрологии (32,9%), терапии (26,9%) и ОРИТ (25,7%). Средняя длительность госпитализации пациента с тяжелой CDI составила  $21 \pm 10,5$  койко-день, в то время как средняя продолжительность госпитализации в ГКБ №52 — 6,1 койко-дня. Летальность составила 32,7% (53 человека из 162). Значительно увеличился риск развития тяжелой CDI у пациентов, находившихся в ОРИТ более 1 суток, — 57,5% (96 пациентов из 167), а также наблюдалось повышение числа неблагоприятных исходов вследствие CDI — 50% (48 пациентов из 96). Учитывая полученные эпидемиологические данные, на основе рекомендаций Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) и Европейского общества по клинической микробиологии и инфекционным болезням (ESCMID) в ГКБ №52 разработан и внедрен алгоритм диагностики и лечения CDI, а также проведены занятия с врачами всех специальностей. Алгоритм регламентирует клинико-лабораторный минимум диагностики при подозрении на CDI, состоящий из блока лабораторных анализов, инструментальных методов исследования, в зависимости от которого проводится оценка тяжести течения CDI и осуществляется выбор антимикробной терапии. Регламентируются противозидемические мероприятия: изоляция пациента с CDI, применение одноразовых перчаток, мытье рук с мылом после каждого контакта с пациентом и окружающими его предметами. Результатом проведенных мероприятий стало увеличение осторожности врачей относительно клостридиальной инфекции, что проявилось увеличением числа диагностированных CDI в июле—августе 2016 г. на 31,3% по сравнению с первым полугодием 2016 года, увеличением числа исследований, направленных на диагностику CDI, увеличилась комплаентность врачей ГКБ №52 в соблюдении разработанного диагностического и лечебного алгоритма. В перспективе это должно послужить уменьшению распространения, заболеваемости и соответственно смертности от инфекции, ассоциированной с *Clostridium difficile*. Выводы: 1. CDI актуальная нозокомиальная инфекция, приводящая к росту летальности и длительности госпитализации. 2. Основные факторы риска тяжелого течения и неблагоприятного исхода CDI — пожилой возраст и контакт с ОРИТ. 3. Образовательные мероприятия, внедрение лечебно-диагностических алгоритмов улучшают диагностику CDI, обеспечивают правильную стратегию лечения, что в перспективе улучшает прогноз.

### Артериальная гипертония

Рунихина Н.К., Ткачева О.Н., Котовская Ю.В.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

Численность людей старше 80 лет растет быстрее, чем какой-либо другой возрастной группы, а ожидаемая продолжительность жизни этих людей за последние 50 лет выросла на 50%. Лечение АГ у лиц в этом возрасте заслуживает отдельного обсуждения. Кроме того, заболеваемость и распространенность сопутствующих заболеваний, потеря способности к самообслуживанию существенно возрастает после 80 лет. В 2013 г. рекомендации Европейского общества по АГ и Европейского общества кардиологов по ведению АГ выделили группу пациентов 80 лет и старше, установив для них особые уровни АД для начала антигипертензивной терапии и целевого АД, и ввели разделение пациентов пожилого возраста на «сохранных» и «хрупких» (т.е. с синдромом старческой астении, ССА) [Mancia G., 2013]. Клинически ССА характеризуется такими симптомами, как похудание; нарушение походки; снижение мышечной силы, развитие когнитивных расстройств, утрата прежних жизненных интересов; низкий уровень двигательной активности [Fried L.P., 2001]. Полная диагностика ССА основывается на комплексной гериатрической оценке. Результаты ряда исследований указывают на потенциальное влияние ССА на исходы у пациентов

с АГ. Например, имеются данные о том, что систолическое АД у пациентов с большей скоростью ходьбы коррелирует со смертностью, в то время как такая взаимосвязь отсутствует у пациентов с медленной скоростью ходьбы [Odden MC, 2012]. В исследовании в Миланской гериатрической популяции более высокое систолическое АД ассоциировалось с более низкой смертностью среди лиц в возрасте  $\geq 75$  лет и когнитивной дисфункцией [Ogliari G, 2015]. Смертность у пациентов старше 80 лет с систолическим АД  $< 130$  мм рт. ст., получавших  $\geq 2$  антигипертензивных препаратов, была выше по сравнению с теми, кто получал 1 или ни одного антигипертензивного препарата [Benetos A., 2015]. В другом исследовании более выраженное снижение когнитивных функций отмечалось у пожилых пациентов, получавших антигипертензивную терапию и систолическим АД  $< 128$  мм рт. ст., а у пациентов, не получавших антигипертензивную терапию такой уровень систолического АД не ассоциировался с худшими когнитивными функциями [Mossello E., 2015]. Для престарелых хрупких пациентов до назначения лечения следует сопоставлять преимущества (в том числе, и сохранение способности к самообслуживанию) и риски, ассоциированные с антигипертензивной терапией. Эти пациенты подвержены риску событий, связанных не только с гипертонией, но и с гипотонией. Низкое АД, как и ортостатическая гипотония могут быть связаны с обмороками, падениями, а значит, с травмами и переломами. Анализ большой базы данных реальной практики показал значительное увеличение числа госпитализаций по поводу перелома шейки бедра в течение 30 дней после начала антигипертензивной терапии [Corrao G, 2015]. Назначение медикаментозной антигипертензивной терапии у пациентов  $\geq 80$  лет рекомендуется при систолическом АД  $\geq 160$  мм рт. ст. Медикаментозная терапия назначается при условии, что пациенты находятся в хорошем физическом и психическом состоянии. Современные руководства устанавливают целевые значения систолического АД  $< 150$  мм рт. ст. [Mancia G 2013], однако ничего не упоминают о безопасном уровне АД. Это вопрос очень важен, т.к. в группе  $\geq 80$  лет низкие значения АД ассоциированы с повышением заболеваемости и смертности. Пожилым пациентам  $\geq 60$  лет рекомендуются те же антигипертензивные препараты, что и пациентам более молодого возраста. За исключением тех случаев, когда имеются определенные клинические состояния (стенокардия, предшествующий инфаркт миокарда, сердечная недостаточность), польза применения бета-адреноблокаторов остается спорной. Принимая во внимание, что пациенты пожилого возраста относятся к группе высокого риска нарушения функции почек при терапии блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, назначение и лечение этими препаратами должно проводиться под тщательным контролем функции почек. Таким образом, при решении о назначении антигипертензивной терапии пациентам  $\geq 80$  лет с ССА необходимо: получение достоверных данных о функциональном состоянии и когнитивном статусе, внимание к многократному применению лекарств, характерному для лиц этого возраста, оценка тяжести старческой астении, выявление и предотвращение чрезмерного снижения АД, ортостатической гипотонии и осложнений, связанных с гипотонией, решение врача о начале лечения у хрупких пациентов должно приниматься очень осторожно (начало с низких доз и монотерапии), пациент должен находиться под тщательным наблюдением.

### Частота хронических заболеваний кишечника с СРК — подобными проявлениями в группе больных синдромом раздраженного кишечника

Ручкина И.Н., Парфенов А.И.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Москва

Синдром раздраженного кишечника (СРК) относится к функциональным заболеваниям кишечника. Для его диагностики используются клинические Римские критерии. В последние годы ряд авторов в своих публикациях отмечают, что часть заболеваний кишечника имеют СРК-подобные проявления, приводящие к

несвоевременной диагностике органической патологии кишечника, неадекватной терапии и снижению трудоспособности больных. Цель работы: изучить частоту хронических заболеваний кишечника, имеющих СРК-подобные проявления среди больных с функциональной патологией кишечника.

Задачи: 1. Проанализировать больных СРК на соответствие диагноза Римским критериям III; 2. Выявить группу больных СРК, диагноз которых соответствует Римским критериям III, с рефрактерным течением к терапии; 3. Провести инструментальное обследование для установления заболеваний кишечника, имеющих СРК-подобное течение.

Материал и методы. Обследовано 240 больных с диагнозом СРК, установленном на основании Римских критериев III врачами амбулаторного звена. Возраст больных в среднем составил  $43 \pm 2,5$  года, в обследуемой группе преобладали женщины. Показанием для стационарного лечения являлось отсутствие эффекта от терапии. При анализе клинических проявлений заболевания у 25,4% больных — диагноз не соответствовал Римским критериям, и при обследовании выявлены другие заболевания органов пищеварения. У 74,6% больных симптомы заболевания соответствовали Римским критериям III. В результате инструментального обследования данной группы больных установлены диагнозы: у 11 пациентов — дивертикулярная болезнь, у 13 — спаечная болезнь брюшной полости, у 9 больных — долихосигма, функциональный запор, у 8 — вторичная лактазная недостаточность, у 1 — холерная диарея, у 2 — язвенный колит, у 1 — аденокарцинома сигмовидной кишки. СРК подтвержден лишь у 30 больных. Обсуждение и выводы. У 25,4% больных диагноз СРК не соответствовал Римским критериям III, что объясняется гипердиагностикой функционального заболевания кишечника на поликлиническом уровне. У 18,7% хронические заболевания кишечника проявлялись СРК-подобной симптоматикой, что объясняет отсутствие положительной динамики и эффекта от назначения патогенетической терапии СРК. Всем больным СРК при отсутствии эффекта от комплексной терапии показано обследование желудочно-кишечного тракта для своевременного выявления хронических заболеваний кишечника. Назначение адекватной терапии пациентам приведет к восстановлению трудоспособности и повышению качества жизни. В мае 2016 г. опубликованы очередные Римские критерии функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта с учетом последних научных данных для повышения их специфичности. Пересмотренные Римские критерии IV позволят практическим врачам на амбулаторном уровне улучшить диагностику СРК, своевременно назначить обследование органов пищеварения и выявить органические заболевания кишечника.

## Оценка фиброза печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и сахарным диабетом

Сандлер Ю.Г., Кейян В.А., Винницкая Е.В.  
Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, Moscow Clinical Research and Practical Center, Moscow Healthcare Department, Russia.  
Research Department of Hepatology and Scientific, Москва

Пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) имеют высокий риск развития неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), которая включает спектр клинико-морфологических признаков: стеатоз, стеатогепатит (НАСГ) с закономерным развитием фиброза и возможным исходом в цирроз печени (ЦП). Большинство пациентов с СД-2 не знают о наличии у них НАЖБП. Из-за высокой распространенности СД-2 биопсия печени не может часто выполняться для диагностики фиброза печени (ФП), в связи с чем проводится поиск оптимального с точки зрения диагностической точности и возможности динамического контроля скринингового неинвазивного метода.

Цель исследования: провести сравнительную оценку диагностической значимости неинвазивных методов — фиброэластометрии печени (ФЭ) и серологических тестов — фибротеста (ФТ)

в диагностике фиброза печени у больных СД-2. Материалы и методы: обследованы 67 пациентов с диагнозом СД-2 (37% — мужчин и 63% — женщин) в возрасте от 30 до 82 лет. Всем пациентам выполнены ФЭ и ФТ. Проведена статистическая оценка достоверности обоих методов с применением ROC-анализа; корреляционного анализа различных факторов (ИМТ, возраст, пол, АЛТ и др.) и фиброза по данным ФТ и фиброэластометрии печени (ФЭ). Также с помощью множественной логистической регрессии и однофакторного дисперсионного анализа оценили влияние различных факторов на прогноз ФП.

Результаты исследования: по данным ФЭ и ФТ в 12% случаев выявлен ЦП (F4); фиброз отсутствовал (F0) в 33% случаев по ФТ и в 44,8% — по данным ФЭ. Стадия фиброза (F2) диагностирована в 20,9% случаев, как по данным ФТ, так и ФЭ. С помощью однофакторного дисперсионного анализа получено, что на прогноз ФП, по данным ФТ, влияют: мужской пол, повышенный уровень АЛТ, наличие стеатоза, и, по данным ФЭ, дополнительно — повышенный ИМТ.

Выводы: наличие СД-2 у больных НАЖБП является фактором риска развития фиброза печени у данной категории. Фиброэластометрия печени и фибротест показали сопоставимо высокую диагностическую значимость при определении фиброза и цирроза печени у больных СД-2. Категория пациентов с СД-2 нуждается в более подробном обследовании и пристальном внимании врачей с точки зрения риска развития и прогрессирования фиброза печени.

## Комплексное лабораторное обследование больных вич-инфекцией с подозрением на туберкулез

Сафонова С.Г., Ванеева Т.В., Краснова М.А., Куликовская Н.В., Собкин А.Л., Бондаренко Г.В., Рыманова И.В.  
Московский городской научно-практический центр борьбы, Туберкулезная клиническая больница №3 им. проф. Г.А.Захарына, Москва

В последние годы в России, как и во всем мире, отмечается существенный рост распространения сочетанной инфекции туберкулез — ВИЧ (ТБ-ВИЧ). Так, на фоне выраженного снижения заболеваемости туберкулезом органов дыхания с 73,0 до 59,5 на 100 тыс. населения за период с 2011 по 2014 г.г., количество новых случаев заболевания ТБ-ВИЧ выросло с 8,3 до 9,9 на 100 тыс. населения. Учитывая сложность диагностики вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях заболевания, поиск наиболее эффективных методов диагностики и показаний к их использованию остается актуальным. Представляло интерес проанализировать данные чувствительности кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (ДСТ) и коммерческого лабораторного теста (ТС), основанного на определении продукции интерферона-гамма в ответ на взаимодействие со специфическими белками *M.tuberculosis* (IGRA), у больных сочетанной инфекцией ТБ-ВИЧ при различной степени иммуносупрессии. Для этого было проведено комплексное лабораторное обследование 75 больных туберкулезом легких с ВИЧ-инфекцией, поступивших в ГБУЗ «Туберкулезная клиническая больница №3 им. профессора Г.А. Захарына ДЗМ» с мая по декабрь 2015 года. Полученные результаты продемонстрировали зависимость вариантов ответа ТС у больных ВИЧ-инфекцией и активным туберкулезом от степени иммуносупрессии. По мере снижения Т-хелперов в крови количество положительных результатов снижалось со 100 до 9,1% (несомненно, что увеличение числа наблюдений внесет заметную коррективу в первую цифру), и, напротив, число неопределенных результатов увеличилось с 7,4 до 22,7% при снижении количества CD4<sup>+</sup> Т-клеток в первых двух группах и полностью отсутствовало у больных с CD4<sup>+</sup> Т-клеток от 200 и более клеток/мкл. Корреляционная связь результатов, полученных в тесте ТС, у больных ВИЧ-ТБ и количества CD4<sup>+</sup> Т-клеток в крови была умеренной (коэффициент корреляции  $\rho=0,28$ ;  $p \leq 0,01$ ). Было выявлено, что доля положительных результатов достоверно различалась у больных с количеством CD4<sup>+</sup> Т-клеток менее 50кл/мкл и пациентов с количеством



этих клеток от 50 кл/мкл и более (9,1 и 81,1% соотв.; по критерию  $\chi^2$ ,  $p < 0,01$ ). Также показана зависимость результатов ДСТ от степени иммуносупрессии: по мере снижения  $CD4^+$  Т-клеток в крови количество положительных результатов снижалось с 66,7% при их содержании более 500 кл/мкл до полного отсутствия таковых у пациентов с их числом менее 50 кл/мкл. Корреляционная связь результатов, полученных в тесте ДСТ, и количества  $CD4^+$  Т-клеток в крови была более выраженной по сравнению с ТС (коэффициент корреляции  $r = 0,46$ ;  $p \leq 0,01$ ). Представленные результаты позволяют сделать заключение о высокой эффективности применения коммерческого лабораторного теста, основанного на определении продукции интерферона-гамма у больных сочетанной патологией ВИЧ-туберкулез. Ограничением для использования этого теста является выраженная иммуносупрессия с количеством  $CD4^+$  Т-клеток менее 50 кл/мкл. Несмотря на скептицизм международных рекомендаций относительно использования тестов IGRA в диагностике активного туберкулеза и учитывая сложности диагностики вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях, можно полагать, что его применение поможет расширить возможности лабораторной диагностики в выявлении активного туберкулеза у данной категории пациентов.

### Возможности установления расстояния выстрела из огнестрельного оружия ограниченного поражения с учетом результатов исследования повреждений методом оптико-эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой

Светлолов Д. Ю., Лузанова И. С., Зорин Ю. В., Макаров И. Ю., Лоренц А. С. Бюро судебно-медицинской экспертизы, Российский центр судебно-медицинской экспертизы, Москва

Целью данной работы являлось установление возможности определения конкретного расстояния выстрелов из определенного вида огнестрельного оружия ограниченного поражения (ОООП) штатными патронами травматического действия (ПТД) с учетом результатов исследования входных повреждений тела и одежды человека методом оптико-эмиссионной спектроскопии с индуктивно связанной плазмой. В ходе работы изучали особенности огнестрельных повреждений объектов-мишеней, возникающих при выстрелах ПТД из ОООП с расстояний: 0 см («в упор»), 10 см, 20 см, 30 см, 40 см, 50 см, 60 см, 70 см, 80 см, 90 см, 100 см, 110 см и 120 см. На основании сведений о рецептурах современных порохов, инициирующих составах капсулей-воспламенителей, материалах капсулей и снарядов для количественного анализа выбрали следующие элементы: барий (Ba), хром (Cr), медь (Cu), железо (Fe), калий (K), никель (Ni), свинец (Pb), сурьма (Sb), свинец (Sn), цинк (Zn). Проведенный анализ хода выполнения экспериментальных и лабораторных исследований, полученных при этом научно-практических данных позволил дополнить и конкретизировать алгоритм установления факта и расстояния выстрела ПТД из ОООП по отложению продуктов выстрела на поверхности пораженной преграды (одежде и теле пострадавшего) рядом следующих обязательных этапов: на первом этапе лабораторного исследования необходимо визуально (невооруженным глазом или с помощью криминалистической лупы) выявить место и макроскопические морфометрические особенности огнестрельного входного повреждения преграды; на втором этапе участок преграды с огнестрельным входным повреждением и прилегающими к нему неповрежденными областями размещают под стереомикроскопом типа «СМТ-4». При исследовании преграды в коспадающих лучах устанавливают наличие на ее поверхности частиц продуктов выстрела (изымают их для дальнейшего специального лабораторного исследования); на третьем этапе производят диагностику металлов выстрела в области огнестрельных повреждений преграды с помощью метода оптико-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой по стандартной методике.

Полученные результаты подвергают анализу: а) качественно — устанавливают факт присутствия конкретного элемента в

исследуемой зоне; б) количественному — проводят оценку содержания определенных элементов на преграде. Устанавливают наличие и количественное сходство конкретной группы металлов выстрела (например, для выстрела ПТД из ОООП наиболее информативными являются привнесенные определенного количества бария, свинца и сурьмы) с таковыми, полученными при выстрелах конкретным видом патрона из пистолета с определенных расстояний; — результаты выполненных исследований позволяют прийти к выводам о наличии и топографических особенностях отложения различных продуктов (в том числе и металлов) выстрела на поверхности пораженных одежды и тела пострадавшего. Установленные признаки могут свидетельствовать о факте и определенном расстоянии выстрела ПТД из ОООП определенного вида. Таким образом, проведенным исследованием установлен ряд диагностических критериев, позволяющих определять факт и расстояние (в пределах 0–120 см) производства выстрела ПТД из ОООП с использованием морфологических признаков повреждений и результатов применения метода оптико-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой (ИСП-ОЭС). Дополнена методика определения расстояния выстрела в зависимости от количественного содержания определенных химических элементов (наиболее информативных — бария, свинца и сурьмы), на пораженных объектах-мишенях

### Особенности работы отделения психиатрической помощи для иногородних граждан в ГБУЗ «ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ»

Святогорова М. Е., Козлова М. О., Москалева О. В. Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В. А. Гиляровского, Москва

Актуальность проблемы. Актуальность исследования особенностей работы отделения для оказания неотложной психиатрической помощи иногородним обусловлена возрастающей миграцией граждан РФ из социально и экономически неблагополучных районов в мегаполисы, в частности, в г. Москву. В структуре психопатологии данных пациентов, в их нозологической принадлежности, а также нозогенных факторов имеется ряд особенностей, которые невозможно не учитывать при организации оказания специализированной психиатрической помощи данным пациентам.

Цель. Изучение показателей работы отделения за период 2014–2015 гг.; изучение нозологического состава пациентов, особенностей психопатологической структуры ведущих синдромов; исследование особенностей подходов к оказанию помощи данной группе пациентов и особенностей их маршрутизации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 1 мужского психиатрического отделения ПКБ №3 в период 2014–2015 гг. Выборку составили 1896 пациентов, пролеченных в отделении. Для исследования использовались клинико-патопсихологический и статистический методы. Результаты. При сравнении показателей интенсивности работы в 2014 и 2015 годах отмечается значительный рост этих показателей. Количество поступивших пациентов увеличилось на 51,1%, на 52,2% увеличилось количество пролеченных больных. Также увеличился показатель работы койки в году на 29,4% (323,8) и оборот койки на 52,7% (22,9). Показатель среднего пребывания пациента на койке сократился на 15,1%. Основной показатель, характеризующий остроту проблемы — это количество пациентов, эвакуированных в психиатрические больницы по месту жительства. В 2015 году этот показатель вырос почти в 2 раза (91,3%) и составил 26,7% от общего количества пролеченных и эвакуированных больных. Основной контингент пациентов отделения составили лица работоспособного возраста. Когорта обследованных пациентов характеризуется обширностью и разнообразием психических расстройств. На первом месте в структуре нозологии (36% от общего числа пролеченных пациентов) составляют алкогольные психозы. Следующей по значимости категорией являются различные формы эндогенных психозов, причем в 2015 г. отмечено увеличение количества пациентов с данной патологией (с 18,2 до 21,6%). Кроме того, в отделении были пролечены, и часть из них

эвакуирована, пациенты с острыми переходящими психотическими расстройствами, психотическими расстройствами органического генеза, органическими непсихотическими расстройствами, аффективными и шизоаффективными расстройствами. В последние годы намечается отчетливая тенденция к возрастанию пациентов с микст-патологией. В отношении психопатологических синдромов обращали на себя внимание острота состояния, склонность к нецеленаправленным асоциальным поступкам, хаотичное возбуждение, высокая резистентность к психофармакотерапии, обусловленная остротой состояния. У эндогенных пациентов в структуре изменений личности преобладали черты гиперстенического и психопатоподобного типов дефекта. Особенности маршрутизации пациентов: пациенты с алкогольными и интоксикационными психозами выписывались в сопровождении родственников или самостоятельно; пациенты с эндогенными, частично с органическими психозами, деменцией были эвакуированы в психиатрические стационары по месту жительства. Выводы. Проведенный анализ подтверждает необходимость особой модели организации работы отделения, которая подразумевает не только оказание лечебно-диагностической помощи в особых условиях высокого оборота койки, тяжести и гетерогенности психопатологии, но и решение социальных вопросов — установление личности, восстановление документов и эвакуация пациентов в психиатрические стационары по месту жительства. Быстрота и четкость решения вопросов эвакуации обеспечивается нарабатанными связями отдела эвакуации с органами МВД, УФС и другими социальными службами. Эффективная работа отделения может быть осуществлена только при наличии высококвалифицированного, специально обученного персонала, четко отлаженной работы отдела эвакуации.

### **Метод краткосрочного инструктажа по психообразованию и оценка его эффективности в работе с больными параноидной шизофренией с частыми рецидивами в условиях психоневрологического диспансера (ПНД)**

Семенова Н.Д., Костюк Г.П., Кузьменко А.Ю., Курмышев М.В., Зайцева М.С. Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

Введение. Больные параноидной шизофренией с частыми рецидивами, находящиеся на амбулаторном наблюдении в условиях ПНД, представляют собой категорию риска в плане соблюдения режима терапии (комплаенс). Правильно организованная амбулаторная помощь для пациентов с частыми рецидивами основывается на неразрывном сочетании психофармакотерапии с психообразованием (Бурыгина Л.А. 2013). Краткие вмешательства по типу «вводный инструктаж» (induction training) для врачей широко используются за рубежом (Hogue, Blacker & Wood 2005) — в работе с тяжелыми контингентами психически больных в стрессовых условиях реорганизации психиатрических служб, когда стоит задача не только обучить специалистов, скорректировать поставленные задачи и внедрить новые подходы, но и поддержать, мотивировать, обеспечить психологическое и профессиональное сопровождение. Данная работа рассматривается авторами как заявочная.

Цель — совершенствование подхода к внедрению психообразования в работу с больными параноидной шизофренией с частыми рецидивами в условиях ПНД.

Задачи: 1) повысить осведомленность врачей ПНД на предмет содержания и приемов проведения психообразования в условиях рутинной работы с пациентом; 2) повысить мотивацию врачей на предмет внедрения новых знаний в работу с пациентом, осуществляемую в индивидуальном формате. Метод: краткосрочный инструктаж, проводимый на регулярной основе (каждые 3 месяца) с врачами ПНД. Кроме содержания и приемов психообразования в работе с проблемными группами больных, инструктаж включал и мотивирующую составляющую (Семенова Н.Д. 2012). По окончании цикла врачи заполняли специально разработанный опросник

(Насколько полезна данная программа для Вашей повседневной клинической практики? Каковы наиболее важные вещи, которые Вы усвоили за время обучения? Предложение что-либо для улучшения формата, содержания и стиля проведения таких инструктажей для врачей ПНД и т.п.). Назначение опросника — оценить эффективность инструктажа и наметить линии развития, опираясь на комментарии врачей по его усовершенствованию. При анализе данных использовался один из методов качественного анализа — Thematic content analysis (Braun & Clarke, 2006).

Результаты. Проведено два краткосрочных инструктажа по психообразованию с врачами ПНД. Приведены результаты первого инструктажа. Из 11 вопросов опросника часть предполагала только комментарий респондента (Q: 1, 2, 6, 8, 10, 11), другая часть предполагала и комментарий, и оценку по шкале Ликерта от 1 до 6 баллов (Q: 3, 4, 5, 7, 9). Качественный анализ позволил выделить 3 основных темы (каждая — с соответствующими подразделами): 1 — общий положительный сдвиг в плане терапевтического альянса с больным; 2 — укрепление и усиление внутреннего ресурса работы врача ПНД, не располагающего дополнительным временем для развернутой реализации психообразования в индивидуальном формате, но вместе с тем способного воздействовать на некоторые факторы, обуславливающие несоблюдение больным врачебных рекомендаций; 3 — самоуважение и удовлетворенность от исполнения своего долга, облегчающие выбор средств и способов донести до больного нужную информацию. О повышении мотивации врачей на предмет внедрения новых знаний в работу с пациентом, осуществляемую в индивидуальном формате, можно судить также и по количественным данным: Q 3: N=7 M=5,57 SD=0,54; Q 4: N=7 M=4,71 SD=0,49; Q 5: N=7 M=5,57 SD=0,54; Q 7: N=7 M=5,86 SD=0,38; Q 9: N=7 M=5,57 SD=0,54. Все опрошенные дали высокую оценку подобному инструктажу в плане содержания и приемов проведения психообразования и сочли его полезным как для себя лично, так и в плане усиления своего врачебного профессионализма.

Выводы. Краткосрочный, проводимый на регулярной основе инструктаж с врачами ПНД способствует совершенствованию подхода к внедрению психообразования в работу с больными параноидной шизофренией с частыми рецидивами. Эффект инструктажа проявляется в осознанном и мотивированном участии врача и пациента в едином процессе. В долгосрочной перспективе важна регулярность таких краткосрочных вмешательств в целях повышения эффективности амбулаторной помощи пациентам ПНД.

### **Метод краткосрочного инструктажа по психообразованию и оценка его эффективности в работе с больными параноидной шизофренией с частыми рецидивами в условиях психоневрологического диспансера (ПНД)**

Семенова Н.Д., Курмышев М.В., Кузьменко А.Ю., Зайцева М.С., Костюк Г.П. Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П., Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского

Введение. Больные параноидной шизофренией с частыми рецидивами, находящиеся на амбулаторном наблюдении в условиях ПНД, представляют собой категорию риска в плане соблюдения режима терапии (комплаенс), и различные грани данной проблемы расцениваются как важные задачи системы оказания психиатрической помощи (Мосолов С.Н. 2002; Аведисова А.С. 2005). Правильно организованная амбулаторная помощь для пациентов с частыми рецидивами основывается на неразрывном сочетании психофармакотерапии с психообразованием (Бурыгина Л.А. 2013). Этот тезис и послужил отправным моментом для данной работы.

Цель: совершенствование подхода к внедрению психообразования в работу с больными параноидной шизофренией с частыми рецидивами в условиях ПНД.

Задачи: 1) повысить осведомленность врачей ПНД на предмет содержания и приемов проведения психообразования в условиях рутинной работы с пациентом; 2) повысить мотивацию врачей на предмет внедрения новых знаний в работу с пациентом, осуществляемую в индивидуальном формате.

Метод: краткосрочный инструктаж, проводимый на регулярной основе (каждые 3 месяца) с врачами ПНД. Кроме содержания и приемов психообразования в работе с проблемными группами больных, инструктаж включал и мотивирующую составляющую (Семенова Н.Д. 2012). По окончании каждого цикла врачи заполняли специально разработанный опросник — в рамках интервью с простой оценкой по шкале Ликерта от 0 до 5 баллов (Насколько полезна была данная программа для Вашей повседневной клинической практики? Можно ли включить данный подход в Вашу клиническую практику и каким образом это сделать? Каковы наиболее важные вещи, которые Вы усвоили за время обучения? Насколько Вы удовлетворены обучением? Предложите что-либо для улучшения формата, содержания и стиля проведения таких тренингов-инструктажей для врачей ПНД и т.п.). Опросник позволял оценить эффективность инструктажа, а также наметить линии развития, опираясь на комментарии врачей по его усовершенствованию.

Результаты. Краткие вмешательства по типу «вводный инструктаж» (induction training) для врачей широко используются за рубежом (Hogue, Blacker & Wood 2005) — в работе с тяжелыми контингентами психически больных и в стрессовых условиях реорганизации психиатрических служб, когда стоит задача не только обучить специалистов, скорректировать работу и внедрить в новые подходы, но и поддержать, мотивировать, обеспечить психологическое и профессиональное сопровождение. Краткосрочный инструктаж по психообразованию, проводимый нами с врачами ПНД, также отвечал данным требованиям. Работа рассматривается авторами как заявочная, непосредственный результат которой — общий положительный сдвиг в плане так называемого терапевтического альянса как важного показателя врачебного профессионализма. Данные, полученные с помощью опросника, позволили укрепить и усилить внутренний ресурс работы врача ПНД, не располагаящего дополнительным временем для развернутой реализации психообразования в индивидуальном формате, но вместе с тем способного воздействовать на некоторые факторы, обуславливающие несоблюдение больных врачебных рекомендаций (непонимание характера болезни или отрицание заболевания, сложная и в связи с этим трудновыполнимая схема лекарственной терапии, недостаточная социальная поддержка и т.п.).

Выводы. Краткосрочный, проводимый на регулярной основе инструктаж с врачами ПНД способствует совершенствованию подхода к внедрению психообразования в работу с больными параноидной шизофренией с частыми рецидивами. Комплаенс-эффект психообразования проявляется в осознанном и мотивированном участии врача и пациента в едином процессе. В долгосрочной перспективе важна регулярность таких краткосрочных вмешательств в целях повышения эффективности амбулаторной помощи пациентам ПНД.

### Контроль непосредственных результатов редуционной маммопластики

Сергиенко Е.Н., Сергиенко И.М.  
Областная клиническая больница, Тверь

Пластика молочных желез (редукционная) дает значительный эстетический и функциональный эффект, но может привести и к послеоперационным осложнениям. Наиболее значимыми местными осложнениями являются: серома и некроз мягких тканей. Нами обследовано 60 пациенток (30 здоровых и 30 после оперативного вмешательства), у 3-х из оперированных больных в послеоперационном периоде получены осложнения: серома — 1 пациент, некроз краев раны — 2 наблюдения. В раннем послеоперационном периоде больные нуждаются в постоянном динамическом наблюдении с целью своевременного распознавания и лечения

возможных осложнений. Диагностика осложнений основана на клинических признаках, которые развиваются в течение первых трех суток, а в сомнительных случаях может быть уточнена с помощью сонографии. Учитывая вышеизложенное, назрела проблема надежного, быстрого и малоинвазивного инструментального метода профилактической диагностики состояния больных после хирургического вмешательства.

Цель работы: создание быстрого, надежного, с возможностью малоинвазивного метода контроля и оценки послеоперационного состояния пациента, перенесшего редуционную маммопластику. Материалы и методы исследования: ИК-спектроскопию сыворотки крови проводили у 60 пациенток в возрасте от 30 до 50 лет (средний возраст 43) — группа №1. Все пациентки этой группы были разделены на 2 подгруппы: 1а — без осложнений (27 человек) и 1б — с осложнениями (3 человека). В контрольную группу (группа 2) вошли 30 здоровых пациенток. Для оценки эффективности лечения, а также раннего выявления наличия воспалительных изменений, наряду с традиционными клиническими обследованиями, изучалась динамика изменения спектральных характеристик сыворотки крови. Для проведения спектроскопии использовался разработанный совместно с сотрудниками НИИ-2 МО РФ аппаратно-программный комплекс, представляющий собой децентрализованный спектроанализатор. Положение и число исследуемых диапазонов выбрано, исходя из особенностей спектров поглощения воды и фундаментальных биологических активных веществ крови. Цикл девяти измерений не превышал 1 секунды. Спектральная область действия прибора составляла от 3500 см<sup>-1</sup> до 960 см<sup>-1</sup>, объем исследуемого материала 0,02 мл. С помощью интерференционных фильтров выделялись следующие диапазоны: 3500–3200, 3085–2832, 2120–1880, 1710–1610, 1600–1535, 1543–1425, 1430–1210, 1127–1057, 1067–930 см<sup>-1</sup>. Спектрометр сертифицирован как новый тип измерителя (сертификат № 5745 от 20.11.98 г.), который позволяет регистрировать показатели пропускания ИК-излучения после их многократного определения в девяти широких диапазонах в слоях жидкости толщиной 15 мк. Кюветы, в которых проводили анализы, изготовлены из сплава хлористо-бромистого и йодисто-бромистого талия (KRS). Для сравнения состояний исследуемых систем в качестве эталона были взяты предварительно определенные значения показателей пропускания ИК-излучения тонких слоев (15 мкм) бидистиллированной воды (рН=6,6±0,2; ρ=17Мом\*см). В процессе создания эталона было изучено влияние на дисперсию показателей пропускания температурного фактора, а также особенностей действия на состояние воды водонепроницаемых материалов (германия, кремния, графита, фуллерена, алмаза, стекла, кварца). Полученные данные были учтены при калибровке прибора и создании программного обеспечения. Первичную обработку сигнала с аппаратно-программного комплекса «ИКАР» и аппаратных данных проводили специализированным программным обеспечением, разработанным для этих целей на базе операционной системы Windows XP в вычислительной среде системы MATLAB 6.5 фирмы Math Works Inc (лицензия №146229). Результаты: сравнительный анализ средних значений показателей пропускания (ПП) ИК — спектра пациенток исследуемых групп выявил отличия в областях спектра 1430–1210 см<sup>-1</sup>, 1127–1057 см<sup>-1</sup>, 1067–963 см<sup>-1</sup>, характерных для: ангидридной и фосфатной групп; связей — Р-О-С- и —С-О-С и связей Р-ОН, —С-Н соответственно. Важно заметить, что амплитуда колебаний ПП ИК-спектра здоровых пациенток лежит выше, чем у пациенток подвергшихся редуционной маммопластике.

### Оказание специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в Москве

Серебряков Е.М.  
Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом, Москва

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом является основным звеном службы профилактики ВИЧ-инфекции

и оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в городе Москве. В 2015 году на диспансерном учете состояло 28 678 ВИЧ-инфицированных пациентов. 47,7% (13 673 человек) из них получали антиретровирусную терапию. Вместе с тем из общего числа впервые зарегистрированных случаев лабораторного выявления ВИЧ-инфекции за последние годы доля иногородних и иностранных граждан превышает 50%. Лица, нуждающиеся в экстренной и неотложной медицинской помощи, получают ее в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы. Специализированная (стационарная) медицинская помощь ВИЧ-инфицированным пациентам оказывается в клинических отделениях МГЦ СПИД и ИКБ № 2. В структуре МГЦ СПИД в настоящее время выделено 3 стационарных отделения, оказывающих медицинскую помощь больным ВИЧ-инфекцией общей мощностью 180 коек. Медицинская помощь по отдельным узкоспециализированным профилям заболеваний (фтизиатрия, наркология, онкология и т.д.) осуществляется в соответствующих медицинских организациях Департамента. На базе специализированных учреждений функционируют реабилитационные отделения для ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц. Ежегодно отмечается увеличение числа госпитализаций больных ВИЧ-инфекцией в медицинские организации Департамента здравоохранения города Москвы. За последние 10 лет число госпитализаций увеличилось в 2,3 раза, составив в 2015 году более 30 000 случаев. Совершенствование помощи больным ВИЧ-инфекцией позволит обеспечить дальнейшее сдерживание распространения ВИЧ-инфекции на территории города Москвы и уменьшить социально-экономические последствия эпидемии.

### **Адекватное лечение острого гнойного среднего отита как профилактика хронизации воспалительного процесса**

Сидорина Н.Г., Сударев П.А., Гарова Е.Е.  
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

По данным Американской академии, в 2000 году наблюдалось 16 млн посещений детей с острым средним отитом (ОСО). Средняя стоимость лечения в стационаре ОСО при госпитализации в среднем на 4,3 дня составила 9600 долл., при общей сумме 28 604 долл. в 90% случаев. При этом стоимость лечения с мирингоцентезом или шунтированием была 15713 долл., а мастоидэктомией — 23185 долл. (Acevedo J. et al., 2009). В нашей стране заболеваемость острыми средними отитами, как и другими заболеваниями ушей, постепенно снижается. Диагностика ОСО основана на анализе жалоб, анамнеза и особенностей отоскопической картины. Лечение больного ОСО должно быть дифференцированным в зависимости от стадии заболевания, выраженности клинических симптомов и с учетом особенностей соматического статуса пациента. В острой стадии заболевания рекомендуется амбулаторный режим, а при выраженном повышении температуры, общем недомогании — постельный. Назначаются антибактериальные препараты. При обычном течении заболевания после перфорации барабанной перепонки, когда наступило улучшение состояния больного и нормализовалась температура, иногда вновь отмечается подъем температуры и появляется боль в ухе. Такая клиническая картина свидетельствует о нарушении оттока и задержке гноя в полостях среднего уха. Иногда в первом периоде течение заболевания может быть исключительно тяжелым, с высокой температурой, сильной головной болью, рвотой, головокругением и резким ухудшением общего состояния. В ряде случаев инфекция еще до прободения может молниеносно распространиться из среднего уха в полость черепа и привести к тяжелым внутричерепным осложнениям и даже к летальному исходу. В этих случаях больной должен быть экстренно госпитализирован. Мастоидиты как осложнение ОСО развиваются в 0,5–4,2% на 100 000 пациентов в год (Van Zuijlen D. et al., 2001). Сопутствующие острому мастоидиту

интракраниальные осложнения наблюдаются у 2–7,2% больных (Osma U. et al., 2000; Benito M., Gorricho B., 2007). Смертность от осложнений ОСО составляет 11,8–16,1% (Osma U. et al., 2000). В некоторых случаях заболевание сразу принимает вялый, затяжной характер со слабовыраженными общими симптомами. В этом случае перфорация барабанной перепонки не наступает, а в барабанной полости скапливается вязкий, трудно эвакуируемый густой секрет, и при отсутствии лечения вслед за этим часто развивается слипчивый (адгезивный) процесс в барабанной полости. Осложненное течение и неблагоприятные исходы ОГСО могут быть обусловлены снижением местной и общей иммунной защиты организма, а также нерациональной терапией заболевания. По данным литературы, отмечается резистентность 30–40% штаммов *Haemophilus influenzae*, 50–60% — *Streptococcus pneumoniae* и 90% — *Moraxella catarrhalis* (Thornsberry C. et al., 1997; McClay J., 2000). В развитии ОСО и в переходе его в хронический большое значение имеют и хронические очаги инфекции в полости и околоносовых пазухах носа и носоглотке. Больные, перенесшие ОГСО, даже при благоприятном течении периода реконвалесценции и при нормализации отоскопической картины и слуха должны находиться под наблюдением врача в течение 6 месяцев. Каждому больному хроническим гнойным отитом (ХГСО) при первом обращении необходимо провести курс местной противовоспалительной терапии для решения вопроса о дальнейшей тактике: либо больного сразу направляют для проведения хирургической санации, либо спустя не менее 6 месяцев ему проводят слухолучшающую операцию. При наличии противопоказаний к той или другой операции больной должен находиться на диспансерном учете с периодическим контролем (не реже 1–2 раз в год) и в случае необходимости проводят повторные курсы лечения. При спокойной клинической картине ХГСО у больного может сформироваться холестеатома или обширный кариозный процесс в полостях среднего уха, которые помимо нарастающей тугоухости могут привести к развитию тяжелых, нередко опасных для жизни осложнений. В то же время чем раньше санировано ухо, тем больше шансов на сохранение и улучшение слуха. Профилактика ХГСО — это правильное лечение больного ОСО. Важной составляющей этого лечения являются своевременно выполненный (по показаниям) парацентез, а также адекватная антибиотикотерапия с учетом особенностей возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. Переходу острого отита в хронический нередко способствует ранняя отмена антибиотика, применение его в небольших дозах и удлинении интервалов между введениями антибиотика.

### **Комплексное применение физиотерапии и подкожной хирургической коррекции при постмастэктомической лимфедеме**

Сидоров Д.Б., Грушина Т.И., Забелин М.В.  
Московский областной онкологический диспансер, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

Актуальность. Рак молочной железы занимает первое место в структуре неуклонно нарастающей онкологической заболеваемости у женщин, значительная часть которых находится в трудоспособном возрасте. В результате радикального лечения данной злокачественной опухоли с воздействием на пути регионарного метастазирования в виде лимфодиссекции или лучевой терапии возникает лимфатический отек верхней конечности на стороне операции или так называемая постмастэктомическая лимфедема. Цель: научное обоснование и разработка комплекса консервативных реабилитационных мероприятий и подкожной хирургической коррекции у больных раком молочной железы с лимфедемой верхней конечности.

Материал и методы. 350 женщин — больных раком молочной железы I–III б стадии с поздней лимфедемой верхней конечности I–IV степени, в возрасте от 30 до 69 лет, методом случайной выборки

были разделены на 2 сопоставимые группы. 50 больных основной группы получили в течение 14 дней комплекс физико-фармакологических методов (локальные низкочастотные электро- и магнитотерапия, пневматическая компрессия, лимфодренажный массаж, лечебная гимнастика, системная фармакотерапия), и затем им была проведена подкожная хирургическая коррекция лимфедемы верхней конечности. 300 больных контрольной группы получили вышеперечисленные физико-фармакологические методы.

Результаты. Оценка отдаленных (через 3–12 мес.) результатов лечения лимфедемы проводилась по показателям уменьшения объема конечности при антропометрическом и ультразвуковом исследованиях, а также показателям качества жизни больных по опроснику здоровья MOSSF-36. Учитывали величину уменьшения объема отечной верхней конечности от первоначального показателя: хороший — на 50–75%, удовлетворительный — на 25–50%, неудовлетворительный результат — <10–25%. Хороший результат был отмечен у 78% больных основной группы и у 24% больных контрольной группы, удовлетворительный результат — у 40% и у 22% больных соответственно. Неудовлетворительный результат реабилитации был у 30,6% больных, получавших только консервативную терапию. При этом в основной группе показатели уменьшения обхвата верхней конечности в среднем были более чем в 2 раза больше, чем в контрольной группе. Наибольшая разница была отмечена в средней трети предплечья (в 3,1 раза) — 4,7 см, наименьшая (в 1,9 раза) в области лучезапястного сустава — 2,1 см. По средней сумме всех измерений в контрольной группе потери составили 14,9 см, в основной группе — 40,6 см. По данным ультразвукового исследования уменьшение толщины подкожно-жировой клетчатки отмечалось у больных в обеих группах, но было более выражено в основной группе. Наибольшая разница отмечалась на плече и предплечье — на 0,7 см (по сравнению с контрольной группой). На кисти — разница по сравнению с больными, получавшими консервативную терапию, была минимальна — 0,1 см. Снижение эхогенности тканей, улучшение контрастности и дифференцировки тканей, уменьшение количества межтканевых жидкостных структур имело более выраженный характер у больных в основной группе. По данным опросника MOS SF-36 в основной группе больных были получены показатели, близкие к популяционной норме. В контрольной группе было отмечено снижение всех показателей шкал по отношению к популяционной норме. Была отмечена прямая зависимость общего качества жизни больных с величиной уменьшения объема отечной верхней конечности. Так, в группе больных с удовлетворительным результатом оно было снижено по всем шкалам опросника на 18–65%, а в группе больных с неудовлетворительным результатом — на 38,2–78,5% относительно популяционной нормы ( $p < 0,05$ ). Отклонение от последнего было отмечено по всем шкалам как физического, так и психического компонентов здоровья.

Выводы. Включение подкожной хирургической коррекции в комплексную реабилитацию больных раком молочной железы с поздним постмастэктомическим отеком позволило существенно улучшить как функциональные, так и психологические результаты лечения, тем самым увеличив социализацию данного контингента больных.

### Метаболические корректоры на основе янтарной кислоты в комплексном лечении поражений печени при острых отравлениях

Симонова А.Ю., Ильяшенко К.К., Белова М.В.  
Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Острые экзогенные отравления нередко сопровождаются поражением печени как вследствие специфического, так и неспецифического действия токсикантов. Несмотря на достаточно большой арсенал гепатотропных препаратов, применение их при данной патологии не всегда эффективно. Поэтому возникает потребность

поиска новых лекарственных средств для совершенствования лечения данного контингента больных. В последнее время при патологии печени различной этиологии широко применяют сукцинатсодержащие препараты, в частности доказана эффективность ремаксолола.

Цель исследования: оценка эффективности ремаксолола в комплексном лечении поражений печени у больных с острыми отравлениями.

Материалы и методы. Обследовано 72 пациента (55 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 17 до 68 лет, из них: 37 — с отравлением наркотическими средствами, 9 — парацетамолом, 12 — этанолом на фоне хронического алкоголизма и 14 — прочими токсикантами. Ремаксолол был включен в комплексное лечение 39 пациентов основной группы, 33 больным контрольной группы проводили стандартную терапию. Ремаксолол, раствор для инфузий, вводили внутривенно капельно со скоростью 40–60 капель в минуту по 400 мл 2 раза в сутки ежедневно в течение пяти суток. Биохимический анализ крови проводили до начала лечения и на следующие сутки после окончания введения препарата.

Результаты исследований. Гепатопротективное действие препарата оценивали по динамике содержания в крови АЛТ и АСТ, которые исходно были повышены у пациентов обеих групп. Через 6 суток было отмечено статистически значимое снижение по сравнению с исходными значениями АЛТ и АСТ у больных, получавших ремаксолол, — в 2,8 раза и 4 раза соответственно, тогда как у пациентов контрольной группы лишь — 1,1–1,7 раза. Наиболее выраженный гепатотропный эффект препарата наблюдали при отравлениях парацетамолом, у лиц, получавших дополнительно к стандартной терапии ремаксолол. Отмечено было снижение АЛТ в 7,3 раза, АСТ в 8,8 раза, а у пациентов контрольной группы в 1,7 раза. При этом у пациентов основной группы с отравлением парацетамолом наблюдали снижение в 16,3 раза уровня в крови ЛДГ, что свидетельствовало о переходе анаэробных процессов в аэробные и соответственно об улучшении энергетического обеспечения гепатоцитов. В контрольной группе этот показатель снизился лишь в 7,7 раза. У пациентов с отравлениями наркотиками основной группы отмечено снижение ЛДГ в 4,2 раза, а ГГТП в 6,6 раза, тогда как в контрольной группе в 2,3 раза и в 1,9 раза соответственно. Исходно у всех больных отмечалась прямая гипербилирубинемия. После проведенного лечения у лиц исследуемой группы этот показатель достиг референтных значений, тогда как у пациентов контрольной группы он не изменился. Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о целесообразности применения ремаксолола у больных с нарушениями функции печени, развившимися на фоне острых отравлений химической этиологии.

### Химиопрофилактика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией

Синицын М.В., Аюшеева Л.Б.  
Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Москва

Введение. Туберкулез и ВИЧ-инфекция занимают ведущее место среди причин смерти от инфекционных заболеваний, несмотря на то, что основные эпидемиологические показатели по распространению туберкулеза в мире имеют тенденцию к улучшению. Среди причин смерти ВИЧ-инфицированных лиц около 25–30% связано с туберкулезом. Для предотвращения заболевания туберкулезом больные ВИЧ-инфекцией должны принимать антиретровирусную терапию, которая длительное время позволяет избежать снижения иммунитета и тем самым препятствует развитию туберкулеза и других вторичных заболеваний. Другим эффективным средством является химиопрофилактика туберкулеза, т.е. прием противотуберкулезных препаратов с профилактической целью.

Цель исследования: изучение эффективности химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. Для изучения эффективности и переносимости химиопрофилактики туберкулеза у больных

ВИЧ-инфекцией использованы данные кабинета профилактики и раннего выявления туберкулеза, амбулаторные карты (форма № 025), электронные журналы назначения химиопрофилактики. Результаты и обсуждение. Согласно утвержденной в городе Москве «Инструкции по химиопрофилактике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией» ее проведение обязательно при уровне CD4<sup>+</sup> лимфоцитов ниже 350 в кл/мкл, при положительных внутрикожных пробах (после исключения активного туберкулеза), при получении данных о ранее перенесенном туберкулезе, а также после контакта с больным туберкулезом. С целью диагностики латентной туберкулезной инфекции в 2015 году 5858 пациентам поставлена кожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, зафиксировано 257 положительных тестов 4,4%. При дальнейшем обследовании этих пациентов у 47 установлен диагноз туберкулеза, остальным проведена превентивная химиотерапия. В течение 2015 года химиопрофилактика была назначена 1094 больным ВИЧ-инфекцией, что в 9,3 раза больше по сравнению с 2014 годом, когда она назначалась только 117 пациентам. Схемы химиопрофилактики были следующие: изониазид в течение 6 мес, изониазид и пиразинамид (или этамбутол) 3 мес. Подавляющему большинству химиопрофилактика проведена 2 препаратами, в ряде случаев одним. Химиопрофилактика назначалась и контролировалась в кабинете фтизиатра, расположенном в Московском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом (МГЦ СПИД). Из 1094 пациентов 911 (83,3%) успешно завершили лечение, 167 (15,3%) самостоятельно его прервали. У 16 (1,4%) человек появились нежелательные реакции на применение противотуберкулезных препаратов, что потребовало отмены курса химиопрофилактики. За время наблюдения ни одного случая туберкулеза у пациентов, завершивших химиопрофилактику, не было зарегистрировано. Среди прервавших лечение у двух больных ВИЧ-инфекцией в течение последующего года выявлен туберкулез легких. Диагноз туберкулеза впервые в 2015 году был установлен у 331 лица с ВИЧ-инфекцией, из числа постоянных жителей, что составило 18,6% от всех впервые выявленных больных туберкулезом. По сравнению с 2014 годом в 2015 году заболело туберкулезом на 69 ВИЧ-инфицированных меньше.

**Заключение.** Координационное взаимодействие с МГЦ СПИД позволило организовать выявление туберкулеза и латентной туберкулезной инфекции у ВИЧ-инфицированных лиц, увеличить охват химиопрофилактикой туберкулеза. Это привело к существенному снижению числа заболевших туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных. Таким образом, можно отметить, что химиопрофилактика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией является эффективным средством предотвращения развития активного заболевания, проводится стандартными схемами, состоящими из одного или двух противотуберкулезных препаратов основного ряда, при этом в основном переносится хорошо.

### **Организация и проведение заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза учреждений Департамента здравоохранения г. Москвы**

Синицын М.В., Волкова О.В.  
Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Москва

Как показывают исследования, наибольшая доля заболевших туберкулезом работников общей лечебной сети приходится на следующих специалистов: патологоанатомы, врачи клинической лаборатории, хирурги, фтизиатры, фельдшеры скорой медицинской помощи, лаборанты клинической лаборатории, фельдшеры-лаборанты. Заболеваемость этих групп медицинских работников связана с массивностью воздействия на них биологического фактора и высокой степенью риска заражения инфекцией в процессе их работы. Внутрибольничная передача туберкулезной инфекции характеризуется тем, что пациент и персонал лечебно-профилактического учреждения при заболевании туберкулезом

одновременно могут являться опасными по отношению друг к другу. Профилактика туберкулеза в медицинских организациях заключается в строгом соблюдении мер инфекционного контроля. Основным средством, направленным на разрыв механизма передачи возбудителя туберкулеза, является дезинфекция, как текущая, так и заключительная. Заключительная дезинфекция в медицинских организациях нетуберкулезного профиля проводится в случае выявления больного активным туберкулезом (после выписки, смерти или перевода больного) с целью обеззараживания объектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессе пребывания в стационаре. Она осуществляется специализированными организациями не позднее 24 часов с момента получения ими заявки, имеющими лицензию на медицинскую деятельность по профилю «дезинфектология». При заключительной дезинфекции обеззараживаются различные объекты, имеющие эпидемиологическое значение в передаче возбудителя: помещения и предметы обстановки, санитарно-техническое оборудование, вентиляционные системы и другие инженерно-технические устройства, а также их рабочие элементы, медицинские инструменты и оборудование, бывшие в контакте с больным или биологическим материалом от больного, предметы ухода за больными, одежда медицинского персонала, постельные принадлежности больного и белье, медицинские отходы, кожные покровы больных и персонала, санитарный транспорт. При проведении заключительной дезинфекции обязательным является проведение камерной дезинфекции вещей и постельных принадлежностей. Перед проведением заключительной дезинфекции, если в очаге есть насекомые, проводятся дезинсекционные мероприятия, а в показанных случаях и дератизация (при отсутствии плановой дератизации или при наличии на объекте грызунов). Салон транспортного средства после перевозки пассажира, больного туберкулезом (при подозрении на заболевание), подлежит санитарной обработке с применением дезинфицирующих средств, обладающих туберкулоцидной активностью. Обработка проводится на специальных площадках персоналом лечебного учреждения, куда был доставлен больной. Заключительную дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию в очагах туберкулеза проводят в отсутствие людей, не имеющих отношения к обработке. Руководство заключительной дезинфекцией должно обязательно осуществляться врачом санитарно-эпидемиологической (дезинфекционной) станции. После дезинфекции обязательно проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды. В целях оперативного проведения заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза рекомендуется оформить установленным порядком лицензию на право проведения дезинфекционных работ и в этом случае проводить заключительную дезинфекцию своими силами. Качественное проведение дезинфекционных мероприятий и достаточный инфекционный контроль являются барьером на пути заболеваемости туберкулезом пациентов и медицинских работников в медицинской организации. Таким образом, в медицинских организациях независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования, обеспечивающих профессиональную безопасность медперсонала от воздействия биологических факторов: сведение к минимуму возможности заноса инфекции, исключение внутригоспитальных заражений, исключение выноса инфекции за пределы лечебного учреждения.

### **Оценка возрастной динамики концентраций свободного тестостерона внутри одного референтного интервала**

Синявкин Д.О., Сайфуллин Р.Ф., Арефьева Н.А.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Резюме: нами изучено изменение андрогенного статуса у мужчин внутри возрастной группы 16–40 лет. Согласно данным литературы, для мужчин до 50 лет используется единый референтный интервал, однако в результате работы мы выявили статистически

значимое снижение концентрации свободного тестостерона (СТ) с возрастом, между группами 16–30 и 31–40 лет, что говорит о необходимости расчета дифференцированных референтных интервалов для этих групп и открывает возможности для более точной диагностики возрастного андрогенного дефицита. Введение: оценка андрогенного статуса — основа диагностики широкого спектра патологий эндокринной системы у мужчин, выявления распространенного возрастного андрогенного дефицита, решения вопроса о заместительной терапии и ее мониторинга. В контексте возраста в инструкциях к диагностическим наборам и клинической практике принято разделять референтные значения СТ у мужчин препубертатного возраста (до 16–18 лет) и постпубертатного возраста (16–50 лет). Концентрация общего тестостерона (ОТ), глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), альбумина и других показателей андрогенного профиля широко варьирует в зависимости от диеты, ИМТ, концентрации инсулина и возраста. А при патофизиологических состояниях, таких как острый и хронический стресс, психосоматические патологии, неконтролируемый прием стероидных препаратов, гипогонадизм и т.д., уровень ГСПГ, альбумина и их соотношение нарушается, что неизбежно влияет на содержание (СТ). По результатам эпидемиологических исследований (BLSA; NMAPS; MMAS) выявлено увеличение частоты развития гипогонадизма с возрастом. После 50 лет концентрация ОТ снижается. Динамика падения, по данным различных исследований, колеблется от 0,5 до 2% в год. Согласно результатам BLSA, примерно 12, 20, 30 и 50% мужчин в возрасте 50, 60, 70 и 80 лет соответственно имеют андрогенный дефицит. Цель исследования: выявление различий концентрации свободного тестостерона внутри возрастного интервала 16–40 лет у мужчин.

Материалы и методы: для исследования отобрана группа мужчин численностью 44 человека. Критериями отбора были: возраст от 16 до 40 лет, отсутствие вредных привычек, соматических жалоб, хронических заболеваний, нормальный индекс массы тела, нормальные показатели гемограммы, CRP, IL2R, основных биохимических показателей, ПСА. Лабораторный анализ выполнен на ИХЛ-анализаторах Beckman Coulter Access 2, Siemens Immulite 2000, биохимическом анализаторе Beckman Coulter Au 680. Определялись следующие показатели: ОТ, ГСПГ, соотношение ОТ: ГСПГ, свободный тестостерон (СТ), % свободного тестостерона (% СТ), БТ, % биодоступного тестостерона (% БТ), альбумин. Использовались диагностические наборы Beckman Coulter Access: Testosterone, Hybritech PSA, Albumin. Siemens Immulite: SHBG. Статистическая обработка данных выполнена в программах MS Excel и SPSS Statistics 17.0 посредством описательной статистики и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты: исследуемую группу мы разделили на 5 подгрупп: 16–20 лет (n=11, ср. возраст 18,5±0,4), 21–25 лет (n=9, ср. возраст 23,3±0,4), 26–30 лет (n=9, ср. возраст 28,6±0,5), 31–35 лет (n=10, ср. возраст 33,2±0,4), 36–40 лет (n=5, ср. возраст 39,0±0,6). После сравнения результатов мы выявили снижение средних величин с возрастом по показателям ОТ, СТ, БТ, соотношения ОТ: ГСПГ, остальные величины с возрастом не изменялись. Однако при проверке достоверности значимая разница была зафиксирована только между 1 и 4, 5 группами и между 2, 3 и 5 группами (p<0,05). Разницы между соседними группами выявлено не было (p>0,05). Далее мы разделили выборку на 2 подгруппы: 16–30 лет (n=29, ср. возраст 23,1±0,8, ср. значение СТ 0,46±0,13 нмоль\л), и 31–40 лет (n=15, ср. возраст 35,1±0,8, ср. значение СТ 0,33±0,6 нмоль\л). Сравним результаты между двумя группами, мы выявили статистически значимую разницу по тем же показателям (p<0,01).

Вывод: выявленные различия концентрации СТ в группах мужчин 16–30 и 31–40 лет позволяют уточнить возраст начала снижения уровня СТ и диктуют необходимость расчета дифференцированных референтных интервалов с учетом возрастного разделения. В том числе необходим расчет и коррекция референтных интервалов для ОТ, СТ: ГСПГ и БТ.

## Мануальная терапия, перспективы развития, задачи на будущее

Ситиль А. Б.  
Центр мануальной терапии, Москва

Мануальная терапия — система диагностики, профилактики и лечения заболеваний позвоночника и патогенетически связанных с ними висцеральных, спинномозговых и церебральных нарушений. Объект воздействия — двигательный стереотип человека, его перекодировка путем ликвидации функциональных ограничений пассивной подвижности в суставах позвоночника — функциональных блокад, выявленных при мануальной (ортопедической) диагностике и вызвавших клинические проявления заболевания. Наиболее эффективна в острых и подострых стадиях заболевания, пока формирование патологического двигательного стереотипа не закреплено в долговременной памяти. Мануальная терапия направлена на выздоровление больного и возвращение его к трудовой деятельности; имеет противопоказания. Эффективность мануальной терапии научно обоснована, доказана на большом контингенте больных, направляемых ранее на оперативное вмешательство по поводу грыж межпозвоночных дисков. В Центре мануальной терапии (ЦМТ) их возвращение к трудовой деятельности при консервативном лечении в амбулаторных условиях осуществляется в течение 2–3 недель. В эти же сроки возвращаются к труду и пациенты с болевыми, миофасциальными, нейротрофическими, сосудисто-компрессионными синдромами и преходящими нарушениями мозгового кровообращения при патологии шейного отдела позвоночника. По мануальной терапии получено 24 авторских свидетельства и патента на изобретения, из них ЦМТ — 15. В июне 2014 г. получен Диплом национальной премии «Призвание» за «Создание нового направления в медицине». С 2001 г. издается ежеквартальный ВАКовский журнал «Мануальная терапия». Практическими врачами ЦМТ защищены 12 кандидатских и 3 докторских диссертации. Опубликовано более 300 научных трудов, из них методических рекомендаций — 15, монографий — 6, учебник по унифицированной программе обучения в мануальной терапии, утвержденный Ученым советом МЗ РФ. Россия является коллективным членом Всемирной Федерации мануальной медицины (FIMM). В исполнительный, научный и издательский комитеты FIMM входят сотрудники ЦМТ. В Германии издается печатный орган FIMM — журнал Manual medicine, где публикуются научные работы отечественных авторов. Перспективы развития: продолжить научные исследования по мануальной терапии, в связи с имеющимися патентами на изобретения расширить контингент Центра мануальной терапии по профилактике транзиторных ишемических атак и кардиопатических синдромов при патологии шейного отдела позвоночника, дооснастить Центр компьютерным томографом и ультразвуковой системой экспертного класса.

## Группы риска заболевания туберкулезом у детей и подростков, формируемые по иммунологическим пробам

Слогодская Л.В., Сенчихина О.Ю., Севастьянова Т.А., Шамуратова Л.Ф.  
Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Москва

Цель работы — оценить эффективность разных иммунологических тестов (пробы Манту и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным) в формировании групп риска по развитию туберкулеза у детей и подростков (6 группа диспансерного учета).

Материалы и методы. В 2013–2015 гг., как и в предыдущие годы, детям и подросткам города Москвы проведена массовая туберкулинодиагностика с 2 ТЕ ППД-Л при охвате более 97% подлежащих. По ее результатам была сформирована группа риска (6 группа). Всем детям, взятым на учет по этой группе, была проведена кожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (препаратом Диаскинест). Всем лицам с положительной реакцией на эту пробу проведена компьютерная томография.

Результаты. Каждый год обследуется 1 457 000–1 468 000 детей и подростков. При этом дети с положительными реакциями на пробу

Манту составляют от 71 до 74%, подростки – 79%. В противотуберкулезные диспансеры направляется на обследование только 12% детей и 10% подростков, имеющих положительные реакции. Остальных врачи общей лечебной сети расценивают как лиц с поствакцинальной аллергией, что выглядит вполне логично. Ведь ежегодно выявляется только 0,5% детей, впервые инфицированных (с выражом туберкулиновых реакций), которые наблюдаются по 6А группе, а подростков — в 10 раз меньше — всего 0,05% от туберкулинположительных. Значит, за 14 лет произойдет накопление инфицированных детей порядка 7%, а подростков за три года примерно 0,15%. Лица с гиперергическими реакциями и усилением реакции более чем на 6 мм составят менее 1,0%. Была проанализирована частота положительных реакций на пробу Манту в каждый возрастной год и оказалось, что в первый год жизни частота положительных реакций — 66,8%, что объясняется вакцинацией. В 6 лет она достигает 75,9%, в среднем составляя в возрасте от 3 до 7 лет 70,8%, при этом частота впервые инфицированных составила в этом возрасте 0,96%. Далее частота выражей снижается, составив у детей 7–14 лет в среднем за год всего 0,47%. Частота положительных реакций логично увеличивается, составляя 77,5% в возрасте 7–14 лет. У подростков частота положительных реакций на пробу Манту составила 79,1%, частота выражей пробы в возрасте 14–17 лет составляла ежегодно в среднем — 0,05% (у детей до 14 лет — 0,57%). Рассмотрим результаты пробы с АТР в каждой из подгрупп 6 группы диспансерного наблюдения, сформированной по пробе Манту. Среди лиц, наблюдаемых с выражом, процент положительных реакций на пробу с АТР наиболее низкий — всего 7,3% в возрасте 7–14 лет и 16,3% — у подростков, что, вероятно, объясняется низким порогом положительных реакций Манту. В группе лиц с гиперергией реакций Манту (с папулой более 17 мм или везикуло-некротическими реакциями), которые наблюдаются по 6Б группе, — положительные реакции на пробу с ДСТ наблюдаются у 52,7% детей 7–14 лет и 81,4% подростков. Ниже частота положительных реакций на пробу с АТР в 6В группе (с увеличением реакции на пробу Манту более чем на 6 мм) — у 24% детей 7–14 лет и 35,3% подростков. Это вполне соответствует тому, что при увеличении порога положительных реакций увеличивается вероятность развития активной туберкулезной инфекции. Несмотря на то, что превентивную терапию получают только дети с положительной реакцией на пробу с АТР, отмечается снижение заболеваемости контингентов из 6 группы.

Выводы. 1. Результаты работы показывают, что при высоком пороге положительной реакции на пробу Манту (17 мм и более) частота положительных реакций на пробу с АТР наиболее высокая (52,7% у детей и 81,4% у подростков), по сравнению с группами, сформированными по выражу (7,3 и 16,3% соответственно) и усилению реакции на пробу Манту (24 и 35,3% соответственно). 2. Частота положительных реакций на пробу Манту обусловлена в основном результатом поствакцинальной аллергии, поскольку накопление первичного инфицирования, гиперергии и усиления реакции за весь детский и подростковый возрастной период не превышает 10%, а частота положительных реакций в популяции — выше 70%. 3. С возрастом показатели первичного инфицирования по пробе Манту снижаются, а частота положительных реакций на пробу с АТР в этих группах, напротив, растет — особенно в группе впервые инфицированных — это еще раз подтверждает тот факт, что высокий процент положительных реакций на пробу Манту в первые годы жизни объясняется поствакцинальной аллергией. 4. Проведение превентивной химиотерапии только лицам с положительной реакцией на АТР способствует снижению заболеваемости из 6 группы диспансерного наблюдения.

## Модернизация стационарной наркологической помощи

Сокольчик Е.И.  
Московский научно-практический центр наркологии, Москва

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в

сфере здравоохранения» завершена модернизация наркологической службы Департамента здравоохранения города Москвы. В рамках реорганизации наркологической службы: в декабре 2013 года в состав Государственного казенного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» вошло Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы «Наркологическая клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы» в качестве обособленного структурного подразделения — Клинического филиала (приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 14.08.2012 г. № 805); — в апреле 2014 года к Государственному казенному учреждению здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» присоединено Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая больница № 9 Департамента здравоохранения города Москвы» в качестве филиала — Реабилитационного центра (приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 14 августа 2012 года № 805). В результате проведенных преобразований наркологическая служба Департамента здравоохранения города Москвы представлена Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»). Произведена оптимизация коечного фонда, изменен профиль существующих коек с учетом структуры больных, поступающих на лечение. Коечная мощность учреждения с 01 сентября 2016 года составляет 1505 наркологических коек и 18 реанимационных коек. В структуре коечного фонда предусмотрены койки для оказания неотложной наркологической помощи, медицинской помощи больным с сопутствующими психическими заболеваниями, для ВИЧ-инфицированных больных. Для оказания услуг по медико-социальной реабилитации выделено 245 реабилитационных коек, из них 25 — для несовершеннолетних. Разработана технология организации оказания наркологической помощи, включающая профилактику употребления психоактивных веществ, раннее выявление и вмешательство в отношении потребителей наркотиков, алкоголя и табака, а также дифференцированное лечение и реабилитация (абилитация) больных наркологического профиля, зависимого поведения и лиц группы риска. В ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» разработана единая система профилактики, лечения и медицинской реабилитации больных, страдающих синдромом зависимости от наркотиков. Бесплатно проводится полный комплекс мероприятий по оказанию профилактической и лечебно-реабилитационной помощи больным, страдающим наркоманией. На первом этапе в наркологических стационарных отделениях проводится медикаментозное лечение острой интоксикации и абстинентных расстройств. Первый этап составляет от 7 до 28 дней. На втором этапе лечения пациенты переводятся в стационарные отделения реабилитации ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», где в течение 30–45 дней по интенсивной программе проводятся медицинские, психологические, социальные и трудовые мероприятия, направленные на восстановление личности и социального статуса больного. На третьем этапе отдельная категория больных поступает для дальнейшего лечения в дневные стационары. На четвертом этапе больные в течение от 1 до 4 месяцев посещают амбулаторную реабилитационную программу ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», направленную на адаптацию пациентов к трезвой жизни. На пятом этапе больные поступают на амбулаторную программу постреабилитационного пространства. На шестом этапе больные для дальнейшей реабилитации направляются в группы само- и взаимопомощи «Анонимные наркоманы», «Анонимные алкоголики». Для оказания стационарной реабилитационной помощи возвращено 245 реабилитационных коек. Все перечисленное позволило выполнить целевые показатели (индикаторы) модернизации наркологической службы Департамента здравоохранения города Москвы в соответствии с приказом Минздрава России от 5 февраля 2015 г. № 38 «О внесении изменений в Концепцию модернизации наркологической службы РФ до 2016 года, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 июня 2014 г. № 263».



## Тенденции заболеваемости ожирением по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения г. Москвы в двадцатилетней ретроспективе

Стародубова А.В.  
Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии,  
Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва

**Введение.** Ожирение является фактором риска неинфекционных заболеваний и связано с повышением смертности населения. Неблагоприятные последствия и осложнения ожирения наносят ущерб здоровью и являются тяжелым бременем для системы здравоохранения.

**Методы.** Проанализирована первичная заболеваемость ожирением по обращаемости в лечебные учреждения г. Москвы в разных возрастных группах (дети, подростки и взрослые) в период с 1992 по 2012 год. В качестве источника данных о пациентах с ожирением, зарегистрированных в г. Москве, использовалась форма статистической отчетности № 12 (отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения, данные предоставлены ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва) и данные Росстата о среднегодовой численности населения в г. Москве соответствующего возраста за 1992–2012 годы. **Результаты:** в период с 1992 по 2012 г. отмечено увеличение первичной заболеваемости по обращаемости в ЛПУ г. Москвы детей в 6,2 раза, подростков в 4,9 раза, взрослых в 1,6 раза. В 2012 году первичная заболеваемость ожирением детей составила 451 новый случай ожирения на 100 тыс. населения соответствующего возраста, что было выше, чем в среднем по РФ (382 случая). Первичная заболеваемость подростков составила 527 новых случаев ожирения на 100 тыс. населения соответствующего возраста, это было незначительно ниже среднего показателя по РФ (567 случаев). Первичная заболеваемость взрослых составила 56,6 нового случая ожирения на 100 тыс. населения соответствующего возраста, что было значительно ниже, чем в среднем по РФ (141 случай).

**Заключение:** анализ статистических данных свидетельствует о росте заболеваемости ожирением в городе Москве с 1992 по 2012 год, наиболее выраженном в возрастных группах детей и подростков. Тенденции выявленной обращаемости во всех возрастных группах и недознание патологии преимущественно у взрослых позволяют говорить о неблагоприятном прогнозе по заболеваемости ожирением.

## Качество жизни пациентов, страдающих эндогенным процессуальным заболеванием в конечной стадии, находящихся на паллиативном стационарном лечении в ГБУЗ «ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ»

Строкина Т.В., Городошникова И.В.  
Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

**Актуальность проблемы.** Оказание паллиативной помощи лицам, страдающим эндогенными процессуальными заболеваниями, в отечественной психиатрической практике является новым, недостаточно теоретически обоснованным и институционально оформленным направлением. Это связано как с особым положением психиатрии среди других медицинских дисциплин, так и с тем, что паллиативная помощь исторически возникла как составная часть соматической медицины. По определению ВОЗ паллиативная помощь — «направление медицинской и социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов — физических, психологических и духовных». В психиатрии лечение процессуальных заболеваний до сих пор остается симптоматическим, таким образом, эти состояния подпадают под определение «инкурабельности». При этом психическое заболевание не может быть непосредственной причиной смерти, но может являться причиной страданий пациентов и их семей. Дополнительную

трудность представляет то обстоятельство, что задачей психиатрической паллиативной помощи является не только устранение объективного источника страдания, но и субъективного, так как душевная боль может приносить не меньшие страдания, чем физическая. Концепция психического здоровья, учитывает не только психологические и социальные аспекты жизни, но и ощущение субъективного благополучия. Оценка качества жизни является косвенным методом определения степени страдания пациента.

**Цель исследования:** оценка качества жизни пациентов с шизофренией в конечной стадии, находящихся на паллиативном стационарном лечении в ГБУЗ «ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ».

**Материалы и методы.** Критерии направления в паллиативные отделения ПКБ № 3: тяжелые хронические психические заболевания, необходимость проведения систематического лечения, не представляющегося возможным в амбулаторной сети, невозможность удовлетворять основные жизненно важные потребности, беспомощность, социально-бытовая дезадаптация. В исследование включены 20 пациентов (10 женщин и 10 мужчин) с шизофренией, способных по психическому состоянию (степени эмоционально-волевого дефекта) понять и качественно выполнить поставленную перед ними задачу. Пациентов просили оценить качество жизни за последние 2 недели и заполнить опросники ВОЗ: специализированная шкала КЖ-СМ для больных эндогенными психозами и КЖ-100.

**Результаты:** 13 пациентов (65%; 8 мужчин и 5 женщин) имели средний показатель качества жизни (от 147 до 210 баллов); 5 пациентов (25%; 1 мужчина и 4 женщины) низкую степень качества жизни (от 128 до 138 баллов); 2 пациента (10%) высокий показатель качества жизни (213 и 215 баллов).

**Выводы.** Субъективная оценка пациентами своего внутреннего состояния в стационарных условиях в 65% случаев была удовлетворительной. Негативными факторами при оценке качества жизни мог служить ограничительный режим отделения, где пациенты вынуждены подчиняться распорядку, а также имеют вынужденный круг общения. В то же время пациенты все же ощущают свою социальную защищенность: в отделении с пациентами и их родственниками проводится активная работа по психологической поддержке — индивидуальные консультирования, группы самовыражения, психообразования, поддержки, активации, по возможности трудотерапия; имеют место юридические консультации по вопросам жилищных либо иных споров. Немаловажной составляющей являются регулярное питание, уход и удовлетворительное содержание пациентов. Все это может являться положительными факторами при оценке качества жизни. Достаточно большой процент низкой оценки качества жизни у женщин объясняется тем, что статистически (вне зависимости от нозологических единиц) у женщин более выражен уровень тревожного реагирования и аффективных колебаний, что в свою очередь затрудняет достижение качественного уровня медикаментозной ремиссии в рамках основного, эндогенного процессуального заболевания. Учитывая неизменный рост запросов на паллиативную помощь пациентам с хроническими инвалидизирующими психическими расстройствами и снижением качества общего функционирования, необходимо дальнейшее расширение высококвалифицированной помощи и поддержки указанным больным согласно биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи.

## Анализ особенностей коморбидной патологии как основа индивидуализированного подхода к реабилитации пациентов с остеоартрозом после эндопротезирования суставов

Штешина Т.Э., Шаповаленко Т.В., Лядов К.В.  
Лечебно-реабилитационный центр, Москва

**Цель исследования:** изучить структуру коморбидной патологии у пациентов с остеоартрозом на раннем этапе реабилитации после эндопротезирования суставов, определить пути оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 118 историй болезни пациентов, госпитализированных в отделение

восстановительного лечения и реабилитации после операций эндопротезирования тазобедренного (56,7% случаев) или коленного (43,3% наблюдений) суставов по поводу остеоартроза с тяжелой дисфункцией нижних конечностей на фоне выраженного болевого синдрома. Сведения о сопутствующих заболеваниях были собраны на основании анамнеза, данных клинико-инструментальных обследований в пред- и послеоперационном периоде. Пациенты госпитализировались на 5–6 сутки после проведения операции. В структуре пациентов преобладали женщины (75,6%), средний возраст  $66,9 \pm 4,4$  года; мужчины составляли 24,4% госпитализированных (средний возраст  $63,4 \pm 2,1$  года).

Результаты и обсуждение. Коморбидные заболевания выявлялись у 86,6% больных; у 57,9% пациентов имелось сочетание остеоартроза с двумя и более сопутствующими заболеваниями. 87,5% больных страдали гипертонической болезнью, у 20,9% имелась ишемическая болезнь сердца, у 9,3% — сахарный диабет. 12,5% пациентов в анамнезе указывали на перенесенный инсульт. У 31,3% пациентов выявлялась абдоминальное ожирение 1–2 степени. Следует отметить высокую частоту поражений желудочно-кишечного тракта (у 62,5% больных), при этом в структуре патологии преобладали хронический гастрит и дуоденит, язвенная болезнь отмечалась в 12,5% случаев. Варикозное расширение вен нижних конечностей встречалось у 43,8% больных. В раннем послеоперационном периоде (1–2 сутки) проводилось ультразвуковое исследование вен нижних конечностей, при этом у 4 из 118 (3,4%) пациентов отмечалось развитие тромбоза глубоких вен (в 1 случае — задней большеберцовой вены, в 3 случаях — мышечно-венозных синусов). Кроме того, мониторинг гематологических показателей выявлял постгеморрагическую анемию легкой или средней степени тяжести у 62,5% пациентов, в 4,2% наблюдений отмечалось развитие тяжелой анемии. Медикаментозная коррекция на этапе восстановительного лечения включала антигипертензивную, антиангинальную, сахароснижающую терапию у пациентов с соответствующей патологией с тщательным контролем показателей гемодинамики и углеводного обмена. Коррекция болевого синдрома требовалась 98,3% пациентов. Учитывая высокий риск тромбообразования, всем пациентам назначались антикоагулянты, что в сочетании с анальгетической терапией повышало риск желудочно-кишечных кровотечений и требовало проведения медикаментозной гастропротекции. Пациенты с анемией получали препараты железа, при тяжелой степени патологии или в ситуациях, требовавших быстрого достижения лечебного эффекта, проводились гемотрансфузии. При контрольном исследовании на 12–14 сутки после операции нормализация лабораторных показателей отмечалась у 75,2% пациентов, в 24,8% наблюдений сохранялась анемия легкой степени. Программа реабилитации осуществлялась междисциплинарной бригадой и включала в себя: лечебную гимнастику индивидуально с инструктором, коррекцию стереотипа ходьбы на дорожке с биологической обратной связью, мобилизацию оперированного сустава на механотерапевтических аппаратах, магнито- и лазеротерапию. При отсутствии тромбоза глубоких вен также проводились электромиостимуляция и массаж оперированной конечности в электростатическом поле. Дозирование нагрузки осуществлялось с учетом коморбидной патологии на основе динамической оценки соматического статуса и данных лабораторно-инструментальных методов исследования. Заключение. Индивидуализированный подход с учетом особенностей коморбидной патологии способствует оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с остеоартрозом в раннем восстановительном периоде после эндопротезирования суставов.

## Оценка пищевого статуса здорового и больного ребенка

Строкова Т.В., Павловская Е.В., Сурков А.Г., Багаева М.Э., Таран Н.Н., Матинян И.А., Васильева Е.А.  
Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Пищевой статус — показатель, определяющий физическое и психическое развитие, обеспеченность организма энергией,

макро- и микронутриентами, индивидуальные особенности обменных процессов в разные возрастные периоды жизни человека. Оценка пищевого статуса производится на основе мониторинга основных параметров, характеризующих структуру, функцию и адаптационные резервы организма в сравнении с нормативными величинами с учетом возраста, пола, степени физической активности.

Целью определения пищевого статуса у здорового ребенка является оценка адекватности физического развития, а при различных болезнях — выявление отклонений показателей как физического развития, так и макро- и микронутриентной обеспеченности растущего организма. Коррекция выявленных изменений позволяет решить основную задачу диетологии — организовать питание, оптимальное для роста и развития организма здорового ребенка, а при необходимости дать рекомендации по лечебному питанию как обязательной составной части терапии при различных заболеваниях. К методам диагностики нарушений пищевого статуса относятся анамнестические, антропометрические, биохимические, инструментальные. Оценка антропометрических показателей, используемых для определения физического развития ребенка, необходима для выявления степени недостаточности питания, диагностики избытка массы тела. По рекомендации ВОЗ необходимо использовать антропометрический калькулятор для оценки роста и развития ребенка Anthro для детей до 5 лет, и Anthro Plus — для детей 5–19 лет. Для изучения фактического питания может быть применен комплекс разнообразных подходов. При составлении персонализированных рационов наиболее информативным является метод регистрации (взвешивания). Сравнение фактических данных с рекомендуемыми позволяет прогнозировать возможные изменения в состоянии здоровья и предлагать разнообразные способы коррекции питания у детей. Оценка состава тела с использованием биоимпедансометрии основана на измерении электрической проводимости биологических тканей, позволяющем по измеренному импедансу (электрическому сопротивлению) количественно оценить различные компоненты состава тела, выявить особенности липидного и водно-солевого обмена, определить долю жировой и мышечной тканей.

Целью проведения исследования является анализ и динамический контроль изучаемых показателей, особенно при избыточной или недостаточной массе тела. При различных заболеваниях для индивидуализации рациона важным является определение энерготрат покоя, отдыха или нагрузки по скорости потребления кислорода и скорости выделяемого углекислого газа методом nepřямой калориметрии. Метод позволяет провести оценку скоростей эндогенного окисления белков, жиров и углеводов. Главные возрастные различия показателей основного обмена у детей заключаются в отношении между затратами на рост и активность, что необходимо учитывать при составлении рациона. Определение биохимических маркеров пищевого статуса позволяет как определить доклинические формы нарушения питания, так и оценить риск развития алиментарно-зависимых заболеваний. Используемые методы можно разделить на две большие группы: статические, позволяющие провести анализ содержания пищевых веществ или их метаболитов в биологическом материале, и функциональные методы с использованием различных нагрузочных проб для оценки активности ферментов или концентрации компонентов, зависящих от функций пищевых веществ, анализ метаболитов, накапливающихся при дефиците нутриентов. Наибольшее значение имеет исследование показателей, характеризующих состояние белкового, липидного, углеводного, витаминного, минерального и иммунного статуса. Адекватная оценка пищевого статуса позволяет разработать лечебное питание, адаптированное к особенностям патогенеза, характеру клинического течения и стадии болезни, уровню и характеру метаболических нарушений, что является важнейшим лечебным фактором, обладающим многосторонним действием на организм, благоприятно влияющим на метаболические процессы, улучшающим эффект комплексной терапии, прогноз заболевания и качество жизни больных.

## Тренировка респираторных мышц в реабилитации больных соматическими заболеваниями и хирургических пациентов

Сычева М.Г., Рассулова М.А.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Цельный ряд хронических заболеваний (респираторные, эндокринные, нейромышечные, системные и др.), а также оперативные вмешательства на грудной клетке приводят к развитию респираторной мышечной дисфункции. Ее основным клиническим проявлением является одышка, приводящая к ограничению физической работоспособности и снижению качества жизни. Тренировки респираторных мышц (ТРМ) способны улучшить состояние этих больных и могут использоваться в реабилитации пациентов с различными заболеваниями отдельно или в комбинации с общей физической тренировкой.

Цель предлагаемого сообщения — ознакомление врачей ЛПУ с видами и общим алгоритмом проведения программ тренировок дыхательных мышц большим различными соматическими заболеваниями и пациентам после торакальных операций. Проведение ТРМ возможно в любом медицинском учреждении при наличии пульсоксиметра, монитора сердечного ритма, тонометра, секундомера. Оптимальный набор оборудования включает также тренажер дыхательных мышц, спирометр, портативное устройство для измерения максимальных ротовых давлений. Сформулированы общие принципы проведения ТРМ. Наиболее эффективно использование дыхательных тренажеров отдельно для тренировки инспираторных и экспираторных мышц. Рекомендуемый алгоритм ТРМ: 10–30 минут 2 раза в день 5–6 раз в неделю, не менее 6 недель под контролем медицинского персонала. Тренировки респираторных мышц увеличивают их силу и выносливость, улучшают стереотип дыхания, снижают одышку, способствуют раннему восстановлению функций организма и снижению количества осложнений после торакальных операций. Ключевые слова: тренировки респираторных мышц; общий алгоритм.

## Роль электрофизиологических методов мониторинга врожденной глаукомы у детей

Тарасенков А.О., Мазанова Е.В.  
Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им.Гельмгольца, Москва

Актуальность: врожденная глаукома до настоящего времени продолжает оставаться одной из частых причин слепоты и слабо-видения в детском возрасте. Наибольшие сложности диагностики возникают в начальной стадии или при слабой выраженности клинических признаков болезни. Также достаточно сложен контроль в послеоперационный период за компенсацией глаукоматозного процесса у маленьких детей. Выявление субнормальных значений внутриглазного давления (ВГД) также вызывает трудности в интерпретации и выборе тактики лечения больного.

Цель работы: электрофизиологический мониторинг состояния сетчатки и зрительных путей на разных стадиях врожденной глаукомы. Материалы и методы: обследовано в динамике 165 детей в возрасте от 3 мес. до 16 лет (287 глаз) из них начальная глаукома — 25 детей (48 глаз), развитая — 37 детей (58 глаз), далеко зашедшая — 78 детей (138 глаз), почти абсолютная — 20 детей (28 глаз), абсолютная — 15 детей (15 глаз). Этой группе детей проведено полное комплексное офтальмологическое обследование, а также общая (оЭРГ) и ритмическая (рЭРГ) электроретинограмма, зрительные вызванные потенциалы на паттерн (пЗВП) и вспышку (вЗВП) в стандартных условиях, рекомендованных ISSF.

Результаты: во всех стадиях врожденной глаукомы у больных с некомпенсированной глаукомой, обследованных в ранние сроки от начала заболевания, выявлено увеличение амплитуды волны «в» выше возрастной нормы от 30–40% в начальной стадии до 70% в почти абсолютной стадии болезни. Амплитуда рЭРГ также превышала норму от 10% в начальной до 50% в почти абсолютной стадии глаукомы. У детей с продолжительным периодом высокого ВГД регистрировалось угнетение электрогенеза сетчатки. При хирургической компенсации

ВГД амплитудные характеристики резко снижались, а в дальнейшем при стойкой компенсации ВГД восстанавливались в зависимости от степени сохранности нейронов сетчатки. В начальной стадии болезни амплитуда ЭРГ и рЭРГ восстанавливалась до возрастных норм, в развитой стадии амплитуда оставалась сниженной на 10–30% у большинства детей этой группы (43 случая), на 30–50% зарегистрировано в 15 случаях, в почти абсолютной стадии снижение амплитуды на 50–70% отмечалось у половины детей (70 глаз), на 30–50% в трети случаев (32 глаза), у остальных снижение не превышало 30% (36 глаз). При недостаточной компенсации ВГД (субнормальные цифры) восстановление ЭРГ не происходило, а регистрировалось дальнейшее угнетение амплитуды. В начальной стадии болезни выявлены изменения пЗВП на паттерны больших размеров (60' и 100'), где латентность Р100 была увеличена на 10–30 мс. Максимальные отклонения зарегистрированы у детей со значительным по времени периодом некомпенсации ВГД. Латентность вЗВП находилась в пределах нормы. В развитой стадии болезни при экскавации диска зрительного нерва Э/Д=0,2–0,5 выявлено удлинение латентности Р100 на паттерны 100' — 15–40 мс, 20' — 10–30мс, удлинение вЗВП, по сравнению с верхней границей нормы составило 10–30 мс. Далеко зашедшая стадия врожденной глаукомы характеризовалась значительным разбросом показателей, в чем значение имели сроки гипертензии и разный уровень ВГД. Экскавация диска зрительного нерва в этой стадии заболевания составляла 0,5–0,9 Э/Д. В период некомпенсированного ВГД увеличение латентности Р100 на шахматные паттерны 100' и 60' составляло 30–70 мс, на 20' находилось в пределах 20–60 мс, на вспышку от 20 до 70 мс. В почти абсолютной и абсолютной стадиях пЗВП не регистрировались. Латентность ЗВП на вспышку составляла 170–180 мс, что значительно превышало норму. При нормализации ВГД в начальных стадиях заболевания в подавляющем количестве случаев 83% (88 глаз) происходило полное восстановление латентности и амплитуды ЗВП, в далеко зашедшей стадии в 46% (63 глаза) случаев у детей показатели пЗВП и вЗВП достигали нижней границы возрастной нормы в 34% случаев (47 глаз), латентность пЗВП оставалась увеличена на 20–40 мс, а вЗВП на 13–32 мс, в 20% (28 глаз) показатели латентности не восстанавливались, оставаясь в пределах 150–180 мс.

Выводы: таким образом, комплексная оценка органа зрения ребенка, включающая электрофизиологические методы исследования позволяет прогнозировать функциональные результаты и использовать показатели электрофизиологических исследований для контроля компенсации глаукоматозного процесса и мониторинга течения заболевания у детей в послеоперационный период.

## Оптимальный подход к лечению переломов костей предплечья у детей

Тиминчуа Д.В., Тарасов Н.И., Крестьяшин В.М., Выборнов Д.Ю.  
Городская детская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Актуальность: переломы костей предплечья у детей всех возрастных групп — одна из самых частых травм в структуре экстренной травматологии, встречаемость в 1,5 раза выше переломов верхней конечности другой локализации. Данный факт требует разумного и профессионального подхода к лечению переломов костей предплечья с учетом возраста, состояния пациента, локализации и типа перелома.

Целью данной работы является демонстрация вариантов лечения костей предплечья у детей и их результатов.

Материалы и методы: на базе отделения травматологии и ортопедии ДГКБ № 13 им. Филатова с 2010 по 2015 год проходили лечение 1800 детей с переломами костей предплечья различной локализации, проходившие оперативное лечение. При лечении данной патологии эталоном является проведение закрытой репозиции. При этом, к сожалению, процент неудовлетворительных результатов на фоне вторичного смещения остается достаточно высоким. При лечении переломов дистального сегмента переломов костей предплечья остеосинтез костей предплечья применяется от 10 до 24% в различные годы работы отделения. При лечении диафизарного

сегмента процент применения остеосинтеза колеблется от 20 до 46%. Установка металлофиксаторов производится под контролем рентгеноскопии. В качестве вариантов фиксации рассматриваются спицы, эластичные титановые стержни, реконструктивные пластины. На этапах лечения проводится рентгенография, ультразвуковые исследования для прогнозирования процесса консолидации. Выводы: метод интрамедуллярного остеосинтеза для лечения переломов костей предплечья у детей можно считать универсальным; применение спиц возможно в возрасте от 3 до 17 лет, функционально стабильный остеосинтез применим в старшей возрастной группе от 10 до 17 лет. Выбор фиксатора в перекрестных возрастных группах остается за хирургом. На основании ультразвукового исследования возможно прогнозирование консолидации различных вариантов переломов, выявление групп риска и разработка лечебно-профилактических мероприятий в индивидуальном порядке. На данном этапе исследования нарушение формирования регенерата в группах исследования выявлено у 2 детей.

## Организация гериатрической службы в г. Москва

Ткачева О.Н.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

В течение последних десятилетий в мире происходит глобальное старение населения. Демографическая ситуация в г. Москве, как и в Российской Федерации в целом, не является исключением. В период с 1998 по 2010 г. доля жителей г. Москвы старше 65 лет составляла около 14%. В 2015 г. численность населения г. Москвы старше трудоспособного возраста составила 3122 тыс. человек (25,6%). Доля жителей г. Москвы 80 лет и старше среди населения 60 лет и старше за последние 4 года выросла с 17,1 до 17,6%. В столице средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении выше, чем по стране в целом — в 2014 г. этот показатель составил 76,7 года (72,77 года для мужчин и 80,38 года для женщин). Увеличение в г. Москве числа лиц старших возрастных групп приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует проведения мероприятий, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым. В г. Москве 5 городских поликлиник и 5 стационарных учреждений на 3707 коек, ориентированных преимущественно на оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста. Обеспеченность населения г. Москвы геронтологическими койками более чем в 5 раз превышает аналогичный показатель по стране и составляет 3,41 на 10 тыс. соответствующего населения. В 2014 г. в шести медицинских учреждениях г. Москвы функционировали 1210 геронтологические койки. Из числа людей, проходящих диспансеризацию в г. Москве, доля лиц старше 60 лет составляет около 23%. Однако обеспеченность врачами-гериатрами, гериатрическими кабинетами и отделениями в поликлиниках и многопрофильных стационарах в г. Москве, как и по стране в целом, является недостаточной. Отсутствует система гериатрического патронажа, в которой нуждаются ограниченные в передвижении пациенты с синдромом старческой астении или так называемым синдромом хрупкости. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия», утвержденном в 2016 году, гериатрическая служба должна быть организована как единая система долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты. Модель организации гериатрической службы предполагает единую трехуровневую систему, которая включает амбулаторное звено, стационарную помощь и организационно-методические и научные гериатрические центры. Важную роль для развития гериатрической службы играет создание единой системы профессиональной подготовки специалистов по гериатрии. Происходящие демографические сдвиги требуют укрепления гериатрической службы, развития профилактического и реабилитационного направлений деятельности учреждений

первичной медико-санитарной помощи, а также развития надомных форм обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста, в частности, системы гериатрического патронажа.

## Когнитивные функции у амбулаторных пожилых пациентов: реальное положение дел

Ткачева О.Н., Яхно Н.Н., Рунихина Н.К., Мхитарян Э.А., Савушкина И.Ю., Остапенко В.С.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

Современная тенденция к увеличению продолжительности жизни и соответственно к увеличению числа пожилых лиц в популяции делает проблему когнитивных нарушений крайне актуальной для неврологов, психиатров, гериатров и врачей других специальностей. Учитывая высокую распространенность когнитивных расстройств (КР) среди пожилых неврологических пациентов, было решено исследовать их распространенность в общем амбулаторном звене.

Целью данного исследования являлось изучение распространенности и выраженности КР среди пожилых пациентов первичного поликлинического звена.

Материал и методы. В настоящее исследование вошли пациенты старше 65 лет, обратившиеся в поликлиники г. Москвы к любым специалистам. Все пациенты были проконсультированы гериатром и неврологом. Им проводилась комплексная гериатрическая оценка, а также детальное нейропсихологическое обследование. Проводился детальный опрос и анализ медицинской документации на предмет наличия патологии сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем.

Результаты. Было обследовано 258 пациентов, из них 59 мужчин (23%) и 199 женщин (77%). Средний возраст больных составил 75,63±5,94 года. 57% имели высшее образование, 27% средне-специальное и 16% среднее. Артериальная гипертензия выявлялась у 84% пациентов, ишемическая болезнь сердца у 52,3%, инфаркт миокарда у 17%, инсульт в анамнезе у 11%, сахарный диабет у 23%. Наиболее часто КР были следствием цереброваскулярных заболеваний (66,7%) и чаще выявлялись в группе пациентов с недементными когнитивными расстройствами. Из 258 обследованных нами пациентов жалобы на нарушения памяти отсутствовали всего лишь у 49 (19%) пациентов. При этом всего лишь у 17 (35%) из них отсутствовали КР. При сравнении анамнестических данных на наличие соматической патологии, объективных показателей депрессии и когнитивных тестов пациентов с жалобами на нарушения памяти и без, было выявлено, что они не отличались достоверно по возрасту, образованию, наличию сердечно-сосудистых факторов риска. Показатель хрупкости и балл по гериатрической шкале депрессии был больше у пациентов с наличием жалоб. Все исследованные пациенты в зависимости от выраженности КР были распределены на 3 группы (отсутствие предстельных когнитивных расстройств — норма, недементные КР и деменция). КР отсутствовали всего лишь у 17% пациентов. Основную группу (75%) составили пациенты с недементными КР. Деменция была выявлена у 8%. Деменция в 95% была представлена сосудистой деменцией, болезнью Альцгеймера и их сочетанием. При сравнении группы пациентов с деменцией со всеми остальными группами выявлялись достоверные различия только в результатах нейропсихологического тестирования. По результатам указанного исследования мы получили данные об очень большой распространенности КР среди пожилых пациентов. Фактически, они отсутствовали только у 17% пациентов. Выводы. Основной причиной недементных КР в нашем исследовании являлись цереброваскулярные заболевания (80%). Соматические заболевания во всех представленных группах были представлены в одинаковой степени выраженности. Полученные данные представляются важными для анализа причин развития КР в нашей стране. В нашем исследовании мы получили более высокую распространенность недементных КР (76%) по сравнению с данными международных исследований и со специализированным приемом в кабинете памяти, где превалирует деменция. Вероятнее всего, пациенты с деменцией чаще обращаются к узким специалистам (неврологам, психиатрам,

гериатрам). Анализируя исследования распространенности когнитивных нарушений среди пожилых людей, необходимо также учитывать применяемые методики тестирования. Чем детальнее обследование, тем больше их представленность. При анализе методов выявления распространенности КР, по данным литературы, при применении только одной шкалы процент намного ниже (3–6%) по сравнению с более детальным исследованием, например, при добавлении Монреальской шкалы процент резко увеличивается от 6 до 32–44% соответственно. В нашем исследовании мы проводили детальное нейропсихологическое тестирование с применением множественных шкал. Вероятнее всего, в результате этого мы и получили более высокую распространенность когнитивных нарушений. Необходимы дальнейшие исследования распространенности и нозологической структуры КР в российской популяции с применением детального нейропсихологического обследования. Желательно проведение сплошных популяционных исследований.

### Клинико-эпидемиологическая характеристика миелодиспластических синдромов у взрослых

Толстых Т.Н., Семочкин С.В., Мисюрина Е.Н.  
Городская клиническая больница № 52, Москва

Клинико-эпидемиологическая характеристика миелодиспластических синдромов у взрослых. Актуальность. Миелодиспластические синдромы (МДС) — гетерогенная группа патологии кроветворения, манифестирующая цитопениями. Данные по эпидемиологии МДС в России отсутствуют.

Цели и задачи — оценить заболеваемость, методологию диагностики и терапии МДС у взрослых в условиях городского здравоохранения Москвы за один год.

Материалы и методы / пациенты. Исследование носило ретроспективный наблюдательный характер. Диагноз МДС в 2010 г. впервые был установлен 2011 пациенту, являвшемуся постоянным жителем Москвы. Для определения прогностических групп использовали систему IPSS 1997. Эффективность лечения оценивали по частоте и глубине ответа, показателю 4-летней ОВ. Ответ на терапию оценивали в соответствии с критериями IWG 2006. Анализ результатов лечения выполнен по состоянию на 01.09.2014 г.

Результаты и обсуждение. В 2010 г. диагноз МДС впервые был установлен в общей сложности 201 (муж. — 92, жен. — 109) пациенту с медианой возраста на момент верификации — 71,5 (разброс 23,9–93,7) года. Регистрируемая заболеваемость МДС в 2010 г. в муниципальных учреждениях г. Москвы составила 2,0 случая на 100 тыс. населения. Чаще МДС диагностировался у лиц старшей возрастной группы. Цитогенетический вариант МДС оценен у 38 (18,9%) пациентов. В качестве 1-й линии получали препараты эритропоэтина 69 пациентов, малые дозы цитарабина — 20, гипометилирующие агенты — 12, леналидомид — 2, симптоматическую — 60 и паллиативную терапию — 38. При медиане наблюдения за выжившими пациентами 46 мес. 4-летняя общая выживаемость (ОВ) по всей группе составила 34,8±3,4%, медиана ОВ — 24,3 мес. В конечном счете заболеваемость МДС в Москве оказалась в 1,5–2,0 раза ниже аналогичных показателей Европы и США. Текущие стандарты обследования в рамках ОМС не предусматривают молекулярных и цитогенетических исследований, что является одним из факторов, ограничивающих диагностический потенциал.

Заключение. Регистрируемая заболеваемость МДС в учреждениях городского здравоохранения Москвы за 2010 г. составила 2,0 случая на 100 тыс. населения соответственно, что 1,5–2,0 раза ниже, чем в США и странах Евросоюза. Причинами низкой выявляемости МДС являются ограниченные возможности использования молекулярных и генетических исследований. Текущие стандарты диагностики и оказания медицинской помощи, финансируемые в рамках ОМС, не предусматривают их выполнения. Проведение стандартного кариологического исследования и FISH к наиболее частым хромосомным aberrациям, характерным для МДС, всем пациентам с необъяснимыми цитопениями позволит существенно повысить качество диагностики.

### Лапароскопические операции на трансплантированной почке

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения больных с трансплантированной почкой.

Методы исследования. Оценены результаты 6 лапароскопических трансплантатэктомий, одной лапароскопической резекции трансплантированной почки по поводу почечно-клеточного рака T1aNOMO, одной лапароскопической операции формирования уретероуретероанастомоза трансплантированной почки с ипсилатеральным собственным мочеточником по поводу протяженной стриктуры н/З мочеточника пересаженной почки.

Результаты. Средняя продолжительность лапароскопической трансплантатэктомии была 210 мин, интраоперационная кровопотеря в каждом случае не превышала 100 мл, осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено, пациенты не требовали анальгезии наркотическими препаратами, выписаны в среднем на 4 сутки после вмешательства. Продолжительность лапароскопической резекции трансплантата составила 115 мин, интраоперационная кровопотеря — 50 мл. Пациент экстубирован на операционном столе, активизирован через сутки, выписан из стационара на 7 день после операции в удовлетворительном состоянии. Длительность лапароскопического формирования уретероуретероанастомоза трансплантированной почки с ипсилатеральным собственным мочеточником составила 240 мин, кровопотеря минимальная, ранний послеоперационный период протекал без особенностей, выписана пациентка на амбулаторное лечение на 6 сутки.

Выводы. Несмотря на то, что лапароскопические оперативные вмешательства на трансплантированной почке на сегодняшний день не нашли широкого применения ввиду технических сложностей из-за выраженного спаечно-рубцового процесса в зоне вмешательства, данный вид хирургического доступа вполне осуществим и обладает массой преимуществ в отношении реабилитации больного, особенно у иммунокомпрометированных пациентов, коими являются больные с пересаженной почкой.

### Результаты хирургического лечения пациенток с пролапсом тазовых органов III–IV стадии (цистоцеле) в зависимости от типа сетчатого импланта

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Цель. Сравнить результаты оперативного лечения больных с цистоцеле III и IV стадии (по классификации Baden—Walker) с использованием синтетического сетчатого импланта.

Методы исследования. За период с декабря 2014 года по январь 2016 года выполнена влагалищная экстрAPERитонеальная кольпопексия по поводу клинически значимого цистоцеле 6 пациенткам (I группа) с применением импланта американского производства и 6 пациенткам (II группа) с использованием отечественного медизделия. Оценены результаты операции через 6 месяцев. Комплекс обследования включал: влагалищное исследование, определение объема остаточной мочи, оценку субъективных симптомов и качества жизни по анкете SEAPI-QMM.

Результаты. Средняя продолжительность хирургического вмешательства составила 45 мин. в обеих группах. Интраоперационных осложнений не отмечено ни в одном случае. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером в течение 24 часов, тампон из влагалища удален на 1 сутки. После удаления катетера мочеиспускание восстановилось у всех пациенток. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 4 суток. Цистоцеле коррегировано во всех случаях. У одной больной из I группы спустя 2 недели после операции отмечена эрозия слизистой передней стенки влагалища, консервативное лечение с эффектом. При осмотре через 6 мес. все пациентки были удовлетворены результатом операции, жалоб на наличие инородного

тела во влагалище не предъявляли, качество жизни оценивали как хорошее и удовлетворительное. Рецидива цистоцеле не отмечено ни в одном случае. Мы также не выявили обструктивного типа мочеиспускания. В каждой группе у 2 пациенток отмечено недержание мочи de novo, которое успешно коррегировано установкой субуретрального синтетического слинга. Выводы. Несмотря на небольшое число наблюдений, мы не выявили существенной разницы в особенностях операции и ранних результатах оперативного лечения цистоцеле в зависимости от типа синтетического импланта.

### **Факторы риска летального исхода после нефрэктомии у больных с терминальной стадией почечной недостаточности и активным течением пиелонефрита**

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Цель. Улучшить результаты лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН) и активным течением хронического пиелонефрита.

Методы исследования. Оценены результаты лечения у 26 больных, которым проведена нефрэктомия в связи с активным рецидивирующим пиелонефритом и ТХПН. У 15 выполнена билатеральная нефрэктомия, остальным 11 — односторонняя. Для оценки статистической значимости влияния фактора на исход оценивали относительный риск, нижнюю и верхнюю границы доверительного 95% интервала. Результаты. В раннем послеоперационном периоде летальность составила 42%. Статистически достоверными предикторами неблагоприятного исхода явились: урологическое заболевание почек с исходом в ТХПН; программный (длительный) диализ; предшествующая, продолжительная антибактериальная терапия; имеющийся до операции сепсис. Интраоперационные осложнения, объем и доступ оперативного вмешательства не коррелировали с исходом.

Выводы. Целесообразно выполнение билатеральной нефрэктомии в «холодном периоде» у больных с ТХПН, относящихся к группе риска. Данная группа может быть характеризована следующими признаками: рецидивирующее течение пиелонефрита, урологическое заболевание, приведшее к ТХПН (уретерогидронефротическая трансформация любого генеза, МКБ, аномалии развития мочевыводящих путей). При констатации уросепсиса первым этапом показано проведение малоинвазивных дренирующих пособий на почках, мочевых путях, при условии возможности адекватного дренирования гнойного очага. После стабилизации состояния показано проведение нефрэктомии. Отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, наличие в посевах мочи поли- или панрезистентных внутригоспитальных штаммов бактерий, даже при отсутствии объективных признаков гнойной формы пиелонефрита по результатам лучевых методов диагностики, должно рассматриваться как показание к оперативному лечению.

### **Первые результаты лапароскопического удаления нефункционирующего почечного трансплантата**

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е.  
Городская клиническая больница № 52, Москва

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения больных, перенесших трансплантацию почки и нуждающихся в удалении трансплантата.

Методы исследования. Оценены результаты оперативного лечения 20 больных, которым проведена трансплантатэктомия традиционным способом (субкапсулярная нефрэктомия по Федорову) и 6 пациентов, кому выполнена лапароскопическая трансплантатэктомия.

Результаты. Средняя продолжительность открытого вмешательства составила 83 мин, средняя интраоперационная кровопотеря 277 мл, интенсивное кровотечение в раннем послеоперационном периоде развилось у 2 пациентов (10%), нагноение в ране у 3 пациентов (15%), средняя длительность послеоперационного стационарного лечения 12 дней. Средняя продолжительность лапароскопической

трансплантатэктомии была 210 мин, интраоперационная кровопотеря в каждом случае не превышала 100 мл, осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено, пациенты не требовали анальгезии наркотическими препаратами, выписаны в среднем на 4 сутки после вмешательства.

Выводы. Лапароскопический доступ позволяет выполнить удаление почечного трансплантата экстракапсулярно с минимальной кровопотерей, что крайне сложно сделать при открытом вмешательстве, в связи с чем общепринятой методикой является субкапсулярная открытая нефрэктомия. Учитывая, что основные осложнения в послеоперационном периоде после открытой операции обусловлены остающейся капсулой почки (кровотечение, инфицирование гематомы), лапароскопический вариант трансплантатэктомии позволяет уменьшить риски осложнений, способствует более ранней активизации пациентов, сокращению продолжительности стационарного лечения. Тем не менее лапароскопическая трансплантатэктомия технически сложное оперативное пособие, более продолжительное по времени, чем открытая операция. В связи с этим наилучшими кандидатами являются молодые пациенты без значимых сопутствующих заболеваний, без ранее выполненных операций на органах брюшной полости.

### **Проблемы доверия и деонтологические аспекты в структуре медико-правовых взаимоотношений «врач—пациент» (на примере травматологической службы)**

Тучик Е.С., Лядова А.В., Лядова М.В.

Бюро судебно-медицинской экспертизы, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Несмотря на активное реформирование системы организации оказания медицинской помощи, внедрение последних технологий для диагностики, лечения, профилактики различных заболеваний, в динамике отношения населения нашей страны к системе здравоохранения хотя и наблюдается усиление позитивной оценки, тем не менее процент негативных отзывов по-прежнему остается высоким. Как заявил Президент РФ В.В. Путин на прошедшем 16 мая 2016 года заседании Комиссии по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития РФ, претензии к качеству здравоохранения есть, и они обоснованы. Цель настоящего исследования — выявить ключевые детерминанты, влияющие на формирование интеракций в системе «врач—пациент» на современном этапе развития института медицины. Для достижения поставленной цели были проанализированы результаты социологических исследований пациентов и медицинских работников одной из центральных клиник города Москвы, а также материалы комиссионных СМЭ по материалам дел, возбужденных следствием и судами о возмещении ущерба, причиненного пациентам в связи с некачественным оказанием им медицинской помощи в медицинских организациях г. Москвы и регионах страны.

Травматология, ортопедия занимает 4 место среди специальностей, к которым наиболее часто предъявляются претензии со стороны пострадавших и следственных органов. Необходимо отметить, что возрастает число комиссионных СМЭ по гражданским искам, в которых фигурирует возмещение материального ущерба пациенту, причем в 20% случаев эти искивые заявления судом были удовлетворены. Практически все проведенные экспертизы касались работы ЛПУ с государственной формой собственности — 97,4%, лишь в 2,6% комиссия СМЭ по качеству оказания МП пострадавших с травмами ОДА затронула медицинские организации с частной формой собственности. Анализ материалов комиссионных СМЭ показал, что преобладающее большинство составляют информационно-деонтологические и тактико-диагностические ошибки — 60,5%. С целью установления причин возникновения конфликтов между врачами и пациентами было проведено независимое социологическое исследование. В одном из крупных стационаров города Москвы по оказанию экстренной круглосуточной медицинской помощи методом анкетирования были опрошены: а) 100 врачей-травматологов по оказанию экстренной

медицинской помощи; б) 100 пациентов травматологических отделений. Отбор респондентов производился методом случайной выборки. Согласно полученным данным, 86% респондентов отмечают, что общая культура обращения в стационарах значительно снизилась именно с точки зрения деонтологии. Возросло число конфликтных ситуаций с пациентами. Так, практически все опрошенные врачи (98%) указали на их наличие. По мнению медицинского персонала причины конфликтов не всегда связаны с отсутствием должного воспитания. Более того, как показывают результаты опроса, врачи не настроены на конфликтное общение с пациентом. По их мнению, большая часть конфликтов происходит из-за излишней эмоциональности пациента (67%) и перегруженности врача (23%). Полученный результат вполне объясним, учитывая специфику контингента больных, обращающихся за медицинской помощью в экстренную службу. Прежде всего это пациенты с травмой различной степени тяжести, находящиеся в состоянии шока, в трети случаев неадекватное реагирование пациентов вызвано наркотическим или алкогольным опьянением. Далее, как было установлено, конфликты возникают из-за перегруженности врача. Прежде всего увеличение потока больных объясняется ухудшением безопасности дорожного движения в мегаполисе на фоне роста численности его населения. Кроме того, увеличение объема работы связано с новыми подходами к организации работы в системе здравоохранения, которая подвергается активному реформированию за последние годы. К сожалению, население нашей страны абсолютно не мотивировано на сохранение своего здоровья, что является еще одной острой социальной проблемой. По данным проведенного социологического исследования, лишь 15% респондентов среди пациентов проходят ежегодную диспансеризацию по месту жительства, 10% нерегулярно, 45% при острой ситуации, а 35% не сталкивались с этим вообще. По мнению пациентов, причины конфликтов связаны прежде всего с длительным ожиданием приема и при прохождении дальнейших обследований, необходимых для осуществления требуемых лечебных манипуляций (52%), а также с отсутствием ожидаемых результатов после лечения (26%), грубостью и невнимательным отношением со стороны врача (22%).

### Влияние изменений климата на здоровье и формирование повышенной метеочувствительности

Уянаева А.И., Тупицына Ю.Ю., Максимова Г.А.  
 Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Метеобюро Москвы и Московской области, Москва

Актуальность. Среда обитания человека практически во всех своих проявлениях способна в разной степени оказывать отрицательное влияние на здоровье. Среди разнообразия негативно действующих внешних факторов одним из ведущих является погода, включая ее аномальные режимы, гелио-геомагнитные возмущения, экстремальные гидрометеорологические явления. Особенно актуальна эта проблема в связи с глобальным изменением климата, отмечающимся в последние десятилетия.

Цель настоящего исследования: совершенствование медико-метеорологического прогнозирования с выявлением наиболее биотропных факторов погоды, влияющих на формирование повышенной метеочувствительности; разработка программ немедикаментозной профилактики погодообусловленных обострений.

Многолетние исследования погоды и климата для медицинских целей позволили выявить особенности формирования биотропных эффектов атмосферы в Московском регионе и научно обосновать принципиально новую технологию медицинского мониторинга и прогнозирования погоды при помощи автоматизированного медико-метеорологического комплекса (АММК). АММК в реальном времени проводит мониторинг основных погодообразующих параметров при помощи мезомасштабных гидродинамических моделей атмосферы в 10-минутном режиме за 8 сроков наблюдения (00, 03, 06, 09, 12, 15, 18, 21 час) с определением фактического медицинского типа погоды на текущие сутки и прогностического на следующие 2 суток с выделением наиболее биотропного погодного фактора и возможных

ответных реакций организма, отягощенного хроническим заболеванием и повышенной метеочувствительностью. Несомненным достоинством АММК является возможность оценки условий термического комфорта с определением эквивалентно-эффективных и радиационно-эквивалентно-эффективных температур, что можно использовать в санаторно-курортной практике, лечебно-оздоровительных центрах при применении дозированной климатотерапии.

Результаты мониторинга погоды в Московском регионе выявили сезонную неравномерность годового хода основных метеорологических факторов, которые характеризовались выраженной изменчивостью температурно-влажностного режима, аномальными колебаниями атмосферного давления, преобладанием циклональной атмосферной циркуляции с теплыми фронтами, что способствовало формированию биотропных гипоксических погодных условий в 31,3% случаев и условий термического дискомфорта в летний период (16,3%). Осенне-зимний период года характеризовался преобладанием погод спастического типа (33,9%). В такие дни достоверно увеличивалась обращаемость за скорой медицинской помощью по поводу обострений хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем, опорно-двигательного аппарата и др.). Таким образом, АММК является принципиально новым подходом оценки погоды медицинских целей, что позволяет определять наиболее биотропные погодные условия и проводить профилактические мероприятия накануне формирования неблагоприятных эффектов атмосферы.

### Алгоритм ведения больных хроническим гнойным средним отитом в послеоперационном периоде

Федорова О.В., Гарова Е.В., Мепаришвили А.С.  
 Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) является хирургической патологией. Послеоперационное ведение этих пациентов всегда требовало времени. Это связано, с одной стороны, с длительной протекающими репаративными процессами — эпидермизацией послеоперационных полостей, приживлением трансплантатов и т.д. Ограничения после операций на ухе (избегать переохлаждения, физических нагрузок, в ряде случаев — поездок в метро, громких звуков) определяют длительность нетрудоспособности пациентов. На протяжении многих лет послеоперационное ведение этих пациентов осуществлялось в стационаре, где они находились до 21 дня. Современными требованиями к лечебному процессу являются сокращение койко-дней в стационарах и интенсификация лечебного процесса на амбулаторном уровне, что требует высокой квалификации врачей-оториноларингологов и изменения алгоритма лечебного процесса. На сегодняшний день плановые хирургические вмешательства у больных ХГСО в НИКИО им. Л.И. Свержевского проводятся не только с целью ликвидации воспалительного процесса, но и реконструкции анатомических структур уха с восстановлением слуха, что приводит к улучшению качества жизни пациентов. В институте ежегодно в плановом порядке выполняется более 500 операций на структурах височной кости, из них в 66% у больных ХГСО. В 92,8% случаев санаторный этап операции дополняется пластическими методиками (различные виды тимпано- и оссиклопластики, мастоидопластика, каналоластика). Это увеличивает сложность хирургического вмешательства и послеоперационного ведения больных. Однако использование современных технологий, применение опыта ведущих мировых клиник с учетом собственных разработок отечественной школы отоларингологии, взаимодействие врачей стационарного и поликлинического звена, позволяет достигнуть хороших функциональных результатов, избежать осложнений и рецидивов заболевания при уменьшении экономических затрат, сокращении сроков пребывания больных в стационаре без снижения эффективности хирургической помощи. За последние годы в отделе отмечается нарастание хирургической активности (с 83,8% в 2010 г. до 91,4% в 2014 г.) и сокращение сроков госпитализации больных сурдологического профиля (с 13,3 койко-дня в 2010 г. до 7,6 — в 2014 г.) при увеличении сложности вмешательств и низком проценте осложнений.

При реконструкции структур среднего уха мы используем аутоканы (фасцию височной мышцы, хрящ ушной раковины и костную стружку пациента), что снижает стоимость методик проводимых операций. В конце операции область пластики независимо от хирургического доступа выстилается латексными протекторами и тампонируется губкой Мерацелл с раствором антибиотика, физические и химические свойства которой позволяют ее сохранять до 2–3 недель в ухе, сокращая сроки пребывания пациентов в стационаре и частоту амбулаторных посещений врача. В послеоперационном периоде все пациенты получают антибактериальную и симптоматическую терапию. Используемый алгоритм позволил сократить сроки госпитализации больных ХГСО до 3–5 дней. После выписки из стационара пациенты инстиллируют на губку в слуховом проходе раствор антибиотика для снятия воспалительных явлений до момента их удаления через 2–3 недели. При необходимости в условиях института в этот период возможно проведение физиотерапевтических процедур. После удаления тампонов необходимо регулярное посещение врача поликлиники и отоларинголога стационара для коррекции репаративных процессов (удаление, туширование под микроскопом избыточных грануляций, аппликация лекарственных препаратов, коллагеновых губок для стимуляции трофики и эпидермизации). После дегоспитализации больные нетрудоспособны до 3–4 недель в зависимости от сложности проведенной операции. Аудиологическая оценка слуховой функции контролируется через 3 месяца после операции в отделе микрохирургии уха. Такое ведение пациентов после операции позволило сократить количество посещений без снижения качества эффективности оказания помощи. Представленный алгоритм оказания современной специализированной медицинской помощи в послеоперационном периоде пациентам с ХГСО позволяет добиться хороших функциональных результатов, избежать рецидивов заболевания и «болезни оперированной полости» в отдаленном послеоперационном периоде.

### **Опыт использования вертолетов малого класса и пути дальнейшего развития санитарно-авиационной эвакуации больных и пострадавших от бригад СМП в профильные стационары города Москвы**

Федотов С.А., Костомарова Л.Г., Иванчин Д.В., Махнев В.Г.  
Научно-практический центр экстренной медицинской помощи, Москва

Одно из направлений работы авиамедицинских бригад (АМБ) является экстренная эвакуация больных от бригад СМП с удаленных территорий для оказания высокотехнологической помощи в стационарах Москвы. В настоящий момент в работе санитарной авиации столицы задействованы два типа вертолетов германской фирмы «Еврокоптер». Вертолеты оснащены всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи. Вызовы, поступающие в оперативный отдел ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи ДЗ г. Москвы» (ЦЭМП) от ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗ г. Москвы (ССиНМП), обрабатываются и передаются на вертолеты. Первичной сортировкой вызовов на уровне диспетчерской ЦЭМП занимается старший врач оперативного отдела. Первоочередными вызовами остаются поводы на ЧС и происшествия с пострадавшими от 3 человек. Остальные вызовы фильтруются с учетом патологии, на транспортировку которой имеются противопоказания. Вызов передается на тот вертолет, который находится ближе к месту происшествия или к вызывающей бригаде СМП. При отсутствии второго вертолета, или его занятости вызов передается на освободившийся. Вторичный отсев непрофильных вызовов, за исключением вызовов на массовые происшествия и ЧС, проводится врачом АМБ при созвоне с бригадой СМП, находящейся на месте. Проводится инструктаж бригады СМП по встрече вертолета, консультация по лечению, совместно с командиром воздушного судна (КВС) определяется место встречи. Все это производится во время подготовки к взлету. Если вертолет находится в воздухе, то эту работу проводит старший врач оперативного отдела ЦЭМП. За время работы с бригадами СМП определился круг медицинских и организационных задач, возлагаемых на

бригаду СМП при заявке на санитарную эвакуацию вертолетом. При обучении медицинского персонала СМП на базе учебного отдела ЦЭМП эти требования доводятся им в лекционных материалах. Медицинской документацией АМБ является медицинская карта ЦЭМП для АМБ. Основным документом передачи больного на борт воздушного судна для бригад СМП является их правильно заполненный сопроводительный лист. В примечаниях отмечается, когда больной был передан бригаде вертолета. Также АМБ передается мониторинговая информация, снятая на бумажные носители. Авиамедицинская эвакуация вертолетом осуществляется в профильный стационар, имеющий вертолетную площадку и оснащенный оборудованием для проведения высокотехнологического лечения. Диспетчер ЦЭМП оповещает приемное отделение о прибытии к ним вертолета. Основным документом передачи больного в стационар для АМБ является сопроводительный лист для бригад СМП установленного образца. За 20 лет работы АМБ была оказана помощь 4251 человеку, из них 712 детям. Госпитализирован был 3131 человек, из них 609 детей. С введением в практику с 2015 г. экстренной эвакуации по вызову бригадами СМП количество обслуженных больных по сравнению с другими годами увеличилось. С началом программы по оказанию помощи бригадам СМП для эвакуации по воздуху больных для высокотехнологической помощи процент нерезультативных вызовов снизился. Поменялась структура обслуженных больных по патологии, на первое место вышли сердечно-сосудистые заболевания. Из доставленных вертолетами в стационары больных с сердечно-сосудистыми и неврологическими заболеваниями высокотехнологическую помощь получило большинство пациентов. С введением в работу еще одного вертолета и выставлением его на севере Москвы все воздушное пространство над городом будет охвачено санитарной авиацией, а значит сократится время от принятия вызова до госпитализации в профильную больницу, что улучшит общий прогноз для дальнейшего стационарного лечения, реабилитации и выздоровления. Предложение по дальнейшему совершенствованию работы санитарной авиации г. Москвы. Дальнейшее совершенствование порядка передачи информации от ССиНМП в оперативный отдел ЦЭМП. Организация обучения бригад СМП взаимодействию с АМБ сотрудниками ЦЭМП, имеющими большой опыт работы на вертолетах. Создание на базе ЦЭМП методических рекомендаций для работников АМБ, СМП и медицинских работников стационаров.

### **Новые перспективы применения омализумаба при различных формах крапивницы**

Фомина Д.С., Воронова М.Ю., Бобрикова Е.Н.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Широкая распространенность хронической крапивницы (ХК) (0,1–1% в популяции), сложный контингент пациентов требуют индивидуального подхода к лечению в рамках развития персонализированной терапии, согласно Российским и международным рекомендациям по лечению ХК. С 2014 года в официальную инструкцию по применению омализумаба (Ксолар®) включили показание при хронической крапивнице. Препарат более 10 лет знаком отечественным клиницистам по применению при бронхиальной астме (БА). Критерии подбора доз и режима лечения ХК не совпадают с таковыми при БА. С позиции обмена опытом и разработки новых алгоритмов в рамках персонализированной медицины интерес представляют не только мультицентровые клинические исследования, но и опыт применения в реальных клинических условиях — детальный анализ лечения каждого отдельного пациента.

Клинический пример. Пациентка Ю., 37 лет, обратилась в связи с жалобами на появление зудящих высыпаний при повышении пототделения или перегревании. Оценка уровня зуда 7–8 баллов. Из анамнеза известно: считает себя больной в течение 5 лет, когда после перенесенной эмоциональной нагрузки стала отмечать появление вышеуказанных жалоб, самостоятельно принимала хлоропирина гидрохлорид, местное лечение ГКС и антигистаминными препаратами. В условиях жаркого климата и повышения пототделения также отмечает появление высыпаний. Пациентка активно занимается



спортом, отмечает появление высыпаний через 10–15 минут после начала тренировки. Прием антигистаминных препаратов с профилактической целью оказывает положительный эффект в виде отсутствия высыпаний. Обращалась за медицинской помощью по месту жительства, рекомендовано лечение желудочно-кишечного тракта и местная терапия хлоргексидином — эффекта не было. Течение заболевания прогрессивно ухудшалось в течение года. С марта 2015 г. после употребления горячего чая отметила появление высыпаний на теле, ощущение комка в горле. С этого времени появление высыпаний было связано с употреблением горячей пищи и напитков, профилактический прием антигистаминных препаратов уже не давал положительного результата. В мае 2015 г. после введения внутривенно препарата гиалуроновой кислоты появился отек в области лица с подъемом температуры тела до 39 °С. Обращалась за медицинской помощью амбулаторно, получала левоцетиризин в терапевтических дозах почти без эффекта. При обследовании определено повышение уровня гистамина крови, антител к вирусу Эпштейн-Барр. Консультирована инфекционистом: активности не выявлено. Вирус простого герпеса 1 типа, цитомегаловирус, антитела к гелиминтам не обнаружены. На ЭГДС — перенесенный язвенный процесс, стадия ремиссии, слабо положительный титр антител к *H. pylori*. Осмотрена гастроэнтерологом, на момент осмотра в терапии не нуждалась, рекомендовано динамическое наблюдение и диета. Летом 2015 пациентка получила трехдневный курс СГКС, при отмене симптомы вернулись. Терапия дезлоратадином, монтелукастом не дала эффекта, противовирусное лечение изопринозином и полиоксидонием было безрезультатно. В октябре 2015 наблюдалась у дерматолога с аллергическим хейлитом. Терапия транквилизаторами в низких дозах — без эффекта. Больная отмечала значительное снижение качества жизни, вынуждена отказаться от физических нагрузок. Поставлен диагноз: «холинергическая крапивница». В связи с отсутствием эффективности от предшествующей терапии начато лечение омализумабом. Было введено 150 мг подкожно, в последующие два часа состояние без отрицательной динамики. Спустя 3 дня пациентка возобновила физические нагрузки с постепенным увеличением интенсивности, АГЛС не принимала. Согласно дневнику самонаблюдения, появление элементов на 22 сутки от момента введения омализумаба можно объяснить физическими нагрузками, а также преждевременной отменой АГЛС. С этого момента в день занятий спортом пациентка начала профилактический прием цетиризина — высыпания не появлялись. Прием горячей пищи и влияние высоких температур не вызывали появления симптомов на фоне приема цетиризина. Особенностью течения заболевания явилось возобновление чувствительности у пациентки к АГЛС после введения омализумаба. Для лучшей иллюстрации улучшения качества жизни и подавления депрессии мы выбрали случай с показанием off-label физической формы крапивницы. Опыт применения омализумаба при физических формах крапивницы в мире относительно невелик и требует дальнейшей разработки точных схем и показаний.

### Опыт применения ритуксимаба при ANCA-ассоциированном васкулите

Фролова Н.Ф., Бирюкова Л.С., Столяревич Е.С., Котенко О.Н., Фролов А.В., Волгина Г.В., Томилина Н.А.  
Городская клиническая больница №52, Москва  
Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова

ANCA — ассоциированный васкулит (ААВ) — жизнеугрожающая болезнь, в большинстве случаев с тяжелым почечным повреждением (ААГН) и полиорганными поражениями является самой частой причиной быстропрогрессирующего гломерулонефрита (БПГН), особенно у пожилых людей. Традиционная терапия кортикостероидами (КС) и циклофосфаном (ЦФ) привела к улучшению почечной выживаемости, но чревата тяжелыми инфекционными осложнениями. Кроме того, несмотря на длительную поддерживающую патогенетическую терапию, для ААВ характерно рецидивирующее течение. В связи с этим обсуждаются альтернативные режимы терапии, одним из которых является применение ритуксимаба (Rtx) моноклонального АТ к CD 20 на поверхности В-лимфоцита.

Цель исследования: анализ ближайших результатов терапии Rtx при впервые выявленном ААГН, при рецидивах ААГН и экстраренальных проявлениях ААВ на фоне заместительной почечной терапии (ЗПТ). Материалы и методы: ретроспективно оценены результаты применения Rtx у 52 больных с медианой возраста 57 лет (16 больных старше 60 лет). У 26 из них имел место впервые выявленный ААГН (1 группа), у 17 — рецидив ААГН (2 группа), у 9 (3 группа) заболевание проявлялось обострением экстраренальной симптоматики на фоне терминальной ХПН (ТХПН). По демографическим параметрам группы между собой не различались. В 1 и 2 группах заболевание характеризовалось ОНС с протеинурией > 1 г/сутки и значительной микрогематурией. В 1 группе медиана креатинина крови (Scr) составила 860, превышая 500 мкмоль/л у 18 больных. Нуждались в ЗПТ 13 больных (50%), 91% имели поражение легких, у всех наблюдались и другие экстраренальные проявления. Активность ААВ по шкале BIVAS составила 26 (18;36). Во 2 группе медиана Scr равнялась 210 мкмоль/л, экстраренальные проявления были слабо выражены. В 3 группе показанием к лечению были экстраренальные проявления ААВ, как правило, легочные. В 1 группе в индукции использовались пульсы метилпреднизолона (по 1000 мг № 3); преднизолон внутрь (60 мг/сут.) и ± болюсное введение ЦФ, доза которого устанавливалась с учетом состояния функции почек и возраста пациентов. Дополнительно во всех случаях вводился Rtx в дозе 375 мг/1,73м<sup>2</sup> (1–4 введения с 7-дневным интервалом). У части больных применялись также ПФ и/или иммуноглобулин в дозе 0,1–0,5 г/кг. Во 2 и 3 группах применялся Rtx на фоне поддерживающей иммуносупрессивной терапии КС ± Азатиоприн или ММФ. Результаты: в 1 группе ремиссия экстраренальных проявлений наблюдалась в 23 из 26 случаев (88%). Почечная ремиссия развилась у 18 из 26 больных (70%), причем в большинстве случаев у лиц старше 60 лет. 12 пациентов (47%) умерло (7 от осложненной терапии, 5 — от персистирующей активности заболевания), при этом в 9 случаях смерть наступила не фоне почечной ремиссии. Во 2 группе у всех больных достигнута почечная ремиссия; 1 больной умер от пневмонии грибковой этиологии. В 3 группе у всех регрессировали экстраренальные симптомы; 1 больной умер от осложнений терапии. Значимым фактором риска смерти (главным образом, от осложненной терапии) при применении Rtx в сочетании с ЦФ оказался пожилой возраст пациента. Предиктором рефрактерности ААГН к индукционной терапии Rtx оказались более молодой возраст и высокий уровень Scr. Заключение: наш опыт полностью согласуется с международными данными и свидетельствует о недостаточной эффективности Rtx в качестве индукционной терапии тяжелых вариантов БПГН при ААВ. При этом при его комбинации с ЦФ и КС возможно усугубление риска инфекционных осложнений, особенно в пожилом возрасте, когда фатальные инфекции могут возникать даже на фоне достигнутой ремиссии ААГН. Препарат достаточно эффективен при более мягких вариантах ААГН, а также при лечении экстраренальных проявлений ААВ, особенно при поздних рецидивах болезни. По нашим данным, у пожилых пациентов предпочтительным режимом индукционной терапии является Rtx в сочетании с КС, но без применения цитостатиков.

### Мануальная терапия в комплексном лечении пациентов, страдающих хроническими соматоформными дорсалгиями

Фролов В.А.  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Для обоснования целесообразности применения методов мануальной терапии в медицинской реабилитации пациентов проведено исследование 115 человек с хроническими соматоформными дорсалгиями (СБР).

Задачи исследования — изучить характерные патофизиологические изменения скелетно-мышечной системы у пациентов с СБР. 2. Исследовать динамику болевого синдрома, а также психоэмоционального состояния с помощью сенсорно-аналоговой шкалы и психометрических шкал у исследуемой категории больных до и после комплексного лечения с использованием метода мануальной

терапии. 3. Исследовать изменения церебральной гемодинамики у пациентов основной и контрольной групп до и после лечения по степени выраженности микроциркуляторных нарушений в конъюнктиве глазного яблока. 4. Провести анализ эффективности мануальной терапии при лечении хронических соматоформных дорсалгий и разработать практические рекомендации по применению мануальной терапии у пациентов с данной нозологией. В традиционную схему лечения включалась мануальная терапия (12 сеансов по 30–40 минут 3 раза в неделю в течение 4 недель), которая разрабатывалась индивидуально на основании диагностики лимфодинамических и патобиомеханических нарушений и была направлена на восстановление оптимального статического и динамического стереотипа. Пациенты контрольной группы получали соответствующее комплексное лечение по традиционным схемам без мануальной терапии.

**Выводы 1.** Пациенты с соматоформными болями в спине характеризуются высокой распространенностью патобиомеханических и лимфодинамических нарушений. На фоне часто встречающейся асимметрии конечностей, дисфункций таза формируется неоптимальный статико-динамический стереотип со смещением центра тяжести и избыточным напряжением вышележащих структур. Психогенный фактор, снижая болевой порог и усугубляя нарушения в локомоторной системе всего позвоночника, потенцирует проявления вертеброгенной патологии, способствуя хронизации болевого синдрома. 2. Средняя интенсивность болевого синдрома по ВАШ составила 6,1+1,1 балла, что соответствует показателям «сильная боль», пациенты с СБР склонны были выбирать большое количество описательных характеристик боли и более тяжелые регистры боли. Коррекция статико-динамических нарушений способствовала более раннему и более стойкому снижению уровня боли (на 76,5% к концу курса лечения), чем воздействие только на центральные механизмы боли (снижение показателей боли на 37,4%). После проведенной терапии выявлены достоверные различия показателя реактивной тревожности, депрессии, уровня психологического дистресса по сравнению с исходными и между группами. 3. Восстановление тонусно-силового баланса мышц и нормализация лимфооттока способствуют устранению патологических вазомоторных реакций в вертебрально-базиллярной системе и системе сонных артерий. Показатели микроциркуляции по индексу ИКМ при проведении биомикроскопии КГЯ при повторном обследовании после проведенного курса лечения в основной группе улучшилась на 45%, что достоверно превышает показатели контрольной группы, причем улучшение происходило как за счет уменьшения степени расширения сосудов посткапиллярного русла, так и за счет уменьшения выраженности спазма артериол. 4. Включение мануальной терапии в комплексное лечение психогенных болей в спине повышает эффективность восстановительных мероприятий за счет коррекции патобиомеханических и циркуляторных нарушений, в том числе за счет улучшения церебральной гемодинамики. Это подтверждается данными опросника качества жизни, а также снижением количества повторных госпитализаций, связанных с обострением болевого синдрома. Лечение должно включать коррекцию лимфодинамических нарушений, восстановление длины фасциальных футляров укороченных мышц, укрепление расслабленных мышц, релаксацию дыхательной диафрагмы с целью восстановления тонусно-силового баланса мышц и вертикальной оси тела.

### **Эффективность применения гепато- и иммунокоррекции с многоэтапной санацией брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства при гнойных осложнениях острого панкреатита у больных на фоне хронической алкогольной интоксикации**

Халидов О.Х., Аюбян В.С., Гудков Д.А.  
Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,  
Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева, Москва

В настоящее время наблюдается рост числа больных с гнойными осложнениями острого панкреатита у лиц, злоупотребляющих

алкоголем. Лечение гнойных осложнений острого панкреатита на фоне хронической алкогольной интоксикации представляет большие трудности в связи с множеством механизмов, включающихся в патологический процесс при нестерильном панкреонекрозе. Современный комплекс проводимых мероприятий направлен на купирование процесса панкреонекроза и лечение его осложнений. Высокая смертность больных с острым панкреатитом, осложненным перитонитом, абсцессом сальниковой сумки и забрюшинными флегмонами, неутешительные результаты лечения заставляют клиницистов искать новые направления при лечении больных с этой патологией.

Цель исследования: изучение эффективности применения оперативных лечебных мероприятий с использованием многоэтапных санаций брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства и применения иммуномодуляторов, гепатопротекторов, улучшающих результаты хирургического лечения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 больных с гнойными осложнениями панкреонекроза на фоне хронической алкогольной интоксикации в возрасте 20–50 лет. Среди них женщин было 12 (24%), мужчин 38 (76%). Основную группу составили 25 (50%) пациентов, среди которых были с фибринозно-ферментативным перитонитом и с абсцессом сальниковой сумки 8 (32%) пациентов, с ферментативно-фибринозным перитонитом, абсцессом сальниковой сумки и забрюшинного пространства слева 7 (28%) пациентов, с ферментативно-фибринозным перитонитом, абсцессом сальниковой сумки и забрюшинного пространства слева и справа 10 (40%) пациентов. Группу сравнения составили 25 (50%) пациентов, среди которых были с фибринозно-ферментативным перитонитом и с абсцессом сальниковой сумки 6 (24%) пациентов, с ферментативно-фибринозным перитонитом, абсцессом сальниковой сумки и забрюшинного пространства слева и справа 9 (36%) пациентов. Комплекс проводимых мероприятий больным среди пациентов основной группы включал многоэтапные санации брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства с проведением гепато- и иммунопротекции, антибактериальной терапии. С целью иммуно- и гепатопротекции в основной группе применяли октолипен по 300 мг × 1 раз в сутки. В группе сравнения больным проводили стандартную терапию при панкреонекрозе с проведением оперативных лечений по стандартным показаниям.

Полученные результаты: у всех пациентов (100%) основной группы при этапной санации №1 наблюдали сохранение на органах брюшной полости наложений фибрина, наличие некротических секвестров в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве. При этапной санации № 2 отмечали регрессирование гнойных процессов у 12 (48%) больных. При этапной санации № 3 у 14 (56%) больных основной группы были удалены все тампоны и дренажи. 5 (20%) больным выполняли этапную санацию сальниковой сумки и забрюшинного пространства №4–5. 6 (24%) больным была выполнена этапная санация сальниковой сумки и забрюшинного пространства №6, 7. У 2 (8%) больных из них наблюдали осложнения в виде развития толстокишечного свища (выполняли программную санацию сальниковой сумки и забрюшинного пространства с наложением трансверзостомы). Использование препарата «Октолипен» приводило к нормализации гемодинамических и биохимических процессов в печени, устранению вторичного иммунодефицита в более кратчайшие сроки, чем у больных группы сравнения. Летальных исходов среди больных основной группы не было. Сроки пребывания этих больных в стационаре составили 25+/-7 дней. Среди больных группы сравнения при проведении стандартной терапии и комплекса хирургических операции умерли 3 (12%) больных с гнойными осложнениями острого панкреатита в связи с нарастанием острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне интоксикации 2 (8%) и на фоне развития вторичного кровотечения из аррозивных сосудов сальниковой сумки 1 (4%). Сроки пребывания в стационаре 34+/-7 дней.

Выводы: лечение больных с гнойными осложнениями острого панкреатита на фоне ХАИ с применением многоэтапных санаций брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства с использованием препарата «октолипен» для гепато- и иммунопротекции наряду со стандартными комплексными мероприятиями, проводимыми при остром панкреатите, являются эффективными, что приводит к улучшению состояния больных, снижению проведения времени в стационаре и снижению летальности от этой патологии.

### 15-летний опыт хирургического лечения больных с мультифокальным поражением артериального русла

Хамитов Ф.Ф., Лисицкий Д.А., Маточкин Е.А., Гаджимурадов Р.У., Халидов О.Х. Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева, Москва

Хирургическое лечение больных с мультифокальным поражением артериального русла остается актуальной проблемой в современной сосудистой хирургии.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с множественными облитерирующими поражениями брахиоцефальных артерий, коронарных артерий, брюшной аорты и ее ветвей с применением малоинвазивных малотравматичных технологий.

Материал и методы исследования: исследованию подвергнуты 780 пациентов с окклюзирующими заболеваниями брахиоцефальных артерий, брюшной аорты и артерий нижних конечностей, лечившихся в отделении сердечно-сосудистой хирургии ГКБ им. В.В. Вересаева города Москвы за период с ноября 2000 года по декабрь 2015 года. Всем пациентам были выполнены реконструктивные операции на указанных бассейнах в один или несколько этапов. За это время выполнено 1657 операций по поводу окклюзирующих поражений брахиоцефальных артерий, брюшной аорты и артерий нижних конечностей. По поводу сочетанного поражения брахиоцефальных артерий и синдрома Лериша было пролечено 468 больных (300 одномоментно и 168 поэтапно). По поводу сочетанного поражения брахиоцефальных артерий и аневризм брюшного отдела аорты было пролечено 312 больных (138 одномоментно и 174 поэтапно). В 39 случаях у больных было выполнена поэтапно реконструкция на брахиоцефальных артериях с обеих сторон и в 27 случаях третьим этапом было выполнена бедренно-подколенная реконструкция. В соответствии с коронарным резервом сердца, оцененным по результатам стресс-эхокардиографии и коронарографии, все больные были разделены на 2 группы. К первой группе, в которую входили 546 (70%) больных, относились пациенты с высоким коронарным резервом. Им одновременно была выполнена операция на брахиоцефальных артерий и аорто-бедренная реконструкция из мини-доступа. Другой группе, в которую вошли 234 (30%) больных с аналогичным поражением артериального русла и низким коронарным резервом, было проведено аналогичное вмешательство на брахиоцефальных артериях и аорто-бедренном сегменте поэтапно. Во 2 группе по причине наличия критической ишемии нижних конечностей была выполнена у 18 (7,7%) больных одномоментно операция на брахиоцефальных артериях и аорто-бедренная реконструкция из мини-доступа, а также у 11 (5%) больных потребовалась после реконструкции брахиоцефальных артерий коррекция коронарного кровотока (у 8 больных коронарная ангиопластика, у 3 — АКШ). Результаты: у всех больных первой группы послеоперационный период протекал без осложнений. В отделении реанимации после операции наблюдалось в течение первых суток 14% больных. Средний койко-день в первой группе больных составил 12 дней. Послеоперационный период во второй группе осложнился 2 интраоперационными инфарктами миокарда, парезом кишечника до 2 дней у 18%, послеоперационной пневмонией — у 8% больных. В отделении реанимации после операции наблюдалось в течение первых суток 76% больных. Средний койко-день во второй группе больных составил 20 дней.

Выводы: 1. Применение мини-доступа к инфраренальному отделу аорты существенно снижает травматичность как изолированных,

так и одномоментных вмешательств на нескольких сосудистых бассейнах. 2. Использование миниинвазивных технологий в реконструктивной хирургии мультифокального атеросклероза улучшает ближайшие и отдаленные результаты операций, снижает продолжительность койко-дня, повышает экономическую эффективность лечения больных.

### Немедикаментозные технологии медицинской реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Хан М.А., Школьникова М.А., Куянцева Л.В., Абдулатипова И.В. Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Проблема кардиореабилитации в педиатрии является актуальной в связи со значительной распространенностью заболеваний сердца и сосудов, повышенным риском развития жизнеопасных осложнений, склонностью большинства сердечно-сосудистых заболеваний детского возраста к хроническому течению, необходимостью профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии старшего возраста. Особенности программы кардиореабилитации, сроки ее проведения зависят от ряда причин: характера патологии и исходной тяжести состояния пациента, вида коррекции, наличия осложнений, индивидуальных особенностей пациента, степени его детренированности. Длительность программы реабилитации в зависимости от ее эффективности составляет от 6 месяцев до 2–3 лет. В эти сроки достигается оптимальный и стабильный уровень функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы. Успехи кардиохирургии привели к увеличению выживаемости детей после хирургического лечения врожденных пороков сердца, что требует с новых позиций разработки оптимальной модели системы их медицинской реабилитации. Программа кардиореабилитации реализуется на стационарном, амбулаторно-поликлиническом и санаторном этапах. Первый этап медицинской реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии, кардиологических отделениях стационаров. Ранние реабилитационные мероприятия включают методы физической реабилитации (лечебную физкультуру, массаж) и физиотерапии.

Целью их является профилактика и лечение возможных ранних послеоперационных осложнений, улучшение функции дыхательной системы, улучшение психоэмоционального состояния, адаптация миокарда к условиям новой гемодинамики. Современные технологии физиотерапии включают поляризованный свет, низкоэнергетическое лазерное излучение инфракрасного и красного диапазонов, ингаляционную терапию (гормональные препараты, антибактериальные, муколитики), токи низкой частоты, ультрафиолетовое облучение. Санаторный этап кардиореабилитации показан детям, прошедшим курс восстановительного лечения, но все еще сохранившим определенные трудности в адаптации к условиям активного образа жизни. Особенности санаторного этапа является преемственность реабилитационных мероприятий и врачебный контроль. При необходимости продолжается медикаментозное лечение для купирования недостаточности кровообращения, лечение некоторых послеоперационных осложнений (нарушения ритма, легочные осложнения).

Цель санаторного этапа кардиореабилитации — обеспечить поддержку сердечно-сосудистой системы ребенка в условиях максимально возможного расширения уровня нагрузок, помочь ребенку, перенесшему заболевание сердца или все еще страдающему сердечным заболеванием, вернуться к здоровому образу жизни и безопасно осуществлять максимально возможный уровень активности. Программа санаторного этапа медицинской реабилитации детей с сердечными заболеваниями включает лечебно-оздоровительные мероприятия: рациональный режим дня, диетическое питание, климатотерапию (азротерапия, талассотерапия, гелиотерапия), санацию хронических очагов инфекции, лечебную физкультуру (утренняя гигиеническая гимнастика, занятия в залах ЛФК по

комплексу, лечебное плавание в бассейне), дозированную ходьбу, массаж, аппаратную физиотерапию (электролечение, светолечение, аэрозольную терапию, галотерапию, прерывистую нормобарическую гипокситерапию, биоуправляемую аэроионотерапию, ароматотерапию, бальнеотерапию (йодобромные, углекислые, сухие углекислые ванны, кислородные хвойные, азотные ванны, хлоридно-натриевые, жемчужные ванны), технологии релаксации и эмоциональной поддержки пациентов и их родителей. Научные исследования показывают, что у детей с сердечными заболеваниями, прошедших санаторный этап реабилитации, происходят важные положительные физиологические изменения, включая достоверное повышение уровня физической активности в результате овладения «сохранными» формами нагрузок и лучшего понимания специфики своего сердечного заболевания.

### **Влияние социально-реабилитационных мероприятий на внутреннюю картину болезни и степень адаптации пациентов с шизофренией в условиях острого психиатрического отделения**

Ханнанова А.Н., Евстигнеева Е.А.

Психиатрическая клиника № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва

Цель — охарактеризовать влияние социально-реабилитационных мероприятий на внутреннюю картину болезни и степень адаптации пациентов с шизофренией, проходивших лечение в остром отделении психиатрического стационара.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 5 женского психиатрического отделения ГБУЗ «ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ» с января по сентябрь 2016 года. В исследование было включено 60 пациенток с диагнозом «шизофрения». Экспериментальную группу составили 30 пациенток, участвовавших в социально-реабилитационных мероприятиях в период стационарного лечения. В качестве контрольной группы были опрошены пациентки, получавшие только фармакологическое лечение в период пребывания в стационаре. Экспериментальная и контрольная группы соответствовали друг другу по возрасту, полу, длительности заболевания, количеству госпитализаций в психиатрические стационары и длительности пребывания в стационаре. В социально-реабилитационные мероприятия входили групповые занятия (психообразование пациентов, тренинг социальных и когнитивных навыков, арт-терапия, танцевально-двигательная терапия), а также индивидуальные консультации (индивидуальная психотерапия, индивидуальное психологическое консультирование, семейная психотерапия), назначенные решением комиссии лечебно-реабилитационной бригады. Для исследования использовалась методика психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я.), опросник социально-психологической адаптивности А.К. Осницкого, опросник исследования копинговых стратегий Д. Амирхана. Опрос проводился перед выпиской пациенток из отделения.

Результаты. Для обеих групп в целом характерен дезадаптивный тип реагирования на болезнь, который был выявлен у 93,3% пациенток контрольной группы и 76% пациенток экспериментальной группы. Данный тип предполагает недооценку либо переоценку тяжести и характера заболевания, что приводит к социальной дезадаптации больных. В структуре отношения к болезни в контрольной группе преобладали анозогностический (29,8%), апатический (21,0%) и параноидальный (22,8%) типы реагирования, в то время как в экспериментальной группе ведущими оказались анозогностический (20,1%), параноидальный (18,3%) и тревожный (21,0%) типы реагирования. Вместе с тем, количество пациенток с гармоничной оценкой болезни было значительно больше (на 16,7%) в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. Среди копинг-стратегий у пациентов с шизофренией преобладает «избегание проблем» (67% в контрольной группе и 60,2% в экспериментальной), далее следуют поиск социальной поддержки и разрешение проблем. Статистически значимая разница получена между контрольной и экспериментальной группами по копинг-стратегии «поиск социальной

поддержки». Пациенты экспериментальной группы на 11,5% больше склонны обращаться за помощью и поддержкой вовне по сравнению с пациентами контрольной группы. По опроснику социально-психологической адаптивности значимых различий не выявлено. Показатели адаптации, принятия себя и других, интернальности, эмоционального комфорта как в экспериментальной, так и в контрольной группах были менее 70%. Выводы. Пациенты с параноидной шизофренией в целом склонны к дезадаптивному типу реагирования на собственную болезнь, избеганию проблем, обнаруживают возникновение трудностей в области социально-психологической адаптации. Проведение социально-реабилитационных мероприятий способствует формированию гармоничного отношения к болезни и сдвигу в структуре условно дезадаптивных типов реагирования на собственное заболевание от апатического варианта к тревожному. Также участие в реабилитационной программе учащает использование более адаптивных копинг-стратегий. Следует обратить внимание на повышение значимости такой копинг-стратегии, как «поиск социальной поддержки», что указывает на важность включения в реабилитационную программу семейной терапии и занятий по психообразованию родственников пациентов.

### **«Стикерные напоминания» в программах реабилитации с применением поведенческой терапии у больных с тревожными расстройствами**

Харионов С.В., Кукшина А.А., Зайцев В.П., Голубев М.В.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

В реабилитационных программах по психотерапии, или единых оздоровительно-реабилитационных и восстановительно-корригирующих программах часто основной задачей оказывается формирование того или иного поведенческого паттерна. Однако существует весьма распространенная проблема — забывание пациентами о необходимости совершения тех или иных действий в период между психотерапевтическими сессиями. Необходимость систематических напоминаний весьма актуальна не только при формировании устойчивости того или иного навыка.

Цель исследования. Определение эффективности использования «стикерных напоминаний» в формировании устойчивости реагирования на коррекцию симптомов-мишеней.

Материал исследования В качестве материала исследования были взяты протоколы сессий когнитивно-поведенческой психотерапии, проводившейся у пациентов с тревожными расстройствами. Всего в исследовании приняли участие 118 человек в возрасте от 18 до 45 лет с установленным диагнозом «тревожное расстройство» согласно критериям МКБ-10 (F 41).

Методы исследования. Визуально-аналоговая 10-балльная шкала применялась для оценки пациентами степени своей удовлетворенности устойчивостью сформированного на психотерапевтических занятиях навыка, направленного на совладание с дезадаптивными переживаниями. Праксиметрия. Статистический метод.

Результаты. На первой неделе терапии, после формирования навыков совладания с дискомфортными ощущениями в группе без применения стикеров, количество ситуаций, когда пациенты испытывали тревогу, беспокойство, гнев или психическую напряженность, в среднем составило 12,5. Количество несвоевременных, запаздывающих реакций или случаев, когда сформированный навык преодоления возникших дискомфортных ощущений не был использован, в среднем = 3,4. Удовлетворенность пациентов устойчивостью сформированного навыка по 10-балльной визуальной-аналоговой шкале составила в среднем 5,1 балла. В группе с применением стикеров (ГСС) количество ситуаций дискомфорта, тревоги или беспокойства, регистрируемых пациентами, было существенно выше, в среднем = 20,7. Субъективно определяемая удовлетворенность устойчивостью сформированного навыка в группе ГСС составила 9,4 балла. На второй неделе после формирования навыков в группе без применения стикеров количество фиксируемых ситуаций, когда наблюдалась тревога, беспокойство

или пациенты испытывали психический дискомфорт, было 11,3. Количество ситуаций, когда пациенты, включенные в группу ГБС, несвоевременно реагировали или не реагировали вообще, в среднем составило 1,7 случая. Субъективный уровень удовлетворенности в группе составил в среднем 6,2 балла. В группе ГСС на второй неделе отмечалось существенное снижение количества фиксируемых ситуаций, когда пациенты отмечали тревогу, беспокойство или психический дискомфорт. В среднем по группе значение этого показателя составило 9,2 случая. Количество ситуаций, когда пациенты не реагировали или реагировали с запозданием на дискомфортные чувства, в среднем по группе составило 0,09. Субъективный уровень удовлетворенности устойчивостью сформированного навыка реагирования на дискомфортные и тревожные ощущения в группе был высоким и составил 9,9 балла.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что включение «стикерных напоминаний» в структуру психотерапии на этапах формирования требуемых для терапии навыков позволяет не только обеспечивать устойчивое и своевременное адаптивное реагирование, но и дает еще несколько значительных эффектов.

### Оптическая когерентная томография в диагностике заболеваний сетчатки у детей

Хащенко И.Е., Маслова Е.А.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Цель работы. Сравнить информативность, воспроизводимость оптической когерентной томографии высокого разрешения (СОКТ) электроретинографией по стандартам Международного общества клинической электрофизиологии зрения (ISCEV) у детей в возрасте 4–8 лет с различной патологией сетчатки.

Материал и методы. Обследованы 40 детей с патологией сетчатки. Всем детям проводили стандартное офтальмологическое обследование. Дополнительно регистрировали палочковую, максимальную, колбочковую, ритмическую ЭРГ, осцилляторные потенциалы по стандартам ISCEV. Определяли амплитуду а и b волн ЭРГ. Для изучения морфологии сетчатки в МЗ использовали ОКТ высокого разрешения. Анализировали линейные сканы и макулярный объем. Результаты и обсуждение. У детей с начальной колбочковой дистрофией (острота зрения 1,0–0,7, отсутствие офтальмоскопических изменений, 7 чел.) при проведении СОКТ определялись локальные дефекты или прерывистость в соединении внутреннего и наружного сегментов фоторецепторов (эллипсоидная зона IS/OS) в фовеа и незначительное снижение макулярного объема (МО) по сравнению с возрастной нормой. Амплитудно временные показатели палочковой, максимальной, колбочковой, ритмической ЭРГ у детей данной группы были сохранены. У детей с палочковой дистрофией (острота зрения 1,0, жалобы на нарушение сумеречного зрения, отсутствие «костных телец» на периферии, 14 чел.) при проведении СОКТ определялись прерывистость эллипсоидной зоны IS/OS парамакулярно и ее сохранение в МЗ, снижение толщины слоя фоторецепторов парамакулярно при его сохранности в МЗ и незначительное снижение макулярного объема (МО) по сравнению с возрастной нормой. Палочковая ЭРГ не регистрировалась, максимальный ответ резко снижен, снижение колбочковой и ритмической ЭРГ в 2 раза по сравнению с нормой. У детей с палочко-колбочковой дистрофией (острота зрения 0,1–0,4 жалобы на нарушение сумеречного зрения, наличие «костных телец» по всему главному дну и дистрофических изменений в МЗ 10 чел.) при проведении СОКТ определялись отсутствие эллипсоидной зоны IS/OS по всему линейному скану, тотальное снижение толщины слоя фоторецепторов и незначительное снижение макулярного объема (МО) по сравнению с возрастной нормой. У 40% детей встречался кистозный макулярный отек (КМО). Палочковая, максимальная, колбочковая ЭРГ не регистрировались. У детей с ВСНС (острота зрения 0,4–0,8, жалобы на нарушение сумеречного зрения с нормальной картиной гл. дна 12 чел.) при проведении СОКТ определялось незначительное снижение МО при сохраненной эллипсоидной зоной IS/OS. Палочковая ЭРГ не регистрировалась,

максимальная ЭРГ минус-негативная или снижена, колбочковая ЭРГ в норме или снижена. Проведение стандартной ЭРГ позволило определить типы ВСНС (Риггса и Шуберта–Борншайна). У детей с полной ахроматопсией (острота зрения 0,08–0,2, нисагмом, нарушением цветового зрения, улучшением зрения в сумерках 7 чел.) при проведении СОКТ определялось разращение эллипсоидной зоны IS/OS, типичное для данной патологии. Палочковая ЭРГ была в норме, максимальный ответ снижен в 1,5–2 раза, колбочковая и ритмическая ЭРГ не регистрировались. Хотелось бы отметить большие затруднения в регистрации ЭРГ из-за выраженной светобоязни и, как следствие, негативное отношение ребенка к обследованию, что не отмечалось при проведении СОКТ. У детей с гипоплазией МЗ (острота зрения 0,3–0,8, альбинотический тип глазного дна 17 чел.) при проведении СОКТ определялись сохранность эллипсоидной зоны IS/OS на всем протяжении скана, невыраженность фовеолярной ямки, слой биполярных, ганглиозных клеток, в 1/3 случаев в фовеа даже определялся слой нервных волокон. Показатели амплитуды палочковой, максимальной, колбочковой ритмической ЭРГ были в норме.

Выводы 1. При патологии МЗ СОКТ превосходит по информативности электроретинографию по стандартам ISCEV. 2. Использование СОКТ в диагностике ВСНС уступает по информативности электроретинографии по стандартам ISCEV. 3. СОКТ является неинвазивным, непродолжительным по времени, более воспроизводимым по сравнению с электроретинографией исследованием, может использоваться у детей с нисагмом и светобоязнью. 4. Предлагается алгоритм обследования детей с подозрением на патологию сетчатки: вначале проводится СОКТ высокого разрешения, которая при необходимости дополняется ЭРГ.

### Ключевые коморбидности в тактике лечения псориаза и псориатического артрита

Хлыстова Е.А., Коротаева Т.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В настоящее время псориаз рассматривается как системное заболевание с поражением не только кожи, но и внутренних органов. Сам термин «псориатическая болезнь» подразумевает системность процесса при псориазе, обуславливаемую едиными патогенетическими процессами развития как псориатического процесса, так и сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринных и метаболических нарушений. По данным проведенного анализа коморбидных патологий у больных псориазом и псориатическим артритом (ПсА), получавших стационарное лечение в МНПЦДК (127 больных), у подавляющего большинства (96%) пациентов псориаз сочетался с коморбидными состояниями. В большинстве случаев псориаз ассоциировался с наличием ожирения (у 74% пациентов) и метаболического синдрома (66,1% пациентов), псориатического артрита (54,3% пациентов), с кардиоваскулярной (53,5% пациентов) и эндокринной (22,8%) патологией. В исследовании доказана прямая корреляция индекса массы тела и тяжести псориатического процесса. В сочетании с дислипидемией, выявленной у 74% больных и артериальной гипертензией (10% больных), метаболический синдром был выявлен у 23% больных псориазом, что является неблагоприятным прогностическим признаком. Установлено, что частота встречаемости коморбидной патологии значительно выше у больных псориазом с сопутствующим ПсА, чем в группе больных с псориатическим поражением лишь кожи. Настоящие данные подтверждаются многочисленными российскими и зарубежными исследованиями и позволяют выявить ключевые основы оценки тяжести псориатического процесса и эффективности терапии: индекс массы тела и выраженность метаболических нарушений, степень активности ПсА и тяжесть поражения кожи. Согласно рекомендациям EULAR и GRAPPA, диагноз ПсА устанавливается на основе критериев CASPAR, применение которых возможно при наличии признаков воспалительного заболевания суставов у больных псориазом: периферический артрит, энтезит, дактилит,

спондилит. Степень активности ПСА оценивается на стандартизированных индексах — PsARK, DAS, BASDAI, LEI, HAQ. Использование комплексных индексов предполагает более качественную оценку индивидуальных различий по причине использования нескольких параметров и, таким образом, снижает в динамике вариабельность измерений при сравнении эффектов двух видов лечения у одного пациента или в группе. Так, например, индекс DAREA/DAPSA, разработанный изначально для оценки тяжести ревматоидного артрита, по данным последних исследований, доказал свое превосходство и в отношении ПСА за счет оценки не только количества пораженных суставов и клинических признаков артрита, но и оценки выраженности системного воспаления и боли. Эти критерии наиболее актуальны в ранней диагностике ПСА, а также наиболее точно отражают эффективность терапии. Однако однозначно достоверного инструмента для оценки тяжести псориазического процесса в целом, с учетом активности ПСА, тяжести поражения кожи, наличия и выраженности коморбидных патологий, до настоящего времени нет. Это особенно важно для планирования системной терапии у данной группы больных. В качестве препарата выбора в лечении псориаза и псориазического артрита остается метотрексат. Доказано, что применение метотрексата снижает уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у больных псориазом и ПСА. В настоящее время не существует четких методических рекомендаций по дозированию данного препарата у больных псориазом. Так, средняя дозировка метотрексата, назначаемая как ревматологами, так и дерматологами, варьирует от 10 до 15 мг в неделю. Доказано, что эффективность метотрексата повышается при увеличении дозы до 20–25 мг в неделю. Однако отсутствие алгоритма применения метотрексата у больных псориазом, псориазическим артритом с наличием коморбидных патологий в виде ожирения, метаболического синдрома в разных степенях выраженности каждого составляет трудность в подборе дозы препарата, что сказывается на недостаточной эффективности лечения. В настоящее время ведется разработка нового индекса тяжести псориазического процесса, учитывающего тяжесть поражения кожи, степень активности суставного процесса и выраженность метаболических нарушений, что позволит предложить алгоритм применения метотрексата у больных с учетом персонализированных данных, оптимизировать системную терапию в зависимости от наличия коморбидных патологий и повысить эффективность лечения, снижая риски сердечно-сосудистых осложнений.

## Сопутствующая патология у ВИЧ-инфицированных

Цыганова Е.В.  
Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом, Москва

С наступлением эры комбинированной антиретровирусной терапии (АРТ) изменилась структура сопутствующей патологии у больных ВИЧ-инфекцией. Принимая во внимание увеличение продолжительности жизни на фоне эффективной АРТ, проблема сопутствующей патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов становится все более актуальной. Известно, что вирус иммунодефицита человека является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и почечной дисфункции, нейрокогнитивных нарушений. С возрастом увеличивается риск развития не СПИД-ассоциированных заболеваний в популяции ВИЧ-инфицированных. Так, в возрастной группе старше 50 лет — у 40% больных регистрируются два и более сопутствующих неинфекционных заболевания, а в возрастной группе старше 55 лет — более двух сопутствующих заболеваний регистрируются у 50% пациентов. Среди этих заболеваний наиболее распространенными остаются сердечно-сосудистые заболевания, поражение почек и нейрокогнитивные расстройства, а также онкологические заболевания. Важными аспектами являются вопросы скрининга, диагностики и подходов к терапии сопутствующей патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов. Необходимо учитывать, что некоторые антиретровирусные препараты повышают риск развития ишемической болезни сердца. В случае наличия у пациента риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет

≥ 20%, следует рассмотреть необходимость модификации АРТ. Следует помнить, что АРТ-препараты могут взаимодействовать с некоторыми препаратами, предназначенными для лечения гипертензии и дислипидемии. Доказано, что некоторые антиретровирусные препараты потенциально нефротоксичны, что требует коррекции схемы и изменения дозы АРТ с последующим контролем функционального состояния почек. У пациентов с нейрокогнитивными нарушениями при выборе схемы АРТ необходимо включить в схему антиретровирусные препараты с высоким индексом проникновения через гемато-энцефалический барьер с целью подавления репликации вируса в ЦНС. Учитывая распространенность проблемы сопутствующей патологии у больных ВИЧ-инфекцией, важным шагом станет взаимодействие на постоянной основе между инфекционистами МГЦ СПИД и врачами других специальностей в вопросах тактики ведения ВИЧ-инфицированных пациентов с сопутствующей патологией. Основными направлениями в междисциплинарном подходе к ведению пациентов должны стать раннее выявление и контроль традиционных факторов риска возникновения соматической патологии (курение, артериальная гипертензия, избыточная масса тела и др.), учет сопутствующих заболеваний и межлекарственных взаимодействий между антиретровирусными препаратами и другими лекарственными средствами.

## ВИЧ-инфекция в практике врача-терапевта

Цыганова Е.В., Халилуллин Т.Р., Бессараб Т.П.  
Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД, Москва

Появление антиретровирусной терапии изменило течение ВИЧ-инфекции, сделав ее хроническим и медикаментозно контролируемым заболеванием. Одновременно с достижениями в сфере лечения ВИЧ-инфекции, позволяющими увеличить продолжительность и сохранить качество жизни ВИЧ-инфицированных, отмечается нарастание общесоматической патологии, ассоциированной с возрастом. Помимо классических факторов риска развития соматических заболеваний, ВИЧ-инфицированные имеют дополнительные факторы риска, связанные с наличием ВИЧ, гепатотропных вирусов, сопутствующего туберкулеза и других заболеваний, возникающих на фоне иммунодефицита, а также с постоянным приемом антиретровирусных препаратов. Более того, в структуре смертности больных ВИЧ-инфекцией отмечается стабилизация и снижение СПИД-ассоциированной смертности, и всё большее место занимают сердечно-сосудистые заболевания, патология печени и почек. Для врача-терапевта в ежедневной клинической практике важно распознать симптомы развивающегося приобретенного иммунодефицита, а также возможные факторы риска возникновения сопутствующих заболеваний, для правильной тактики ведения и корректного назначения лекарственной терапии выявленной патологии. Так, например, при выявлении кардиоваскулярных нарушений у больного ВИЧ-инфекцией, вследствие развития эндотелиальной дисфункции и дислипотеидемии на фоне применения антиретровирусной терапии, необходимо в первую очередь модифицировать и контролировать факторы риска (курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет). Если на фоне коррекции образа жизни и модифицируемых факторов риска не изменяется выраженность дислипотеидемии, то терапевт рекомендует прием статинов и/или фибратов при значительном повышении уровней общего холестерина и ЛПНП. В случае неэффективности перечисленных мер с целью улучшения липидного профиля рекомендована коррекция схемы антиретровирусной терапии. Важным аспектом, ускользающим порой из поля зрения врачей неинфекционных лечебно-профилактических учреждений, является оценка межлекарственных взаимодействий при назначении терапии по поводу заболеваний внутренних органов. Таким образом, пациенты с ВИЧ-инфекцией требуют большего внимания со стороны врача-терапевта как до назначения инфекционистом антиретровирусной терапии, так и на фоне приема АРТ, для своевременного скрининга сопутствующих заболеваний, профилактики модифицируемых факторов риска и назначения лекарственной терапии, согласно национальным клиническим рекомендациям.

## Диагностика типов реакций в ситуациях социальной фрустрации у пациентов с расстройствами пищевого поведения

Чепелюк А.А., Кошелев В.В., Виноградова М.Г.  
Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва

Важным вопросом диагностики нарушений пищевого поведения является коморбидность расстройств личности (РЛ). Последние вносят свой вклад в клиническую картину расстройств пищевого поведения, с одной стороны, но и синдром нарушений пищевого поведения, с другой стороны, накладывают свой отпечаток на структуру расстройств личности и их терапию (резистентность к проводимой фармакотерапии, особенности приверженности лечению и др.). Следовательно, важными диагностическими задачами, реализуемыми в рамках комплексного взаимодействия специалистов клинко-психиатрической и психологической практики, являются: определение синдромаобразующих нарушений, исследование когнитивных процессов и личностной сферы. Подобный комплексный подход, основанный на расширении применяемых качественных и количественных диагностических инструментов, позволяет более точно определять мишени для фармакотерапии, оценивать ее эффективность, прорабатывать стратегии для психосоциальной реабилитации (Кошелев В.В., Виноградова М.Г., Шабанова А.А., 2015). Разработанная методология проведения исследований в клинике пограничных состояний включает в себя сочетание тестовых и экспериментальных методик, позволяя моделировать познавательную деятельность больных в условиях развернутого анализа вербальной (вербальный субтест Векслера), невербальной абстрактной информации (модифицированный тест Г. Виткина) и информации с социальным контекстом различной степени сложности (тест Розенцвейга, субтест «Понятливость», субтест «Последовательные картинки» и др.) для выявления патологических паттернов функционирования, поскольку данные ситуации раскрывают процессы аффективно-когнитивного взаимодействия (Виноградова М.Г. Ермушева, А.А. Шабанова, 2013), приобретающие в последнее время все большее значение для выявления психологических нарушений, наблюдаемых у больных с нервной анорексией и булимией (Roberths, Tchamturia & Treasure, 2010; R. Pignatti, V. Bernasconi, 2013). Целью данного исследования являлось изучение личностных особенностей больных с расстройствами пищевого поведения. Было проведено исследование паттернов реагирования в ситуациях социальной фрустрации с осуществлением процедуры формального анализа у 10 пациентов с булимией, коморбидной пограничному (3 больных), параноидному (3 больных) и шизотипическому (4 больных) РЛ (F60.31, F60.0 и F21.3), и 10 пациентов с нервной анорексией, коморбидной шизотипическому (5 пациентов) и ананкастному (5 пациентов) РЛ (F21.3 и F60.55), на базе отделения психологической реабилитации ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ».

Материалы и методы. Экспериментальное патопсихологическое обследование (10 слов, «Пиктограмма», «Сходство», «Классификация предметов», «Пословицы», таблицы Шульце, «Исключение предметов») проективный метод (тест С. Розенцвейга, методика исследования Дембо-Рубинштейн, «Рисунок человека»).

Результаты исследования. Было выявлено, что у больных с нервной анорексией, преобладающей в профиле реакций в ситуациях социальной фрустрации, являлась интропунитивная направленность агрессии, а для пациентов с булимией — экстрапунитивная направленность. Изучение идиодинамики (соотношения различных ответов в протоколах) обнаружило свойственную больным с булимией особенность, которая заключалась в нарастании числа реакций самообвинения в первой части протоколов, наряду с одновременным увеличением реакций по типу фиксации на удовлетворении ситуативно возникающих потребностей и реакций по типу отрицания стрессового значения ситуаций во второй части протоколов. У больных с нервной анорексией была выявлена тенденция к нарастанию ответов, связанных с удовлетворением ситуативно возникающих потребностей, в первой части протоколов, наряду с увеличением ответов, связанных с отрицанием стрессового значения стимульных ситуаций во второй части протоколов.

Выводы. Полученные данные позволяют более полно описать различия, существующие при РЛ, зависящие как от ведущего психопатологического синдрома, так и от психологических особенностей личности (защитных механизмов личности по типу рационализации при ананкастном РЛ, эгоцентрическом удовлетворении потребностей при шизотипическом и пограничном РЛ; вектора направленности переживания фрустрации: внешнеобвиняющего при параноидном и пограничном РЛ или же всемогущего контроля при ананкастном и шизотипическом РЛ; возможностей и ограничений компенсаторных стратегий).

## Неотложное эндоскопическое стентирование при непроходимости, вызванной опухолевой обструкцией толстой кишки

Чернооков А.И., Маринова Л.А., Бачурин А.Н., Мыльников А.Г., Бордюков М.В., Косаченко М.В.  
Городская клиническая больница им. С.С. Юдина, Москва

Актуальность: рак толстой кишки — одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. При этом полная или частичная кишечная непроходимость встречается в 8–29% случаев. Хирургическое лечение больных с непроходимостью чаще всего заканчивается наложением колостомы, это тяжело переносится пациентами и сопровождается высоким уровнем летальности в послеоперационном периоде. В условиях развития современной эндоскопии в качестве альтернативы колостомии у больных с непроходимостью возможно использование протезирования толстой кишки металлическими саморасширяющимися стентами, что во многих случаях позволяет избежать проведения экстренных хирургических вмешательств, снизить травматичность и послеоперационную летальность, сократить время пребывания больного в стационаре. Однако данная методика в настоящее время не получила широкого распространения в России, что указывает на необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Цели исследования: исследование особенностей выполнения эндоскопического стентирования в условиях непроходимости, вызванной опухолевой обструкцией толстой кишки, и проведение анализа эффективности.

Материалы и методы: в период с 01.01.2013 г. по 30.06.2016 г. в ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина» ДЗМ было предпринято 44 попытки эндоскопического стентирования по поводу опухолевой обструкции толстой кишки. У большинства пациентов локализация поражения являлась левой половиной толстой кишки. Во всех случаях были использованы непокрытые металлические саморасширяющиеся стенты диаметром 22 мм, длиной 60, 90 и 120 мм.

Результаты: стентирование было технически успешным у 43 пациентов из 44 (технический успех 97,7%). У одной пациентки была предпринята попытка проведения стентирования толстой кишки, однако, в связи с расположением опухоли непосредственно перед селезеночным изгибом и невозможностью позиционировать эндоскоп для проведения манипуляций, техническое выполнение стентирования было невозможно. Характеристика пациентов: мужчины — 24 (56%), женщины — 19 (44%), возраст пациентов 47–85 лет, в среднем 69 лет. Клинический эффект не был достигнут в 8 случаях: у пациентки с опухолью сигмовидной кишки, несмотря на адекватное стояние стента, клиника непроходимости сохранялась за счет тонкокишечного компонента. Была выполнена лапаротомия, на которой констатирована спаечная тонкокишечная непроходимость вследствие фиксации одной из петель к опухолевому инфильтрату, произведено разделение спаек. У 3 (7%) пациентов произошла перфорация стенки кишки: у 2-х пациентов — вследствие биопсии; у 3-й пациентки после стентирования отмечено неадекватное расправление стента, в связи с чем была произведена баллонная дилатация суженного участка, что привело к перфорации. Всем пациентам была выполнена колостомия. Летальный исход был отмечен в 4 (9,3%) случаях: 3 пациента скончались на фоне нарастающей полиорганной недостаточности, еще один пациент — от острого инфаркта миокарда. Таким образом, клинический эффект стентирования составил 81,4%. В остальных случаях особенностей не отмечалось, после стентирования пациенты

проводили в стационаре в среднем 4–5 суток и выписывались в удовлетворительном состоянии. У 28 (65%) пациентов вмешательство проводилось с паллиативной целью. У 15 (35%) пациентов в дальнейшем была выполнена радикальная операция.

Заключение: эндоскопическое колоректальное стентирование является безопасным, экономически выгодным и наиболее предпочтительным методом разрешения опухолевой обструкции толстой кишки, особенно ее левой половины, в качестве первого этапа перед выполнением радикальной операции или с целью окончательной паллиативной помощи. Учитывая низкое распространение данной методики в России, требуется проведение дальнейших исследований с целью внедрения ее в повсеместную практику медицинских учреждений.

## Физическая реабилитация детей с перинатальной патологией

Чубарова А.И., Хан М.А., Микитченко Н.А.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Перинатальная патология центральной нервной системы является одной из актуальных и социально значимых проблем, что обосновывает необходимость проведения ранней физической реабилитации таких детей. К настоящему времени разработаны основные методологические принципы этапной реабилитации новорожденных с определением задач для каждого этапа, прежде всего для детей с последствиями перинатального поражения ЦНС. Важным аспектом медицинской реабилитации новорожденных является минимизация лекарственных средств. Установлено, что раннее включение физических факторов в комплексную реабилитацию таких больных позволяет снизить объем медикаментозного лечения. За последние годы разработан и научно обоснован широкий спектр немедикаментозных технологий медицинской реабилитации новорожденных с последствиями перинатального поражения ЦНС. Особое место в реабилитации таких детей отводится методам кинезотерапии. В комплексе реабилитационных мероприятий детей с перинатальной патологией активно используются различные виды массажа. Для активизации врожденных сохранных образцов движения и скоординирования их с мускулатурой туловища и конечностей в последние годы в медицинскую реабилитацию широко внедряется метод Войта, являющийся простым и эффективным способом воздействия на основные точки мышечного аппарата ребенка, способствующим формированию адекватных мышечных поз. В последнее время широко применяется метод тонкого пальцевого тренинга (тактильный стимулирующий массаж кистей и пальцев рук), который показан прежде всего недоношенным, детям с гипоксическим поражением центральной нервной системы, синдромом угнетения. Особая ценность этой методики заключается в возможности ее применения у крайне маловесных детей первых недель жизни. Фитбол-гимнастика стимулирует формирование двигательных навыков, позволяет нормализовать измененный мышечный тонус. Метод сухой иммерсии, моделирующий условия невесомости, применяется при синдромах мышечного гипертонуса, гипервозбудимости, угнетения, способствуя уменьшению неврологической симптоматики. Одним из эффективных методов физической реабилитации является занятие в «сухом бассейне», что способствует физическому и эмоциональному развитию ребенка, укрепляет опорно-двигательный аппарат, оказывает массажный и расслабляющий эффект, развивает равновесие и ориентацию в пространстве. С целью улучшения кровоснабжения и обменных процессов в мозговой ткани, нервно-мышечной проводимости, нормализации центральной и периферической регуляции мышечного тонуса применяются методы аппаратной физиотерапии: токи надтональной частоты, синусоидальные модулированные токи, переменное магнитное поле, поляризованный свет, структурно-резонансная терапия, биорегулируемая электронейростимуляция, селективная хромотерапия. Получены научно обоснованные данные о возможности и эффективности рефлексотерапии в неонатологии. Включение иглорефлексотерапии в комплексную реабилитацию детей с перинатальной патологией способствует нормализации мозговой гемодинамики и восстановлению спектра безусловных

рефлексов. Таким образом, применение средств физической реабилитации у детей с перинатальной патологией позволяет снизить медикаментозную нагрузку на детский организм и повысить эффективность лечения.

## Диагностика копинг-стратегий у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких

Чумаков Д.В., Давыдова И.А., Ярославская Л.И., Ярославская М.А., Рылева Е.Г.  
Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва

Цель исследования — изучение способов совладающего со стрессом болезни поведения как психологических стратегий адаптации у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Задачи исследования: на группах больных ХНЗЛ изучить стратегии совладающего поведения.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 120 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет, страдающих ХНЗЛ. Большинство больных находилось на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы № 70 г. Москвы. Выборка из 120 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 60 больных, имеющих диагноз «бронхиальная астма» (БА) (шифр по МКБ — 10 J45.0 — J45.9), средний возраст составил —  $47,2 \pm 10,2$ . Вторую группу составили 60 человек, имеющих диагноз — «хроническая обструктивная болезнь легких» (ХОБЛ) (шифр по МКБ — 10 J44.1), средний возраст —  $52,7 \pm 6,1$ . Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялись методика «Проактивное совладающее поведение» (L.G. Aspinwall, R. Schwarzer, S. Taubert), копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) (R.S. Lazarus, S. Folkman). Результаты исследования: в ходе исследования было установлено, что больные БА и пациенты, страдающие ХОБЛ, используют различные стили совладающего поведения. Полученные данные свидетельствуют о том, что больные ХОБЛ в сравнении с пациентами, страдающими БА более успешно производят оценку поставленных целей и активнее создают условия для их более удачного достижения, чаще руководствуются рациональным подходом, стараются подавлять эмоциональные реакции. Пациенты с ХОБЛ чаще больных БА, оценивают произошедшее с ними как негативное, более склонны к формированию депрессивных реакций. Недостаточное обращение к стратегии «конфронтация» у больных ХОБЛ может приводить к накоплению негативных эмоций, возрастанию эмоционального напряжения. Они редко обращаются к «дистанцированию», что может приводить к затруднениям в снижении субъективной значимости проблемы, стрессовой ситуации. Активно используют копинг-стратегию «самоконтроль», что, с одной стороны, дает возможность избегания эмоциональных импульсивных, аффективно-насыщенных поступков, рационального подхода к проблемным ситуациям, контролю своему поведению, внешних проявлений эмоций, но, с другой — в связи с тем, что данный стиль поведения используется, возможно, слишком часто, он ведет к подавлению эмоций, нарастанию эмоционального напряжения, которое остается «неотреагированным» и трансформируется в телесный эквивалент, что усложняет и утяжеляет течение заболевания. Обращение к копинг-стратегии «принятие ответственности» больными ХОБЛ, вероятно, связано с осознанием важности своевременного приема лекарств, соблюдения медицинских назначений, а также с попытками предотвращения ограничения дееспособности, вследствие ухудшения собственного здоровья. Больные БА, с одной стороны, склонны отрицать наличие у себя проблем и уходить от их решения, не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшения своего состояния. С другой — склонны к фиксации на своих соматических ощущениях и эмоциональных переживаниях, что предрасполагает к формированию ипохондрического радикала. В попытках снятия возникшего эмоционального напряжения пациенты могут прибегать к употреблению алкоголя, курению, перееданию. У пациентов, страдающих БА, отмечается недостаточно развитые навыки самостоятельного разрешения трудностей, целеполагания, рассмотрения вариантов



разрешения конфликтных или затруднительных ситуаций. Больные склонны к конфликтному поведению, зачастую перекалывают ответственность за свои действия и состояние здоровья на других людей. Эмоционально деструктивное отреагирование возникающих проблем и трудностей способствует развитию эмоционального истощения, растрате индивидуальных ресурсов, уводят от продуктивного решения возникших трудностей. Несмотря на демонстрацию агрессивных тенденций в поведении, у больных БА обнаруживается высокая поисковая активность социальной поддержки. Выводы: полученные данные могут быть полезны для дальнейших научных разработок в области психологии совладающего поведения, а также учитываться при оказании специализированной медико-психологической помощи и реализовать на практике индивидуальный подход к лечению.

### Сывороточный уровень трансформирующего фактора роста $\beta$ -1 связан с формой гипертрофии левого желудочка

Чумакова О.С., Бакланова Т.Н., Волошина Н.М., Резниченко Н.Е., Затеишиков Д.А.

Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Городская клиническая больница №17, Москва

Обоснование исследования: трансформирующий фактор роста  $\beta$ -1 (TGF- $\beta$ 1) вовлечен в структурные изменения миокарда, которые происходят при перегрузке давлением, и ассоциирован с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ). Морфологически ГЛЖ представлена двумя типами: концентрическим и эксцентрическим. Известно, что артериальная гипертензия (АГ) может осложняться концентрическим типом ГЛЖ с преимущественным утолщением стенки ЛЖ. Аортальный стеноз (АС) чаще приводит к развитию эксцентрической ГЛЖ, при которой наравне с утолщением стенки ЛЖ происходит расширение полости ЛЖ. Цель: оценить уровни TGF- $\beta$ 1 в сыворотке крови при различных типах ГЛЖ.

Материалы и методы: в исследование было включено 82 больных с АГ (средний возраст  $63,9 \pm 1,56$  года) и 48 больных с АС (средний возраст  $77,4 \pm 1,28$  года) с повышенными и сопоставимыми индексами массы миокарда ЛЖ ( $>102$  г/м<sup>2</sup> для мужчин,  $88$  г/м<sup>2</sup> для женщин). Масса ЛЖ рассчитывалась по формуле Деверро:  $0,8[1,04(IVST+EDD+PWT)^3 - EDD^3] + 0,6$ . Больные в группах АГ и АС различались по толщине стенки миокарда ЛЖ ( $17,7$  мм против  $13,5$  мм, соответственно  $p < 0,0001$ ) и относительной толщине стенки (ОТС) миокарда ЛЖ ( $0,79$  против  $0,57$ , соответственно  $p < 0,0001$ ). Таким образом, устанавливался концентрический и эксцентрический тип ГЛЖ. Сывороточный уровень TGF- $\beta$ 1 был определен методом ELISA (нормальные значения  $4639 - 14757$  пг/мл).

Результат: в обеих группах больных сывороточный уровень TGF- $\beta$ 1 был повышен:  $24561,5 \pm 1047,49$  пг/мл при концентрической ГЛЖ и  $18245,8 \pm 1213,03$  пг/мл при эксцентрической ГЛЖ. Разница между группами была статистически значима ( $p < 0,001$ ). Положительная корреляция была выявлена между уровнем TGF- $\beta$ 1 и параметрами, связанными с концентрическим типом ГЛЖ: ОТС ( $r = 0,203$ ,  $p < 0,0001$ ), толщина межжелудочковой перегородки ( $r = 0,270$ ,  $p = 0,002$ ).

Выводы: все обследованные больные имели повышенный уровень TGF- $\beta$ 1. Несмотря на сопоставимость массы миокарда ЛЖ, больные с концентрическим типом ГЛЖ имели значительно более высокие уровни TGF- $\beta$ 1. Принимая во внимание установленный факт участия TGF- $\beta$ 1 в процессах фиброза, мы предполагаем, что фиброз играет важную роль в формировании ГЛЖ.

### Виртуальные технологии в перманентном обучении сотрудников скорой медицинской помощи

Шацкова О.В., Матвеев И.С., Исаев Д.В., Тихонова С.Е. Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Москва

Актуальность темы: наиболее слабой стороной медицинского образования были и остаются ограничения в овладении мануальными

навыками и отсутствие способности к принятию быстрых и единственно правильных решений в экстренной ситуации. В настоящее время при условии бурного развития и широкого распространения симуляционных технологий появились способы для решения этих извечных задач. Техника выполнения манипуляций, умение работать в команде, развитие способности к быстрому принятию решений осваиваются обучающимися с использованием муляжей, роботов, фантомов, без участия пациента в условиях, максимально приближенных к реальным.

Цель и задачи исследования: оценить результативность проводимого цикла обучения принципам сердечно-легочной реанимации (СЛР) врачей и фельдшеров Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, удовлетворенность слушателей цикла преподаваемым им материалом.

Материалы и методы: в 2015 году в составе ГКБ им. С.П. Боткина начал работать Симуляционный научно-образовательный центр, на базе которого с января 2016 года осуществляется обучение принципам СЛР врачей и фельдшеров Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова. Цикл обучения составляет 16 академических часов. В начале цикла все слушатели проходят входной контроль теоретических знаний. Теоретическая часть цикла (лекция) занимает 1 академический час. Затем слушатели переходят к занятиям на манекенах. При этом на отработку навыков базовой СЛР отведено 7 академических часов, расширенной СЛР — 8 академических часов. По окончании цикла проводится выходной контроль знаний (теория и практика) по 32 пунктам оценки, каждый пункт оценивался в 1 балл. Основной упор при проведении данного цикла делается на отработку и доведение до автоматизма практических навыков, необходимых сотрудникам при работе в экстренной ситуации. При этом дается простой алгоритм, выполнение которого позволит избежать ошибок и принятия неправильных решений. Минимизация теоретической части занятия вместе с обширной практической частью, включающей в себя ситуационные задачи, максимально приближенные к повседневной работе врачей и фельдшеров СМП, позволяет повысить заинтересованность слушателей обучающим процессом и тем самым улучшить усвояемость и выживаемость знаний. По истечении полугода работы коллективом преподавателей обобщены полученные данные (по итогам обучения 18 групп по 8 человек). При входном контроле уровень знаний слушателей составлял  $13 \pm 3$  балла. По окончании цикла —  $30 \pm 2$ . Переломная точка приходилась на начало второго дня обучения, слушатели повторяли навыки СЛР, полученные в первый день занятий. К этому моменту уровень знаний составлял  $27 \pm 4$  балла (как мы это оцениваем: если есть только входные контроли, можно включить промежуточный в начале второго дня). Степень удовлетворенности слушателей наполнением и дизайном цикла оценивались путем анонимного опроса по пятибалльной шкале. Средняя оценка составила 4,7 балла. Заключение: на основании проведенной оценки можно заключить, что внедряемый цикл обучения принципам СЛР врачей и фельдшеров Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова эффективен и адекватно воспринимается слушателями цикла.

### Гемодиализ или гемодиализация: актуализация выбора

Шило В.Ю., Драчев И.Ю., Рыбакова О.Б., Ушакова А.И. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Медицинский центр высоких технологий «Поликника №1», Городская клиническая больница №52, Москва

Гемодиализация (ГДФ) является «гибридной» модальностью гемодиализного лечения, при которой в одном и том же массообменном устройстве (высокопроницаемом гемодиализаторе) происходит удаление уремических токсинов двумя основными базовыми механизмами массопереноса молекул — диффузии и конвекции. Стандартный гемодиализ (ГД) хорошо удаляет водорастворимые уремические токсины малой молекулярной массы, однако не обеспечивает адекватный клиренс средне- и высокомолекулярных токсинов (Vanholder, 2003). Конвекционная добавка при ГДФ обеспечивает лучшее выведение широкого спектра токсинов средней

и высокой молекулярной массы, вносящих существенный вклад в уремическую токсичность, избегая при этом потерь альбумина (Canaud, 2006). Так, клиренс бета-2-микроглобулина (В2-МГ) при ГДФ возрастает на 30–40% даже по сравнению с гемодиализом хай-флак, при этом обеспечивается снижение концентрации В2-МГ в сыворотке пациентов на 10–20%, что значимо влияет на заболеваемость (многократно снижает частоту развития диализного амилоидоза; Шило, Денисов, 2002) и создает теоретические предпосылки снижения смертности у пациентов, находящихся на программном ГД. Доказано лучшее выведение фосфатов (на 15–20%), провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, фактора комплемента D, лептина (16 kDa; эффективное удаление улучшает нутриционный статус), FGF23 (30 kDa, кальцификация артерий), ингибиторов эритропоэза (СМРР), легких цепей (каппа, лямбда) циркулирующих конечных продуктов гликозилирования (AGEs) и их прекурсоров (Susantitaphong, 2013; Canaud, 2015). К клиническим преимуществам ГДФ по сравнению с ГД относят лучшую гемодинамическую стабильность и переносимость процедуры, что может иметь отдаленный кардиопротективный эффект (Ohtake, 2012), вероятно, вследствие оптимального температурного баланса (Kumar, 2013), лучшую коррекцию анемии (Рыбакова, 2002), снижение оксидативного стресса и улучшение липидного обмена, нормализацию нутриционного статуса у взрослых и роста у детей. Вопрос о влиянии ГДФ на выживаемость больных остается дискуссионным. Два рандомизированных исследования (Grooteman, 2012; Ok, 2013) по первичной конечной точке не показали разницы в выживаемости больных, в то время как Каталонское исследование ESHOL продемонстрировало 30% улучшение выживаемости ГДФ по сравнению с ГД. При анализе данных всех трех исследований существенным фактором для раскрытия всего потенциала ГДФ оказался конвекционный объем, который должен составлять не менее 24 л за процедуру в режиме постдиализа (Mostovaya, 2014). По нашим собственным данным, 5-летняя выживаемость в группе ГДФ оказалась достоверно выше, чем при ГД, примерно на 18%. В докладе сформулированы основные показания для выбора ГДФ в качестве основной модальности лечения, анализируются необходимые условия для успешной ГДФ (чистота воды, свойства диализных мембран для ГДФ, требования к доступу, особенности композиции диализных растворов), а также ограничения и потенциальные недостатки ГДФ (большие потери белка, аминокислот, водорастворимых витаминов) на основании литературных и собственных данных, полученных на массиве свыше 3500 пациентов, получающих лечение в ГКБ №52, МЦВТП и центрах Б. Браун Авитум в РФ.

### **Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам, перенесшим инсульт, на третьем этапе медицинской реабилитации**

Шихкеримов Р.К.  
Городская поликлиника № 166, Москва

В г. Москве ежегодно переносят церебральный инсульт свыше 40 000 человек, из них в Южном административном округе (ЮАО) г. Москвы — около 6000. Несоответствие реабилитационных возможностей, задействованных в процессе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, ежегодно увеличивающемуся количеству больных с постинсультными нарушениями создает предпосылки для тщательного анализа имеющихся лечебных тактик и методик, переосмысления достигнутых успехов и совершенствования реабилитационной помощи с упором на повышение эффективности первичной специализированной медицинской помощи на третьем этапе медицинской реабилитации. По данным годовых отчетов неврологической службы ЮАО г. Москвы за последние 3 года ежегодно свыше 1500 пациентов, перенесших ОНМК, нуждаются в проведении амбулаторного этапа медицинской реабилитации. Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» третий этап

медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды в амбулаторных условиях в отделениях (кабинетах) медицинской реабилитации на основе мульти- и междисциплинарного подхода. Организация учета и контроля за пациентами, перенесшими ОНМК и выписанными из стационаров, также требует более тщательного подхода в связи с отсутствием на сегодняшний день электронной базы, объединяющей данные о пациентах в стационарах и поликлиниках. В связи с этим в ЮАО г. Москвы в качестве пилотного проекта была организована система Единого информационного окна (ЕИО), основой функционирования которой является предоставление сведений по защищенному каналу связи о больных, выписанных из стационаров ЮАО г. Москвы с диагнозом ОНМК. С апреля 2014 года по настоящее время ГКБ им. В.М. Буянова, ГКБ им. С.С. Юдина и ГКБ № 4 предоставляют сведения в рамках ЕИО о больных, перенесших ОНМК и выписанных из стационара. Полученные сведения ежемесячно вносятся в таблицу мониторинга за больными, перенесшими ОНМК, с распределением по больницам и поликлиникам ЮАО г. Москвы. В результате внедрения ЕИО за полтора года удалось увеличить регистры наблюдаемых после ОНМК больных на 119–795 %. Помимо необходимости совершенствования организационных форм взаимодействия, маршрутизации и преемственности между стационарными и амбулаторными медицинскими учреждениями, не менее важными являются медико-экономические аспекты, которые должны учитывать возможности медицинской реабилитации в рамках мультидисциплинарного подхода в условиях подушевого финансирования. Определенным прогрессом в данном направлении явилось письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2015 г. № 11-9/10/2-7938, № 8089/21-И «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», определившее механизмы оплаты законченного случая согласно клинико-статистическим группам по профилю «Медицинская реабилитация». Прорывным в данном направлении является возможность использования дополнительных источников финансирования для лечения пациентов, перенесших ОНМК, в дневных стационарах, в том числе в реабилитационных отделениях поликлиник.

Таким образом, исключительно комплексный подход с учетом организационных и медико-экономических аспектов позволит повысить эффективность лечебных мероприятий на третьем этапе медицинской реабилитации пациентов, перенесших ОНМК. Ключевые слова: инсульт; маршрутизация; медико-экономическая реабилитация; поликлиника.

### **Новые подходы к лечению ХБП**

Шутов Е.В.  
Городская клиническая больница им.С.П. Боткина, Москва

Хроническая болезнь почек (ХБП), по данным многих эпидемиологических исследований, выявляется у 8–16% взрослого населения. Прогрессирование ХБП является неизбежным и в конечном итоге приводит к развитию терминальной стадии почечной недостаточности (ТПН). Лечение ТПН требует больших материальных затрат, а результаты лечения до сих пор остаются неудовлетворительными. Тем не менее в последнее десятилетие мы стали свидетелями огромных успехов в этой области. Сегодня мы с оптимизмом смотрим в будущее, надеясь на замедление прогрессирования ХБП с учетом последних достижений. Большинство новых открытий связано с определением новых подходов в лечении диабетической нефропатии, гломерулонефритов, поликистоза почек, амилоидоза и тубуло-интерстициального нефрита. Исследованы механизмы системного воспаления, взаимодействия белков Клото, FGF-23 на прогрессию ХБП и разрабатываются методы воздействия на них. Определяется роль кишечника в качестве возможного основного источника воспаления. Определены новые диетические подходы к замедлению прогрессирования ХБП.

## Новая теория патогенеза очаговой пневмонии

Шутковский С.В.  
Санкт-Петербург

Очаговая пневмония до сих пор имеет очень высокую смертность. Необходимо отметить, что, например, когда говорят о высокой смертности при гриппе H5N1 или в Арабских Эмиратах, в Южной Корее наблюдалась заболеваемость коронавирусной инфекцией с очень высокой смертностью.

Нужно иметь в виду — практически все эти больные умирают от пневмонии. В руководстве «Инфекции дыхательных путей» Бартлетт Д. Д. [3] пишет: «Инфекции дыхательных путей являются самой частой причиной назначения антибиотиков. По данным фармацевтической промышленности, на их лечение приходится приблизительно 2/3 всех выписываемых антибактериальных препаратов». И там же [3] «Согласно всемирной статистике, инфекции нижних дыхательных путей считаются основной причиной смерти». Глобальный характер приобретает в настоящее время проблема устойчивости к противомикробным препаратам, включая антибиотики. Одна из причин — неправильное понимание патогенеза очаговой пневмонии и, как следствие, — неправильное лечение этого заболевания. Ни в одном руководстве по бронхоскопии не найти описания бронхоскопических признаков пневмонии. Даже несмотря на то, что, по данным проф. Казанцева В.А. «при бронхоскопическом скрининге у 977 больных внебольничной пневмонией был обнаружен локальный эндобронхит (в области устьев пораженных пневмонией сегментов) — он оказался самой частой эндоскопической находкой и обнаруживался у 84–85 % больных». [2] Эндоскопические признаки локального эндобронхита описаны там же [2] — «характерной чертой этой формы эндобронхита является выделение из суженного из-за отека устья пораженного сегментарного бронха слизисто-гнойного секрета, порой настолько густого, что образуется т.н. пробка, которая может частично или полностью обтурировать устье». Необходимо отметить, что до настоящего времени до конца не ясна причина экссудативных явлений в альвеолах при очаговой пневмонии. Почему поражен именно этот сегмент или именно эта доля? Почему именно в этом сегменте легкого имеется воспаление с альвеолярным экссудатом, а в соседнем — нет? Почему пневмония значительно чаще возникает в правой нижней доле? Потому, что правый главный бронх является фактически анатомическим продолжением трахеи, тогда как левый главный бронх отходит от трахеи под более значительным углом. И фрагмент мокроты из трахеи с потоком воздуха при кашле попадает в правый главный бронх и далее в нижнюю долю правого легкого. При окклюзии бронха возникает закрытая полость, парциальное давление воздушной смеси в ней снижается за счет резорбции воздуха, начинается выпот плазмы крови в просвет альвеол пораженного участка легкого — появляется альвеолярный экссудат. Альвеолярный экссудат в закрытой полости с температурой около 38 градусов является идеальной средой для размножения микроорганизмов, практически сравнимой с условиями термостаза, в то время как защитные возможности макроорганизма здесь резко ограничены. Процессы, возникающие в закрытых полостях при окклюзии естественных отверстий в организме человека, протекают практически однотипно: окклюзия, разрежение воздуха за счет его резорбции, экссудация плазмы крови в замкнутую полость, развитие бактериального воспаления в экссудате замкнутой полости. Это происходит и при среднем отите (окклюзия евстахиевой трубы), и при гайморите, фронтите (окклюзия естественных отверстий пазух носа). Значимость фибробронхоскопии при клинических проявлениях очаговой пневмонии в настоящее время недооценена. В то время как фиброгастроэноскопия стала фактически рутинным методом исследования, фибробронхоскопия, даже при пневмонии, в настоящее время может быть выполнена не в каждом пульмонологическом стационаре, не говоря уже о терапевтических отделениях больниц, где лечится значительное число больных с пневмониями. Очаговая пневмония — заболевание, возникающее из-за окклюзии бронха (бронхов) при

кашле. Окклюзия бронха (бронхов) является причиной экссудации плазмы крови в просвет альвеол пораженного участка легкого с развитием в альвеолярном экссудате бактериального воспаления и соответствующей реакцией макроорганизма.

## Забрюшинная гематома у больных с сочетанной и изолированной травмой

Шеголев А.А., Аль Сабунчи О.А., Мурадьян Т.Г., Васильев М.В., Чевокин А.Ю., Шейхов Т.Г.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

**Введение:** в последние годы наблюдается увеличение количества больных с сочетанной травмой, связанной с возрастающей интенсивностью дорожного движения, ростом алкоголизма и наркомании. Забрюшинная гематома (ЗГ) осложняет течение травматической болезни у пациентов с сочетанной травмой (СТ), развитием пареза кишечника, эндотоксикоза, синдрома интраабдоминальной гипертензии. Лечение больных с СТ, осложненной ЗГ, является актуальной проблемой неотложной хирургии, а многие вопросы, касающиеся тактики, диагностики и лечения, не решены. Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с СТ, осложненной ЗГ.

**Материалы и методы:** в исследование включено 470 пациентов с СТ, осложненной ЗГ. Первую группу больных составили 277 пациентов с СТ, осложненной ЗГ, у которых основным диагностическим методом, определяющим хирургическую тактику, были диагностический перитонеальный лаваж и лапароскопия, причем 126 (45,5%) пациентам была выполнена лапаротомия с ревизией забрюшинной гематомы. Вторую группу составили 193 пациента, в лечении которых использовалась тактика дифференцированного подхода с использованием рентгенографии, УЗИ и КТ органов брюшной полости, диагностической лапароскопии, измерением ВБД. У 144 пациентов со стабильной гемодинамикой и объемом гемоперитонеума менее 500 мл (по данным УЗИ и КТ) проводили консервативное лечение, и все эти больные были выписаны без операций. У 49 пациентов, поступающих без сознания, с нестабильной гемодинамикой, вне зависимости от количества выявляемой жидкости в брюшной полости выполнялась диагностическая лапароскопия с определением дальнейшей тактики: из них 25 больным в дальнейшем была выполнена лапаротомия. Ревизию забрюшинной гематомы выполняли только при подозрении на повреждение почки или органов панкреатодуоденальной зоны — всего 10 больным (40% от общего количества оперированных).

**Результаты:** отмечено снижение общей летальности с 61,7% у пациентов первой группы до 45,6% у пациентов второй группы, что объясняется отказом от ненужной диагностической лапаротомии и необоснованных ревизий ЗГ, позволивших снизить объем и тяжесть операционной травмы.

**Выводы:** исследование показывает преимущество тактики дифференцированного подхода при лечении больных с ЗГ, что приводит к улучшению результатов лечения и снижению показателей летальности и улучшению результатов лечения в целом.

## Особенности лечения больных с портальной гастропатией, осложненной кровотечением

Шеголев А.А., Аль Сабунчи О.А., Павлычев А.В., Васильев М.В.  
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

Среди причин летальных исходов у взрослого населения цирроз печени и его осложнения занимают восьмое место. Основной причиной летальных исходов у больных циррозом печени является неизбежно развивающаяся при этой патологии портальная гипертензия и ее осложнения — кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, а также кровотечения, связанные с развитием портальной гастропатии. Портальная

гастропатия (ПГ) представляет собой изменения слизистой оболочки желудка у больных циррозом печени (ЦП), проявляющиеся избыточным формированием анастомозов между сосудами слизистой желудка и мышечного слоя. Определение ПГ предусматривает отсутствие макроскопических проявлений воспаления слизистой оболочки желудка. В настоящем исследовании включено 76 пациентов, находившихся на стационарном лечении с циррозом печени, синдромом портальной гипертензии, которые поступили в клинику с состоявшимся кровотечением. Источники кровотечения у всех больных были верифицированы при экстренном эндоскопическом исследовании — портальная гастропатия различной степени тяжести, осложненная кровотечением.

В соответствии с задачами исследования все больные были поделены на две группы: первую составили 47 пациентов, которым с целью профилактики рецидива кровотечения выполняли аргоноплазменную коагуляцию слизистой желудка, после чего больным назначали синтетический аналог соматостатина — октреотид; вторую группу составили 29 пациентов, в лечении которых применялся только октреотид. В обеих группах наблюдения октреотид вводили внутривенно непосредственно после завершения экстренного эндоскопического вмешательства в виде болюса в объеме 100 мкг активного вещества, растворенного в 10 мл физиологического раствора. По окончании болюсной инъекции больного переводили на непрерывное, в/венное капельное введение в дозе 25 мкг в час в течение 3-х суток. С четвертых суток больного переводили на подкожное введение этого препарата в дозе 600 мкг в сутки на протяжении еще 3-х дней. Оценка эффективности действия препаратов у больных с кровотечением включала в себя количество рецидивов кровотечения, летальных исходов, эндоскопическую динамику портальной гастропатии. Необходимо подчеркнуть, что все больные не получали других препаратов, способных повлиять, на уровень портального давления.

Каких-либо побочных эффектов на фоне введения синтетических аналогов соматостатина у больных основной группы отмечено не было. Рецидивов кровотечения и летальных исходов не было в первой группе наблюдения. Во второй группе отмечено два рецидива кровотечения (6,89%) на 3 и 4 сутки пребывания больных в стационаре, оба скончались от нарастания явлений печеночно-клеточной недостаточности. При контрольном эндоскопическом исследовании состояние слизистой желудка у всех больных обеих групп наблюдения улучшилось и соответственно уменьшилась степень тяжести портальной гастропатии.

Таким образом, синтетические аналоги соматостатина в комбинации к эндоскопическим методам гемостаза позволяют существенно снизить риск рецидива кровотечения и улучшить результаты лечения данной категории больных в целом.

### **Закрытая абдоминальная травма: тактика хирурга при повреждениях печени и селезенки**

Щеголев А.А., Аль Сабунчи О.А., Товмасыян Р.С., Мурадян Т.Г., Коган М.А., Шейхов Т.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

**Введение:** В последние годы отмечен рост числа больных с сочетанной травмой, при которой сохраняется высокий уровень летальности (от 25 до 60%) в зависимости от характеристики повреждений, не имеющей тенденции к снижению.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения поврежденной печени и селезенки у больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ).

**Материалы и методы:** в исследовании включен 331 пациент с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ. На основании исследования историй болезни неоперированных больных (54 пациента) и прооперированных больных (246 пациентов) с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ были определены критерии возможности проведения сугубо консервативного

лечения. Критериями отказа от операций явились: наличие сознания, стабильная гемодинамика, состояние по шкале APACHE II меньше 10, отсутствие перитонита, степень тяжести повреждения печени и селезенки по шкале OIS меньше 3, гемоперитонеум менее 500 мл, отсутствие коагулопатии. В группу наблюдения включен 31 пациент, которые соответствовали вышеуказанным критериям и им проводилось консервативное лечение. Еще раз подчеркнем, что никаких хирургических вмешательств, включая лапароскопию, в этой группе пациентов не выполнялось.

**Результаты:** в итоге летальность составила 3,2% — 1 пациент, осложнения отмечены у 3 пациентов (9,6%), длительность койкодня (изолированная травма) — 13,75±2,36 дня. Причиной летального исхода и возникновения осложнений являлась тяжелая черепно-мозговая и скелетная травма.

**Заключение:** проведенное исследование показывает, что предложенная тактика дифференциального подхода позволяет у 15% пациентов, поступающих с закрытой травмой живота и повреждением печени и селезенки по шкале OIS от 1 до 3, избежать ненужных лапаротомий и улучшить результаты лечения.

### **Эндоскопическая адреналэктомия: показания, противопоказания и результаты**

Щеголев А.А., Пантелеев И.В., Косов А.Ю., Крамарова Л.А., Гадзыра А.Н. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва

**Цель работы:** улучшить результаты хирургического лечения больных с новообразованиями надпочечников.

**Материалы и методы:** в исследование включены 69 пациентов, находящихся на стационарном лечении в клинике хирургических болезней РНИМУ имени Н.И. Пирогова (городская клиническая больница №36 г. Москвы) с новообразованиями надпочечников в период с 2013 по 2014 года. Пациенты I группы (11 больных) были оперированы традиционным («открытым») методом. Показанием к применению такого операционного доступа явились: большие (более 8 см) размеры новообразований надпочечников (5 больных) и злокачественный характер их поражений (6 больных), что, по сути дела, явилось и противопоказанием к выполнению эндоскопического вмешательства. Пациентам II группы (58 больных) выполнялась эндоскопическая адреналэктомия. Пациенты оценивались по возрасту, полу, продолжительности пребывания в больнице, продолжительности операции, срокам начала приема пищи, развитию раневой инфекции и другим осложнениям периоперационного периода. **Результаты:** у 5 пациентов (7,25%) II группы выполнена конверсия доступа. Причинами конверсии явились повреждение нижней полой вены (1 больной), диффузное кровотечение из забрюшинной клетчатки (1 больной), выраженность забрюшинной клетчатки (3 больных). Продолжительность эндоскопической операции составила 149,36±18,22 минуты и 119,14±9,78 минуты — при открытой. Раневая инфекция развивалась в 6% случаев при открытой операции и в 2% случаев при эндоскопическом доступе. Продолжительность пребывания пациентов в больнице составила 7,1 дня при открытой адреналэктомии против 5,1 дня при эндоскопической. Возвращение к приему пищи наступило через 2,42 дня для группы пациентов, перенесших открытую операцию по сравнению с 1,05 дня при эндоскопическом доступе. Периоперационных смертельных исходов не отмечено.

**Выводы:** таким образом, эндоскопическая адреналэктомия является золотым стандартом хирургического лечения при доброкачественных и отдельных злокачественных новообразованиях надпочечников. Эндоскопическая адреналэктомия является безопасной и эффективной методикой, обеспечивая непродолжительный послеоперационный болевой синдром, более короткое пребывание пациентов в больнице, более раннее возвращение к приему пищи и лучшие эстетические показатели в сравнении с открытым вмешательством.

## Синдром «свободной жидкости в брюшной полости» при закрытой абдоминальной травме: диагностическая и лечебная тактика

Щеголев А.А., Товмасыян Р.С., Чевочкин А.Ю., Васильев М.В., Шейхов Т.Г. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница им. Ф.И. Илизарова, Москва

Свободная жидкость в брюшной полости является основным, а иногда и единственным признаком повреждений внутренних органов у пострадавших с закрытой травмой живота. Ключевым моментом, определяющим хирургическую тактику (лапаротомию, лапароскопию или консервативное лечение), у таких больных являются уровень сознания пациента, наличие признаков внутрибрюшного кровотечения или перитонита, а при отсутствии таковых — количество свободной жидкости, оцененной при динамических исследованиях. Цель: Улучшить результаты лечения у пострадавших с закрытой абдоминальной травмой.

Материалы и методы: в исследование включено 335 пациентов, проходивших лечение в ГКБ 36 г. Москвы с диагнозом «изолированная или сочетанная закрытая абдоминальная травма» и выявленными при УЗИ и КТ признаками свободной жидкости в брюшной полости. Средний возраст пациентов составил  $38,3 \pm 7,9$ . Мужчин было 213 (63,6%), женщин 122. Основными механизмами получения травмы были ДТП, падение с высоты и избивание. Сочетанная травма диагностирована у 157 пострадавших (46,9%), причем черепно-мозговая травма выявлена у 86 больных, скелетная травма — у 97, торакальная травма — у 52 пострадавших. Изолированная абдоминальная травма выявлена у 178 больных. Все эти пациенты были первично госпитализированы в отделение реанимации.

Результаты: пациентам с абдоминальной травмой при стабильной гемодинамике и наличии сознания на момент поступления и осмотра, при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения, а также отсутствии признаков перфорации полого органа и перитонита при выявлении свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ и КТ в количестве до 500 мл, проводилось консервативное лечение с динамическим УЗИ и КТ контролем. Пациентам, у которых по данным УЗИ гемоперитонеум оценивался как «большой» (более 1000 мл), а также пациентам с меньшим количеством крови в брюшной полости при отсутствии сознания и нестабильной гемодинамике, выполнялась диагностическая лапароскопия. Увеличение количества свободной жидкости при УЗИ в динамике также являлось показанием к диагностической лапароскопии. Показанием к лапаротомии являлось продолжающееся внутрибрюшное кровотечение (по данным лапароскопии) при невозможности эндоскопического гемостаза, наличие повреждения внутренних органов, требующее экстренной операции, перитонит и нестабильные забрюшинные гематомы. Консервативное лечение проведено 91 пациенту (27,2%), диагностическая лапароскопия была выполнена 211 пациентам, причем по результатам исследования только у 52 было принято решение о необходимости экстренной лапаротомии. У 159 пациентов с гемоперитонеумом лапароскопия являлась единственным инвазивным хирургическим вмешательством. Трое пациентов были оперированы более чем через сутки после лапароскопии в связи с поступлением «свежей» крови по дренажам. У 84 пациентов, источником гемоперитонеума у которых явились забрюшинная гематома, разрывы паренхиматозных органов брюшной полости, забрюшинного пространства, брыжейки тонкой и толстой кишки, повреждения большого сальника, выполнена эндоскопическая санация и дренирование брюшной полости. Еще у 12 пациентов, у которых при наличии гемоперитонеума источников его выявлено не было, выполнено эндоскопическое дренирование брюшной полости. Лапаротомия была выполнена 85 пациентам, из них, как уже указывалось, 52 — после выполнения диагностической лапароскопии. Летальность составила 16,3%, причем в группе больных с консервативным лечением (27,2% пациентов) летальных

исходов не отмечено. Основными причинами летальных исходов явились геморрагический шок 2–3 степени (6,2%, из них умерли во время операции — 3,4% и в первые послеоперационные сутки — 2,8%), травматический шок при сочетанной травме (4,9%, из них умерли во время операции — 2,7% и в первые послеоперационные сутки — 2,2%), профузное кровотечение вследствие повреждений крупных сосудов и нестабильных переломов костей таза, обуславливающих возникновение обширной забрюшинной гематомы (1,6%), гнойно-септические осложнения (2,4%), черепно-мозговые травмы (1,2%). Заключение: таким образом, внедрение в клиническую практику тактики дифференцированного подхода (которая заключается, прежде всего в стремлении избежать «напрасной» лапаротомии), использование малоинвазивных технологий диагностики и хирургического лечения позволили значительно снизить показатели летальности, сократить количество осложнений и объем оперативной активности у пациентов с абдоминальной травмой.

## Структура инородных граждан, пролеченных в ГБУЗ «Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина ДЗМ»

Эйсмонт Н.В., Ильченко А.Д., Оприщенко С.А., Белиловский Е.М. Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина, Москва

Иногородние граждане, больные туберкулезом (ТБ), с учетом их количественного присутствия и особенностей моделей поведения, являются актуальной проблемой для мегаполиса. Стационарную помощь иногородним больным ТБ, согласно приказу Департамента здравоохранения г. Москвы № 131, осуществляет ГБУЗ «Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина ДЗМ» (ТБР). Цель: изучить структуру иногородних больных ТБ, пролеченных в ТБР. Материалы и методы: проанализированы данные о всех иногородних больных ТБ, пролеченных (выбывших) в ТБР в 2010 и 2015 гг., 663 и 738 человек соответственно.

Результаты исследования: в 2010 и 2015 годах доля пролеченных иногородних среди всех пролеченных больных ТБ не изменилась — 25,4 и 27,5% соответственно ( $p > 0,05$ ). В 2015 по сравнению с 2010 г. увеличилась доля поступивших из противотуберкулезных учреждений — 48,7 и 36,4% соответственно, (ОШ=1,7,  $p < 0,001$ ) и уменьшилась из учреждений общей лечебной сети — 30,3 и 36,4% (ОШ=0,8,  $p < 0,05$ ). Среди выбывших из стационара в 2015 г. по сравнению с 2010 г. достоверно меньше впервые выявленных (ВВ) больных ТБ — 32,3 и 40,9% соответственно (ОШ=0,5,  $p < 0,01$ ), больных с бактериовыделением — 37,3 и 56,1% (ОШ=0,5,  $p < 0,001$ ) и с распадом легочной ткани — 30,1 и 43,5% соответственно (ОШ=0,6,  $p < 0,01$ ). В анализируемых группах одинаково часто встречались больные с инфильтративной формой ТБ — 29,4% и 26,8% (ОШ=1,1,  $p = 0,5$ ), но выбывшие в 2015 г. реже имели диссеминированный туберкулез легких (ТЛ) — 27,3 и 36,7% соответственно (ОШ=0,6,  $p < 0,001$ ). Среди иногородних в 2015 г. по сравнению с 2010 г. увеличилась доля больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТ) — 22,6 и 11,0% (ОШ=2,4,  $p < 0,001$ ), с ограниченными формами ТБ органов дыхания — 17,3 и 9,7% (ОШ=1,9,  $p < 0,001$ ) и больных с выделением микобактерий ТБ (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) — 27,6% и 15,9% соответственно (ОШ=2,0  $p < 0,001$ ). В 2015 по сравнению с 2010 г. у иногородних достоверно чаще регистрировались социально значимые сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция — в 48,6 и 15,8% (ОШ 5,0,  $p < 0,001$ ), вирусный гепатит «С» — в 42,2 и 33,0% (ОШ=1,5,  $p < 0,001$ ), наркомания — в 25,0 и 13,6% (ОШ 2,1, 95% ДИ 0,36–0,63,  $p < 0,001$ ) случаев соответственно. Высокой осталась доля злоупотребляющих алкоголем: 26,9 и 30,1% ( $p > 0,05$ ). Регистрируется стабильно низкий уровень приверженности к лечению: прервавших лечение до 2 месяцев в 2015 и 2010 г. было 36,1% и 37,3% ( $p > 0,05$ ). Эффективность лечения иногородних по критерию прекращения бактериовыделения не изменилась:

в 2015 г. — 54,5%, в 2010 г. — 57,6% ( $p > 0,05$ ), в том числе для ВВ — 69,5 и 72,8% соответственно ( $p > 0,05$ ). Увеличилась доля больных ТБ с МЛУ МБТ, находившихся в стационаре до 2-х месяцев (прерывавших лечение), составила: в 2015 г. 33,1%, в 2010 г. — в 17,9% случаев ( $OШ=2,3$ ,  $p < 0,05$ ). Однако у пациентов, которые завершили курс стационарного лечения, в 2015 г. в сравнении с 2010 г. было достигнуто прекращение бактериовыделения при МЛУ МБТ чаще: 38,7 и 21,2% случаев соответственно ( $OШ=2,3$ ,  $p < 0,01$ ), в том числе у ВВ ТБ с МЛУ МБТ — в 72,0 и 35,3% случаев соответственно ( $OШ=1,3$ ,  $p < 0,001$ ). Эффективность лечения, по критерию закрытия полости распада легочной ткани ухудшилась — в 2015 г. 15,6% при 24,7% в 2010 г. ( $OШ=0,6$ ,  $p < 0,05$ ). Доля умерших инородных среди всех умерших в ТБР в 2010 и 2015 г. не изменилась: 25,1 и 30,8% от ( $p > 0,05$ ), равно как и среди ВВ — 38,0 и 36,8%.

Выводы. Организационные меры по усилению работы в группах социального риска привели к увеличению доли инородных, направленных в ТБР из противотуберкулезных учреждений на 33,8% за 5 лет. Увеличение среди инородных в 2015 г. по сравнению с 2010 г. в ТБР доли больных с ФКТ, ТБ с МЛУ МБТ, социально значимыми хроническими сопутствующими заболеваниями обусловило, по нашему мнению, увеличение доли прерывавших лечение, что в свою очередь не позволило улучшить показатели эффективности лечения по критерию прекращения бактериовыделения и закрытию полостей распада. При этом среди завершивших полный курс лечения инородных с ТБ с МЛУ МБТ эффективность лечения увеличилась в 1,5, а среди ВВ в 2 раза. Повышению эффективности лечения инородных больных ТБ могут способствовать профилактика досрочного прекращения лечения и повышение приверженности к лечению за счет расширения наркологической, психиатрической, психологической помощи и социальной поддержки.

### Современные подходы к диагностике и лечению функциональной диспепсии (по материалам Римского консенсуса IV Киотского консенсуса)

Эмбунтниск Ю.В., Бордин Д.С., Валитова Э.Р.  
Московский клинический научный центр, Москва

Современные подходы к диагностике и лечению функциональной диспепсии (по материалам Римского консенсуса IV Киотского консенсуса) функциональная диспепсия (ФД) — диагноз, основанный на симптомах и исключении возможных причин органической патологии. Согласно Римским критериям III, ФД определяется как наличие по меньшей мере в течение 3 месяцев за последние полгода одного или более диспептических симптомов, которые происходят из гастродуоденальной зоны (чувство тяжести после приема пищи; чувство раннего насыщения; эпигастральная боль; жжение в эпигастрии), при отсутствии любых органических (по результатам верхней эндоскопии), системных или метаболических изменений, позволяющих объяснить симптомы. Этиология и патогенез ФД до настоящего времени окончательно не изучены. Среди потенциальных патофизиологических факторов ФД выделяют повышение кислотности и нарушение моторики желудка (около 35%), повышенную висцеральную афферентную чувствительность (около 45%), нарушение постпрандиальной аккомодации желудка, психологические расстройства и сочетание вышеназванных факторов с инфекцией *H. pylori*, что в разных странах отмечается в 40–60% случаев. Ведение больных с диспепсией связано со значительными материальными затратами, значительная доля которых уходит на приобретение и эмпирическое применение различных медикаментов. В связи с этим в настоящее время большое внимание уделяется вопросам оптимизации начального эмпирического лечения. Во втором разделе Киотского консенсуса, посвященном *H. pylori*-ассоциированной диспепсии, отмечается, что инфекция *H. pylori* сама по себе может приводить к появлению симптоматики у части больных с диспепсией. Данные большинства

эпидемиологических исследований показывают четкую ассоциацию между наличием *H. pylori* и неисследованной диспепсией, а эрадикация приводит к небольшому, но статистически значимому улучшению симптоматики у больных с ФД. К сожалению, в настоящее время не существует критериев, позволяющих предсказывать, окажет ли эрадикация симптоматический эффект у больных с ФД или нет. Поэтому в клинической практике пока существует только один путь ведения пациентов — проводить эрадикационную терапию у таких больных и в течение 6 месяцев ждать, произойдет ли полное разрешение симптоматики или будет необходимо дополнительное лечение. В связи с этим в соответствующих положениях Киотского консенсуса рекомендуется отдельно рассматривать *H. pylori*-ассоциированную диспепсию и ФД. Если у *H. pylori*-инфицированного больного с диспепсией при отсутствии структурных изменений со стороны гастродуоденальной зоны после эрадикационной терапии отмечается стойкое улучшение симптоматики (в течение 6–12 мес.), то таких пациентов следует относить к категории больных, имеющих *H. pylori*-ассоциированную диспепсию. Всех других пациентов, не давших первичный ответ на эрадикационную терапию или имеющих рецидив симптоматики, рекомендуется рассматривать как больных с ФД, требующих другого лечения. Тем не менее эрадикационное лечение инфекции *H. pylori* следует рассматривать как первую линию лечения у всех больных с диспепсией, инфицированных *H. pylori*, поскольку успешная эрадикация инфекции позволяет уменьшить риск развития пептических язв и рака желудка у большинства больных, улучшить симптоматику у части пациентов, является непродолжительным и относительно безопасным методом лечения. В *H. pylori*-негативных случаях (или при неопределенном *H. pylori*-статусе) в качестве первой линии лечения рекомендуется назначать кислотосупрессивные препараты, наиболее эффективными из которых являются ингибиторы протонного насоса.

### Эффективность метода усиленной наружной контрпульсации в комплексной реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт

Энеева М.А., Костенко Е.В.  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Актуальность проблемы инсульта обусловлена его широкой распространенностью во всем мире. Одним из эффективных современных методов лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является усиленная наружная контрпульсация (УНКП). Эффективность этого безопасного неинвазивного метода основана на повышении церебрального перфузионного давления, улучшении состояния эндотелия и адаптации церебрального сосудистого сопротивления. С целью изучения эффективности применения метода УНКП в восстановительном лечении больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ), было проведено исследование, в которое были включены 120 больных с ИИ в раннем и позднем восстановительных периодах.

Материалы и методы. Среди обследованных больных — 62 мужчины и 58 женщин. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил  $58,0 \pm 8,80$  года. Все пациенты сохраняли возможность самообслуживания (значения индекса Бартель составили не менее 61 балла) и не имели существенного когнитивного снижения (значения по краткой шкале оценки психического статуса КШОПС составили не менее 24 баллов). Для изучения эффективности применения УНКП были сформированы 2 группы согласно периоду заболевания. Каждая группа делилась на 2 подгруппы. Основные подгруппы по 30 пациентов, которые получили 35 сеансов УНКП, в подгруппы контроля было включено по 30 больных, получавших сравнимую с первыми двумя группами медикаментозную и немедикаментозную терапию,

за исключением УНКП. Процедуры УНКП проводились в первой половине дня 5 дней в неделю ежедневно, продолжительность процедуры 60 мин. При обследовании для оценки эффективности терапии использовались: 6-балльная шкала оценки мышечной силы, модифицированная шкала Ашфорт, индекс Бартель, КШОПС, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, европейский опросник качества жизни (EQ-5D).

Результаты и обсуждение. Применение УНКП в комплексной программе реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт, в раннем восстановительном периоде позволило снизить мышечный тонус и степень выраженности пареза в руке на 81,2 (p<0,05) и 13,8% (p<0,05) и в ноге на 92,3 (p<0,05) и 19,2% (p<0,05) соответственно, а у пациентов в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта снижение мышечного тонуса и степени выраженности пареза в руке составило 59,2 (p<0,05) и 13,5% (p<0,05) и в ноге 83,6 (p<0,05) и 18,4% (p<0,05) соответственно. Применение УНКП привело к улучшению функционального состояния и повседневной активности, что и выразилось в повышении индекса Бартель в среднем на 11,2% (p<0,05) у пациентов в раннем восстановительном периоде и на 11,3% (p<0,05) у пациентов в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта. Улучшение состояния также характеризовалось снижением выраженности проявлений депрессии и тревожности. Результаты, полученные после лечения, показали, что применение метода УНКП уменьшает выраженность тревоги и депрессии по шкале HADS у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта на 43,0 (p<0,05) и 36,9% (p<0,05), а у пациентов в позднем восстановительном периоде на 36,7 (p<0,05) и 36,2% (p<0,05) соответственно. Улучшение качества жизни по опроснику EQ-5D в этих подгруппах произошло в среднем на 34,5 (p<0,05) и 40,4% (p<0,05) соответственно.

Таким образом, включение в реабилитационную программу пациентов, перенесших ИИ, метода усиленной наружной контрпульсации приводит к повышению качества жизни пациента и восстановлению психоэмоционального благополучия, улучшению двигательных функций, что положительно влияет на повседневную активность пациентов и делает их менее зависимыми от посторонней помощи.

### Факторы, влияющие на проведение тромболитической терапии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения

Яковлева И.И., Лукашин О.В., Соболев Ю.К., Якубовская Л.А., Баринев Е.В., Камилов М.В.  
Городская клиническая больница №52, Москва

Цель работы: ретроспективно оценить объем оказания помощи больным с ОНМК в рамках проведения тромболитической терапии (ТЛТ).

Материалы и методы: работа носит ретроспективный анализ медицинской документации пролеченных в 2015 году пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и объема проведенной тромболитической терапии в отделении реанимации и интенсивной терапии №4 (ОРИТ) ГКБ № 52 г. Москвы. В 2015 году в ОРИТ №4 для больных с ОНМК было пролечено 1624 пациента. Из этого количества больных с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения», включающее в себя инфаркт головного мозга, геморрагический инсульт (в том числе субарахноидальное кровоизлияние), транзиторную ишемическую атаку, находилось на лечении 1092 пациента. Инфаркт головного мозга различной локализации был диагностирован у 740 пациентов, геморрагический инсульт у 113 пациентов, транзиторная ишемическая атака у 239 пациентов. Для оценки неврологического дефицита у больных с ишемическим инсультом мы использовали Шкалу инсульта национального института здоровья — NIHSS, уровня бодрствования Шкалу ком Глазо — GCS, а также описательную часть неврологического

статуса с оценкой общемозговой и очаговой симптоматики. При отборе больных с инфарктом головного мозга для проведения ТЛТ использованы методические рекомендации НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта, методические рекомендации ДЗ г. Москвы. На основе рекомендаций нами была переработана и адаптирована к истории болезни анкета пациента, включающая положения по отбору пациентов — показания и противопоказания с подсчетом баллов по шкале NIHSS. Для ТЛТ мы использовали Алтеплазу в рекомендуемых расчетных дозах. Тромболизис носил системный характер. Летальных исходов при проведении данного вида терапии не отмечено, как и тяжелых геморрагических осложнений.

Результаты: из всего количества больных с инфарктом головного мозга (740 пациентов) тромболитическая терапия была выполнена у 25 пациентов, что составило 3,4% от общего количества больных с инфарктом мозга. В первые 3 часа от начала заболевания поступили 89 пациентов (12%). В период до 4,5 часа — 80 пациентов (10,8%). Соответственно в «терапевтическом окне» оказалось 169 пациентов (22,8%) и, лишь 25 из них (14,8%) выполнена ТЛТ. При анализе полученных данных, влияющих на количество проведенных процедур тромболизиса в первые 4,5 часа, были выявлены следующие факторы: 1. NIHSS менее 5 баллов — 60 пациентов. 2. NIHSS более 25 баллов — 22 пациента. 3. Выявление очага ишемии при нейровизуализации — 38 пациентов. 4. Противопоказания при проведении ТЛТ — некорригируемое артериальное давление, высокий уровень глюкозы крови (более 25 ммоль/л), прием антикоагулянтов (варфарин), наличие травмы и оперативное вмешательство, судороги, возраст пациента, появление симптомов ночью или после сна, отсутствие нейровизуализации — 22 пациента. 5. Профессиональный уровень (отсутствие адекватной подготовки невролога) — 2 пациента.

Заключение: таким образом, малое количество использования тромболитической терапии связано как с субъективными, так и объективными факторами: 1) отсутствие «терапевтического окна» — позднее поступление пациентов с ОНМК в ОРИТ; 2) низкий или высокий балл по шкале NIHSS; 3) несоответствие представляемого анамнеза с данными нейровизуализации (наличие сформированного очага); 4) наличие противопоказаний; 5) недостаточная подготовка врачей (неврологов в частности) отделения реанимации и интенсивной терапии и/или отсутствие желания проводить тромболизис; 6) невозможность выполнить нейровизуализацию при поступлении, в связи с нерабочим состоянием КТ или МРТ; 7) отсутствие элементарных знаний у бригад скорой медицинской помощи об оказании помощи больным с ОНМК в ранние часы инсульта; 8) отсутствие информации в ОРИТ о поступлении больного для тромболитической терапии. Решение проблемы — это обучение (возможно, краткосрочные курсы) сотрудников сосудистых центров и отделений, сотрудников скорой помощи, а также увеличение «терапевтического окна» за счет активной работы с отделениями рентгенэндовазкулярных методов лечения.

### Исследование репертуара активных стратегий совладающего поведения пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн–Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства

Ярославская М.А.  
Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва

Цель исследования — изучение параметров активных видов совладающего со стрессом поведения пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн–Барр вирусной инфекции (ЭБИ) и шизоаффективного расстройства.

Характеристика групп обследованных и методы исследования: в исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 21 до

49 лет. Основная группа включала в себя 15 пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн—Барр вирусной инфекции в стадии обострения и шизоаффективного расстройства (МКБ 10: F25). Больные были приняты на лечение в отделения ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ» по рекомендации к.м.н., врача аллерголога-иммунолога Хорошиловой Н.В. Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского. Средний возраст пациентов составил —  $43,4 \pm 15,3$ . С целью получения усредненных значений по методикам, вторую группу составили 15 условно здоровых человек, средний возраст —  $41,5 \pm 16,2$ . Группы являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам. Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялся копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана, 2009. Статистическая обработка результатов исследования: при статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами.

Результаты исследования. Здоровые испытуемые обнаруживают большую жизнестойкость, сбалансированно оперируют широким спектром активных копинг-стратегий в сравнении с пациентами при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством. Здоровые испытуемые занимают активную личностную позицию, оказывают выраженное сопротивление стресс-средовым воздействиям, в структуре мотивационной направленности — отмечается преобладание мотивации достижения, уверенности и быстрого в принятии решений. Больные при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством активнее в сравнении со здоровыми испытуемыми обращаются к копингу «конфронтация», реже используют стратегии «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка». Таким образом, пациенты при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством испытывают выраженный дистресс, имеют высокий уровень социально-психологической дезадаптации. У больных с коморбидным течением ЭБИ и шизоаффективного расстройства выявляется разбалансированность функционирования эмоционального, когнитивного, поведенческого компонентов копинга. Пациенты при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством недооценивают значимость возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций, проявляют недостаточную целенаправленность и рациональную обоснованность поведения в проблемной ситуации, предрасположенность к эмоциональной лабильности, аффективным вспышкам, внешнеобвиняющим реакциям, раздражительности, тревожности, слабому учету социальной действительности, испытывают выраженные трудности в использовании социальных ресурсов, склонны не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния. Аффективные вспышки, враждебность пациентов неперсонифицированы, нецеленаправленны, они становятся результатом временной эмоциональной разрядки, вследствие ухудшения их психического и соматического статуса. Эмоциональная неустойчивость пациентов вызывает образование и нарастание конфликтных ситуаций с социальным окружением и, как следствие, приводит больных к социальной изоляции, ощущению одиночества, восприятию большинства ситуаций как негативных.

Выводы: 1. Полученные результаты определяют целесообразность поиска механизмов регуляции психической деятельности, ресурсов организма и личности для успешного приспособления к заболеванию и преодолению его последствий у пациентов при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством. 2. Данные тестирования могут учитываться при разработке специализированных профилактических программ для пациентов при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством.

## К вопросу гендерных различий в приверженности копингам у больных «шизотипическим расстройством»

Ярославская М.А.  
Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва

Цель настоящего исследования — изучить параметры совладающего поведения у пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство».

Задачи исследования: на группах мужчин и женщин, имеющих диагноз «шизотипическое расстройство», исследовать стратегии совладающего поведения.

Эмпирические гипотезы: 1. Мужчины и женщины, страдающие шизотипическим расстройством, используют различные стили совладающего поведения. 2. У больных шизотипическим расстройством наблюдается несбалансированность функционирования когнитивных, поведенческих и эмоциональных стратегий совладающего поведения. 3. У пациентов с шизотипическим расстройством наблюдается деформация системы восприятия социальной поддержки и, как следствие, социальных отношений в целом.

Характеристика групп обследуемых и методы: в исследовании приняты участие 30 человек в возрасте от 31 до 50 лет с диагнозом F21 «шизотипическое расстройство». Больные находились на лечении в ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ». Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 15 мужчин, средний возраст —  $40,7 \pm 7,04$ . Группу сравнения составили 15 женщин, средний возраст —  $40,4 \pm 6,15$ . Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялся копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана. При статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами.

Результаты исследования. Пациенты, страдающие шизотипическим расстройством, дезадаптивно реагируют в ситуациях стрессовой нагрузки. В репертуаре совладающих стратегий со стрессом у мужчин с диагнозом «шизотипическое расстройство» преобладают когнитивные стили. Для женщин с диагнозом «шизотипическое расстройство» в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются эмоционально-ориентированные. Мужчины с диагнозом «шизотипическое расстройство» используют интеллектуальные приемы отстранения, обесценивания, склонны к концептуальным построениям, редкому обращению к ресурсу социальной поддержки, слабой рефлексии при совладании со стрессовыми событиями и заболеванием. Женщины с диагнозом «шизотипическое расстройство» в попытках совладания со стрессовыми ситуациями и болезнью проявляют предрасположенность к аффективным вспышкам, внешнеобвиняющим реакциям, слабому учету социальной действительности, испытывают выраженные трудности в использовании социальных ресурсов, склонны не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния. Анализ полученных результатов по исследованию особенностей совладающего поведения у больных шизотипическим расстройством подтверждает обозначенные экспериментальные гипотезы исследования.

Выводы: 1. В ходе проведенного исследования было установлено, что пациенты, страдающие шизотипическим расстройством, обладают ограниченным репертуаром стратегий стресс-преодолевающего поведения, что существенно повышает риск их психологической дезадаптации, социальной изоляции, обострения психотической симптоматики. 2. Полученные результаты могут учитываться при выборе тактики психотерапевтического вмешательства и создании психообразовательных программ для пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, что является необходимым компонентом реабилитационного процесса в психиатрической практике.



## Исследование «схемы тела» больных депрессией

Ярославская М.А.  
Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва

Цель исследования — изучение переживаний телесного опыта при депрессиях.

Задачи: изучение восприятия телесного опыта у больных депрессией. Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 30 пациентов, имеющих диагноз «депрессия» (МКБ-10: расстройства настроения (аффективные расстройства) F 31 — F34; невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства F 41 — F43), находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении в ПКБ имени Ю.В. Каннабиха города Москвы. В психическом состоянии этих больных отмечалось изменение эмоциональной сферы. Снижение настроения; апатия; тревога; тоска; отчетливое снижение интересов и удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; снижение энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках являлись самыми характерными признаками их жалоб. Средний возраст составил — 54,4 года ± 2,6. Для изучения особенностей переживания телесного опыта применялась проективная методика «Рисунок человека», сконструированная Карен Махвер. Процедура обследования предполагала изображение обследуемым фигуры человека. Оценка графической информации проводилась по следующим параметрам: особенности изображения и пропорции частей тела, символическое трактование изображенных деталей, действий, предметов.

Результаты исследования. Полученные данные позволяют выделить наиболее характерный для группы депрессивных больных тип рисунков — физически слабое, прозрачное, бесполое очертание человека, с искаженными частями тела или вообще с их фрагментарным изображением. Главные источники — органы получения информации, части коммуникационного процесса, такие как глаза — зрение (основной орган контакта с внешним миром); уши — слух; рот — вербальное общение; руки, кисти, пальцы — тактильное общение — блокируются и искажаются. Так, например, испытуемые с диагнозом «депрессия» в 60% случаев изображают глаза и уши маленького размера, нечеткие 26,7% или вообще отсутствие пальцев 50% — все это выражает стремление как бы отгородиться от мира. Обращает на себя внимание еще один факт — это изображение тела в целом и его половой идентификации. В большей степени «схема тела» у больных депрессией сильно искажена. Так, например, непропорционально большая голова по отношению к телу встречается в 50% случаев (что указывает о сосредоточении на интеллекте, контроле над телесными импульсами); отсутствие 33,3% или разная длина 10% рук, следует отметить, что пропорционального изображения этой части тела в выборке нет. Также затруднена половая идентификация: адекватная — 50%, нет — 40%, с противоположным полом — 10% случаев.

Выводы: 1. У больных депрессивными расстройствами наблюдается неадекватное, искаженное и стертое восприятие своей телесности. 2. Стертое восприятие телесности у больных депрессией может свидетельствовать о наличии алекситимического радикала. 3. Полученные данные могут учитываться при построении психотерапевтической программы с пациентами, страдающими депрессией.

## Реабилитация и кинезиотерапия у больных острой порфирией в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии

Яцков К.В., Глухова Т.Е., Шулушко Е.М., Городецкий В.М.  
Городская клиническая больница №52, Российская медицинская академия последипломного образования, Гематологический научный центр, Москва

Введение: порфирии — группа редких генетических заболеваний, обусловленных нарушением пути биосинтеза гема. Наибольший интерес для специалистов по интенсивной медицине представляют острые порфирии (ОП), так как они могут дебютировать угрожающими неврологическими осложнениями и требовать лечения в условиях отделения реанимации. Возникает моторная нейропатия:

мышечная слабость, переходящая в тетрапарез и вялую тетраплегию. Развивается паралич диафрагмы, вспомогательной дыхательной мускулатуры, голосовых связок, бульбарный синдром. Длительное обездвиживание осложняется потерей мышечной массы, нозокомальными инфекциями, белково-энергетической недостаточностью. Цели исследования: 1. Создание программы реабилитации пациентов с тяжелым течением острой порфирии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). 2. Доказать необходимость начала реабилитации данных пациентов с этапа нахождения в ОРИТ. Материалы и методы: ретроспективный анализ интенсивной терапии ОП у 13 больных (12 пациенток с острой перемежающейся порфирией (ОПП) и 1 с копропорфирией), находившихся на лечении в Отделении анестезиологии и реанимации (ОАР) Гематологического научного центра (ГНЦ) с 1996 по 2013 г. Средний возраст больных 28 (от 21 до 37) лет. Методика реабилитации включала в себя пассивные движения в конечностях при полной иммобилизации, активные движения при появлении самостоятельных мышечных сокращений и дальнейшие активные физические упражнения для восстановления мышечной массы.

Результаты: средняя длительность пребывания в ОАР — 98 дней, при этом длительно (более 10 дней) наблюдались 7 пациенток (78%), у них средняя продолжительность пребывания в ОАР составила 125 дней (от 63 до 260 дней). Средняя продолжительность от начала заболевания до перевода в ОАР составила 37 дней (от 17 до 67 дней). Основными осложнениями, обуславливающими длительность пребывания в ОАР, были: тетраплегия с парезом дыхательной мускулатуры, требующая длительной ИВЛ (в среднем 82 день, от 14 до 300 дней). У 5 больных мышечная масса тела была значительно снижена по сравнению со стандартными показателями (ИМТ от 11 до 16,4 кг/м<sup>2</sup>, окружность мышц плеча у них составляла от 14,0 до 17,7 см при норме для женщин 21–23,5 см). Восстановление подвижности после стихания атаки острой порфирии и инфекционных осложнений начинается обратно их возникновению — с дистальных отделов нижних конечностей к проксимальным отделам верхних. Несмотря на тяжесть заболевания (кроме случаев, когда пациенты находятся в шоковом состоянии), нужно начинать пассивные движения в конечностях, во всех суставах, по всем осям. Данный комплекс упражнений необходимо проводить не менее 3 раз в сутки, ежедневно. Пассивные движения предупреждают возникновение контрактур и уменьшают их выраженность, если они уже развились, а также способствуют восстановлению связей между периферическими и центральными мотонейронами. У 5 из 13 (38%) пациенток к моменту поступления в ОАР уже развились контрактуры. С первых же дней с помощью многофункциональных кроватей необходимо проводить вертикализацию пациентов, что поможет предупредить ортостатические эпизоды во время активной ЛФК. Ранняя вертикализация также способствует постепенной адаптации сердечно-сосудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам. Целесообразно применение роботизированной кинезотерапии, что значительно увеличивает объем ЛФК при меньших физических затратах медперсонала. Мы проводили ее с помощью велоэргометра в положении лежа на спине у 3 пациенток. По мере восстановления двигательной активности, с появления первых самостоятельных движений, необходимо начинать активную ЛФК, с активных движений в конечностях. Данную методику реабилитации мы использовали у 7 из 13 пациенток. При этом восстановление у пациенток, диагностика заболевания у которых составляла менее 30 дней, составляло от 1,5 до 2 месяцев у тех, кому проводилась ЛФК и от 2 до 3 месяцев у тех, кому она не проводилась. В группе пациенток, постановка диагноза у которых затянулась более 30 дней, восстановление составило от 100 до 150 дней и от 200 до 260 дней соответственно.

Выводы: 1. проведение ЛФК существенно уменьшает койко-день пребывания больных в стационаре. 2. уменьшение количества койко-дней уменьшает фармакологическую нагрузку на пациенток, что снижает риск потенциальных осложнений лекарственной терапии (в частности, антимикробной терапии). 3. для проведения полноценной реабилитации необходимо введение в штат ОРИТ кинезотерапевтов.