



ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Методы лапароскопической фундопликации и пластики пищевода отверстия диафрагмы при грыжах

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Воленко И.А., Анипченко Н.Н., Фролов А.В., Анипченко С.Н.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Актуальность обусловлена необходимостью совершенствования тактики и технических аспектов лапароскопических операций при грыжах пищевода отверстия диафрагмы.

Материал и методы. В 2005–2015 гг. лапароскопически были оперированы 305 больных со сколькими грыжами пищевода отверстия диафрагмы (133 мужчины и 172 женщины; средний возраст 59,5 года). У 166 (54,4%) пациентов наблюдались кардиальные грыжи, у 139 (45,6%) – кардиофундальные. Вторичное укорочение пищевода было выявлено у 76 (24,9%) больных (I степени – у 45 (14,8%), II степени – у 31 (10,2%)). Лапароскопические антирефлюксные операции выполнялись в 43 (14,1%) случаях после предшествовавших вмешательств на органах брюшной полости. В 15 (4,9%) случаях причиной релапароскопической операции послужили рецидивы грыжи пищевода отверстия диафрагмы или рефлюкс-эзофагита. В 171 (56,1%) случае была выполнена задняя крурорафия, в 4 (1,3%) – передняя, в 8 (2,6%) – сочетание задней и передней крурорафии, в 80 (26,2%) случаях – задняя аллопластика пищевода отверстия диафрагмы. Отметим, что 42 (13,8%) больным при укорочении пищевода крурорафия не выполнялась. При укорочении пищевода II степени фундопликационная манжета не фиксировалась к диафрагме. Циркулярная фундопликация выполнена 279 (91,5%) больным (по Ниссену – 109, симметричная протяженная – 170), фундопликация по Тупе – 8 (2,6%), по Дору – 4 (1,3%), неполная косая заднебоковая фундопликация – 14 (4,6%).

В 42 (13,1%) случаях была проведена симультанная холецистэктомия.

Результаты. Летальных исходов не было. Дисфагия после операции выявлена только у 5 (4,6%) из 109 больных после фундопликации по Ниссену. В 1 случае потребовалась реоперация с реконструкцией фундопликационной манжеты по Тупе.

Повторно были оперированы 17 (5,6%) больных. В 12 (3,9%) случаях причиной релапароскопии стал рецидив рефлюкс-эзофагита, была повторно сформирована циркулярная фундопликационная манжета. У 5 (1,6%) больных, оперированных по поводу параэзофагеальных грыж пищевода отверстия диафрагмы, необходимость повторной операции вызвал рецидив грыжи. Были выполнены релапароскопия, повторная фиксация фундопликационной манжеты. Во всех случаях повторные лапароскопические антирефлюксные операции связаны с хорошими результатами: в сроки наблюдения более 1 года рецидивов не отмечено.

Заключение. Лапароскопическая циркулярная фундопликация – полноценный метод лечения грыж пищевода отверстия диафрагмы, в том числе при укорочении пищевода и рецидивах заболевания. Методика пластики пищевода отверстия диафрагмы зависит от степени его расширения и выраженности укорочения пищевода. Аллопластика пищевода отверстия диафрагмы современными материалами уменьшает болевой синдром после операции, а также число рецидивов грыж.



Результаты видеоторакоскопической тимомтимэктомии

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В.

Цель – оценка непосредственных и отдаленных результатов видеоторакоскопических тимомтимэктомий.

Материал и методы. В 1996–2015 гг. проведено лечение 152 больным с опухолями и кистами вилочковой железы. Мужчин было 86 (56,6%), женщин – 66 (43,4%); средний возраст составил 44,6 года. Во всех случаях была выполнена тимомтимэктомия: торакотомным доступом – в 77 (50,7%) случаях, стернотомным – в 28 (18,4%), видеоторакоскопическим – в 47 (30,9%). По нозологии больные распределились следующим образом: тимома – 117, лимфома тимуса – 11, киста вилочковой железы – 12, тимолипома – 8, тератома тимуса – 4. В отношении классификации тимом А. Масаока наблюдалась следующая картина: I стадия (неинвазивная тимома) – 47, II стадия (инвазия клетчатки средостения или медиастинальной плевры) – 58, III стадия (инвазия соседних органов) – 12.

Результаты. Интраоперационные кровотечения наблюдались в 5 (3,3%) случаях. В 2 случаях они привели к конверсии в миниторакотомный доступ, в 2 – к реторакотомии. Умерли 2 (2,6%) больных из 77, оперированных торакотомным

доступом. Причиной смерти в обоих случаях был некомпенсированный миастенический криз.

Средняя продолжительность операций составила 115 ± 5 , 149 ± 10 и 119 ± 9 минут торакотомным, стернотомным и видеоторакоскопическим доступом соответственно. Длительность нахождения в реанимации составила 0–3 суток и зависела от выраженности миастении. После видеоторакоскопических операций только в одном случае возникла необходимость нахождения больной в отделении реанимации (2 суток) при явлениях выраженной миастении. Послеоперационный койко-день составил $12 \pm 1,2$, $14 \pm 1,6$ и 7 ± 1 сутки соответственно. Отдаленные результаты не различались в зависимости от доступа. Признаки миастении сохранялись у 3 (5,2%) из 58 больных.

Заключение. Сравнение результатов тимомтимэктомий, выполненных торакоскопическим и «открытым» доступом, демонстрирует существенные преимущества видеоторакоскопии. Они заключаются в легком течении послеоперационного периода, хорошей переносимости операции пациентами, минимальном риске интраоперационных осложнений. Радикальность операций идентична.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Видеоэндоскопическая хирургия при ахалазии кардии

Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В., Анипченко Н.Н.

Актуальность обусловлена необходимостью оценки эффективности видеоэндоскопических операций при лечении ахалазии кардии.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 445 больных ахалазией кардии в 1996–2015 гг. У 208 (46,7%) пациентов лечение было начато с курсовой кардиодилатации. Эзофагокардиомиотомия была выполнена 274 (61,6%) больным, причем в качестве первого метода лечения – 194 (43,6%). Лапароскопически эта операция проводилась в 212 из 274 случаев (77,4%), в том числе лапароскопическая задняя миотомия была выполнена 44 из 212 больных (20,8%). Неполная косая заднебоковая протяженная фундопликация по оригинальной методике (на 270–320°) проведена у 172 из 274 больных

(62,8%), по Дору – у 75 (27,4%), по Ниссену – у 4 (1,5%), лапароскопическая циркулярная ненапряжная фундопликация по оригинальной методике – у 23 (8,4%). В 21,2% случаев (у 58 из 274 пациентов) были выполнены симультанные операции: 1 гастродуоденопластика, 55 холецистэктомий, 2 парциальные резекции желудка по поводу лейомиомы.

Сорока трем (9,7%) больным выполнялось удаление пищевода с одномоментной пластикой, из них в 18 случаях – видеоэндоскопически: 9 – лапароскопическим транسخиатальным доступом, 9 – комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа. В 2 случаях данная операция была выполнена при подозрении на злокачественную трансформацию, в 25 –

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



при рецидивах ахалазии кардии после кардиодилатации (12) или эзофагокардиомиотомии (13), в 16 – в связи с бесперспективностью органосохраняющего лечения.

Результаты. Из 208 больных, которым изначально проводилась курсовая кардиодилатация, рецидивы заболевания были выявлены у 118 (56,7%). Большинству – 73 (61,9%) пациентам этой группы – была выполнена эзофагокардиомиотомия. У 33 (28%) лечение продолжено путем кардиодилатации. В 12 (11,9%) случаях была выполнена пластика пищевода.

У всех больных отмечено сокращение просвета пищевода после выполнения эзофагокардиомиотомии. Рецидив дисфагии в отдаленном периоде был выявлен у 29 (10,6%) из 274 пациентов, перенесших данную операцию, причем у всех этих больных была выполнена фундопликация по Дору. Симптомы рефлюкс-эзофагита через 6–12 месяцев после операции отмечались у 9 (2,6%) из 274 больных, явления дисфагии I степени наблюдались у 3 больных и не требовали специальных мероприятий. Пяти больным было проведено эффективное бужирование/кардиодилатация. Всего по поводу рецидива дисфагии после эзофагокардиомиотомии опери-

рован 21 пациент. Тринадцати больным, ранее оперированным по различным методикам, была выполнена экстирпация пищевода. В 8 случаях проводились релапароскопия, повторная эзофагокардиомиотомия с фундопликацией.

После пластики пищевода у больных ахалазией кардии случаев летального исхода не отмечено. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза на шее была зафиксирована у 2 больных. В 1 случае после лапароскопической трансхиальной эзофагэктомии был отмечен точечный некроз желудочного трансплантата, выявленный на 6-е сутки после операции и излеченный дренированием левой плевральной полости; еще в 1 случае был выявлен стеноз эзофагогастроанастомоза, в связи с чем проводилось бужирование.

Заключение. После выполнения эзофагокардиомиотомии отмечено незначительное количество рецидивов ахалазии кардии. Это вмешательство также высокоэффективно при лечении рецидивов после кардиодилатации. При лечении запущенных форм ахалазии кардии и ее рецидивов, связанных с осложнениями и опасностью аспирационной пневмонии, методом выбора является видеоэндоскопическая экстирпация пищевода с его одномоментной пластикой.

Радикальные операции при раке пищевода и кардии комбинированным лапароторакоскопическим доступом

Аллахвердян А.С., Фролов А.В., Анипченко С.Н.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Был проведен сравнительный анализ возможностей и целесообразности выполнения радикальных операций при раке пищевода и кардии с одномоментной гастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа.

Материал и методы. В 2015 г. при раке пищевода и кардии было выполнено 11 эзофагэктомий и 18 резекций проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа.

Лапароскопический этап включал мобилизацию желудка и кардии (в 2 случаях с резекцией ножек диафрагмы), удаление обоих сальников, лимфодиссекцию (в том числе нижнего средосте-

ния), мобилизацию нижнегрудного отдела пищевода, резекцию проксимального отдела желудка (при раке пищевода – выкраивание желудочного трансплантата). При кардиоэзофагеальном раке на данном этапе пищевод резецировался непосредственно над опухолью в нижнегрудном отделе, препарат удалялся через расширенный разрез.

Второй этап операции – видеоторакоскопия справа в положении больного на левом боку. Выполнялась мобилизация пищевода: при кардиоэзофагеальном раке, как правило, до уровня дуги непарной вены, при раке пищевода – до шейного отдела. Проводилась медиастинальная лимфодиссекция. При раке пищевода выполнялась резекция пищевода в апертуре плевральной полости, препарат удалялся через точку лапаропорта, установленного в VIII межреберье по за-



днеаксиллярной линии, расширенной до 3 см. При кардиоэзофагеальном раке выполнялись резекция пищевода в «радикальных границах» и формирование двухрядного «ручного» пищеводно-желудочного анастомоза на уровне бифуркации трахеи и выше. Мобилизация больного выполнялась в первые сутки после операции, энтеральное питание было начато на 4-е сутки.

Результаты. Послеоперационные осложнения были отмечены всего у одного больного: на 3-и сутки развилась тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, что потребовало проведения искусственной вентиляции легких в течение 20 часов, а также послеоперационная правосторонняя пневмония и токсический гепатит. Энтеральное питание было начато на 4-е сутки, больной выписан на 13-е сутки после операции. Послеоперационная летальность в обеих группах пациентов не отмечена.

Средняя продолжительность операции при эзофагэктомии составила 7 часов 12 минут, при кардиоэзофагеальном раке – 6 часов 21 минуту. В 100% случаев проводилась экстубация в операционной. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 17 часов. Энтеральное питание после операции в обоих случаях начинали на 4-е сутки, средний послеоперационный койко-день составил 8,7 и 7 суток соответственно.

Заключение. Выполнение радикальных операций при раке пищевода и кардии с одномоментной гастропластикой комбинированным лапароскопическим и торакоскопическим доступом справа имеет следующие очевидные преимущества: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения.

Рентгенэндоскопические операции в лечении пациентов с коралловидными камнями

Амосов Н.А., Уренков С.Б., Подойницын А.А., Морозов А.А.

С появлением в арсенале врача-уролога малоинвазивных технологий, таких как дистанционная ударно-волновая литотрипсия, уретероскопия и чрескожная литотрипсия, доля открытых оперативных пособий, выполненных по поводу коралловидного нефролитиаза, сводится к минимуму. Однако выбор оптимального метода избавления пациента от коралловидного камня далеко не всегда является простой задачей.

Цель – проведение анализа результатов обследования и рентгенэндоскопического лечения (чрескожная нефролитотрипсия и ретроградная нефролитотрипсия) пациентов, страдающих коралловидным нефролитиазом.

Материал и методы. Был проведен сравнительный анализ результатов эндоскопического лечения 322 пациентов с коралловидными камнями почек, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с 2008 по 2015 г. В ходе исследования было выделено 3 группы больных с коралловидным нефролитиазом. В первую группу вошли пациенты, которым выполнялась чрескожная нефролитотрипсия (235 больных).

Во вторую группу включены больные, у которых основным методом лечения была избрана ретроградная нефролитотрипсия (51 пациент). Третью группу составили 36 пациентов с комбинированным (чрескожным и трансуретральным) лечением коралловидного нефролитиаза.

Результаты. Полного освобождения почки от камня или наличия резидуальных конкрементов до 4 мм, способных к самостоятельному отхождению, удалось достичь у 186 (79,1%) больных первой группы. Количество интра- и послеоперационных осложнений в данной группе составило 74 (31,5%). У 31 (60,8%) пациента второй группы камни удалены полностью за одно оперативное вмешательство. Интраоперационных осложнений отмечено не было. У 12 (23,5%) больных имели место послеоперационные осложнения, которые были купированы консервативно. Полного освобождения чашечно-лоханочной системы от конкремента в третьей группе удалось добиться у 32 (88,8%) пациентов. Большинство осложнений представлены обострением пиелонефрита, которое было купировано назначением антибактериальной терапии.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Выводы. Чрескожная нефролитотрипсия в большинстве случаев (79,1%) является эффективным методом лечения пациентов с коралловидным нефролитиазом различных степеней, однако не лишена недостатков в виде потребности в дополнительных чрескожных манипуляциях (20,4%) и риска развития интра- и послеоперационных осложнений. Применение комбиниро-

ванного (трансуретрального и чрескожного) лечения больных с коралловидным нефролитиазом К3–К4 позволяет увеличить степень освобождения почки от конкремента (86,1%) за одно оперативное вмешательство. Комбинация доступов позволяет повысить эффективность операций и снизить риск развития интраоперационных осложнений.

Комплексный подход в лечении злокачественных и доброкачественных новообразований кожи челюстно-лицевой области и шеи

Андрюхина В.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

По статистике среднегодовой темп прироста злокачественных новообразований кожи – 2,5%, а в случае меланомы – 2,9%, поэтому разработка комплексного подхода в лечении злокачественных и доброкачественных новообразований кожи челюстно-лицевой области и шеи является своевременной.

За период с 2005 по 2015 г. в клинике челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского было проведено обследование и лечение 1200 пациентов с доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи. Из них 800 больных обратились с доброкачественными новообразованиями кожи (различные типы невусов, фибромы, кератомы, папилломы), 300 – с гистологически верифицированным базальноклеточным раком кожи, 80 – с плоскоклеточным раком кожи, 20 – с меланомой. Размеры новообразований составляли от 1 до 15 см². Мужчин было 550, женщин 650, возраст больных – от 3 до 98 лет.

Были разработаны критерии подхода к комплексному лечению больных со злокачественными и доброкачественными новообразованиями кожи челюстно-лицевой области и шеи, основанные на определении локализации, распространенности, степени инвазии и деструкции, темпов роста новообразования, возраста больного, а также

клинической и гистологической дифференцировки опухолевого процесса. Кроме того, была сформирована тест-система мониторинга пациентов с базальноклеточным раком для профилактики рецидивов и контроля лечения, включающая паспорт кожи с системой фотодокументации, лазерную доплеровскую флоуметрию, лазерную флуоресцентную диагностику, ультразвуковое исследование кожи, патоморфологические исследования и общее обследование пациента.

Основываясь на многолетнем опыте клиники челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, мы использовали криохирургическое, криолазерное и хирургическое лечение как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами при комплексном лечении злокачественных и доброкачественных новообразований кожи челюстно-лицевой области и шеи. Во время лечения пациенты были занесены в компьютерную систему для последующей оценки лечения и профилактики рецидивов в случае злокачественных новообразований кожи.

Результаты наблюдения всех представленных больных в отдаленные сроки до 10 лет показали, что положительные результаты лечения получены в 98,2% случаев, что свидетельствует о перспективности и целесообразности разработанного нами комплексного метода лечения.



Особенности анестезиологического обеспечения лапароторакоскопической резекции проксимального отдела желудка и грудного отдела пищевода по поводу кардиоэзофагеального рака в рамках концепции ERAS

Анипченко Н.Н., Аллахвердян А.С., Овезов А.М.

Основополагающим пунктом концепции ERAS является применение методов малоинвазивной хирургии. В Московском областном центре «Видеондоскопическая и малоинвазивная хирургия» разработана методика резекций проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой комбинированным лапароскопическим и правосторонним торако-скопическим доступом. Анестезиологическое обеспечение данной операции имеет ряд особенностей.

Цель – анализ особенностей анестезиологического обеспечения лапароторакоскопической резекции проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой.

Материал и методы. В течение 2015 г. было выполнено 18 лапароторакоскопических резекций проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой. Средний возраст пациентов составил 64,4 года. В зависимости от стадии заболевания 18 больных распределились следующим образом: I стадия – 2 (11,1%), II стадия – 4 (22,2%), III стадия – 9 (50%), IV стадия – 3 (16,7%).

Накануне операции все пациенты были тщательно осмотрены, изучены анамнез, данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Больным были детально разъяснены особенности предстоящей операции и анестезиологического пособия, обозначены цель и задачи «работы» самого пациента на этапе послеоперационной реабилитации («психологическая» премедикация). Всем больным проводилась комбинированная общая анестезия с искусственной вентиляцией легких (с применением пропофола, севофлурана, фентанила, рокурония бромида). Предполагая «полный желудок», выполняли быструю последовательную индукцию анестезии с последующей

интубацией трахеи двухпросветной трубкой Rüschi (37–39 F). На лапароскопическом этапе (положение больного на спине) в связи с протяженной мобилизацией пищевода карбоксиперитонеум сочетается с карбоксимедиастинумом, что сопровождается гиперкапнией, требующей соответствующей коррекции параметров искусственной вентиляции легких: гипервентиляции за счет увеличения частоты дыхания в сочетании со снижением дыхательного объема с целью оптимизации пикового давления на вдохе (P_{peak}), использования РЕЕР, изменения соотношения «вдох – выдох» с удлинением длительности вдоха. На видеоторакоскопическом этапе (положение больного на левом боку) проводилась протективная однологичная вентиляция (нормовентиляция с дыхательным объемом 4–6 мл/кг, $FiO_2 \leq 50$ мм рт. ст., РЕЕР 6 см вод. ст.). Интраоперационно придерживались рестриктивного режима инфузионной терапии, гемотрансфузии не проводили. Периоперационной нормотермии больного добивались соблюдением оптимальной температуры в операционной, применением согревающего операционного матраца и подогревом инфузионных растворов. Соблюдали принцип мультимодального обезбоживания: кеторолак 1 мл внутримышечно за 30 минут до разреза, парацетамол 100 мл внутривенно, инфильтрация мест введения лапаро- и торакопортов 0,2% раствором ропивакаина, инстилляцией 20–40 мл 0,2% ропивакаина в брюшную и правую плевральную полость. Профилактику послеоперационных тошноты и рвоты проводили введением 8 мг дексаметазона до разреза и 8 мг ондансетрона в конце операции.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 6 часов 21 минуту. Соблюдение обозначенной анестезиологической тактики позволило в 100% случаев экстубировать больных на столе и перевезти для наблюдения в отделение интенсивной терапии при состоянии 9–10 баллов по шкале Aldrete. Начало энтерального питания

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



осуществлялось на 4-е сутки. Средний послеоперационный койко-день составил 7,3 суток.

Заключение. Лапароторакоскопическая резекция проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагогастропластикой – сложнейшая высокотехнологичная

операция по поводу кардиоэзофагеального рака. Предложенная нами анестезиологическая тактика, своевременное решение интраоперационных анестезиологических задач и критических инцидентов позволяют экстубировать больного в операционной и начать его мобилизацию в первые сутки после операции.

Распространенность полиморфизмов генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы среди рабочих гипертоников и нормотоников

Атаманчук А.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – изучить распространенность и влияние полиморфизмов генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы на риск развития гипертонической болезни у рабочих, контактирующих с вредными производственными факторами.

Материал и методы. Обследованы 214 мужчин – рабочих Коломенского завода во время прохождения профосмотра. По данным амбулаторных карт устанавливалось наличие гипертонической болезни (ГБ) и время начала ее развития. Методом полимеразной цепной реакции исследовались локусы хромосом ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Полиморфизм A1u-повтора заключается во вставке (инсерции, I) его или потере (делеции, D) и вариативности гена ангиотензиногена (AGT). Полиморфизм AGT M235T заключается в замещении аминокислоты метионина триптофаном (Met 235 Thr). Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере посредством прикладной программы Statistica 10.0.

Результаты. Распределение частот аллелей в целом соответствовало закону Харди – Вайнберга. Распространенность ГБ составила 57,4%, средний возраст пациентов –

51,8±9,8 года, что соответствует средней распространенности артериальной гипертонии среди мужчин эквивалентной возрастной группы в России. Распространенность носительства полиморфизмов гена АПФ составила DD 32,5%; II 18,9%; ID 48,7%; гена AGT – TT 20,2%; CT 50,9%; CC 20,89%. Достоверной взаимосвязи между полиморфизмами гена АПФ и наличием ГБ не выявлено, отсутствует также статистически значимая разница между группами нормотоников и гипертоников по распространенности различных комбинаций аллелей АПФ. При изучении полиморфизмов гена AGT выявлена достоверная слабая корреляция между его вариантами и наличием ГБ ($\gamma=0,35$; $p=0,001$). Обнаружена значимо большая распространенность гомозиготной комбинации CC в группе страдающих артериальной гипертонией по отношению к варианту TT ($\chi^2=6,18$; $p=0,013$) и всех носителей (CC+CT) аллели T по отношению к M ($\chi^2=6,0$; $p=0,014$).

Вывод. Из изученных генетических факторов наиболее значимым в формировании ГБ является гомозиготный полиморфизм CC гена ангиотензиногена.



Хирургическое лечение больных с постинфарктной аневризмой сердца и приступами желудочковой тахикардии

Бабокин В.Е.

Цель – оценить эффективность проведения реконструктивных вмешательств на сердце у больных с постинфарктным ремоделированием левого желудочка (ЛЖ) сердца.

Материал и методы. В исследование включены 163 пациента с ишемической болезнью сердца в возрасте $53 \pm 2,8$ года. Все больные ранее перенесли инфаркт миокарда давностью $3,9 \pm 2,2$ года. Преимущественно диагностировался II–III функциональный класс недостаточности кровообращения по NYHA. По данным эхокардиографии (ЭхоКГ), фракция выброса ЛЖ была $38,4 \pm 3,9\%$, конечный диастолический индекс – 104 ± 18 мл/м², конечный систолический индекс – 64 ± 17 мл/м²; митральная регургитация более II степени, ассоциированная с увеличенным фиброзным кольцом (≥ 36 мм), – у 31 пациента. Пароксизмальная желудочковая тахикардия отмечена у 39, наджелудочковая тахикардия – у 33, желудочковая экстрасистолия (от 288 до 11 208) – у 82, наджелудочковая экстрасистолия (от 288 до 11 208) – у 98. Фибрилляция предсердий диагностирована у 32 пациентов. По данным внутрисердечного электрофизиологического исследования у 24 пациентов зафиксированы зоны двойного потенциала и замедленного проведения. Эти зоны характеризовались сниженной амплитудой электрического потенциала менее 0,5 мВ, что по данным ЭхоКГ соответствовало akinетичным сегментам, по данным перфузионной сцинтиграфии миокарда – дефекту перфузии от 35 до 44%. Левожелудочковая реконструкция по Дору выполнялась у 88, по Мениканти – у 43, линейная пластика ЛЖ – у 32 больных, эндокардэктомия

выполнена в 89 случаях, тромбэктомия – в 57. Аортокоронарное шунтирование выполнено у 152 пациентов, пластика митрального клапана – у 31, из них пластика трикуспидального клапана – у 9, протезирование митрального клапана – у 6.

Результаты. Осложнения послеоперационного периода в виде сердечной слабости были у 16 пациентов, внутриаортальная баллонная контрпульсация применялась в 11 случаях, экстракорпоральная мембранная оксигенация в 6. Через 2 недели после выполненного вмешательства по результатам ЭхоКГ отмечена положительная динамика показателей сократимости ЛЖ. Произошло достоверное ($p < 0,05$) увеличение фракции выброса ЛЖ до $49,4 \pm 4,2\%$ (в В-режиме), уменьшение конечного диастолического индекса ($141,95 \pm 19$ мл/м²) и конечного систолического индекса ($73 \pm 16,9$ мл/м²). У пациентов без эндокардэктомии спонтанные приступы желудочковой тахикардии по данным холтеровского мониторирования были зафиксированы в 5 случаях, а в 7 случаях желудочковая тахикардия была индуцирована во время внутрисердечного электрофизиологического исследования. Одиннадцати из них были имплантированы кардиовертеры-дефибрилляторы с целью вторичной профилактики внезапной смерти.

Заключение. Выполняемая методика хирургического лечения позволяет улучшить состояние насосной функции сердца у больных с постинфарктными аневризмами ЛЖ. Проведение эндокардэктомии ликвидирует зоны замедленного проведения и препятствует возникновению приступов желудочковой тахикардии.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Эффективность короткого курса «тройной» противовирусной терапии хронического гепатита С 1-го генотипа у пациентов с различными вариантами полиморфизма гена IL28B

Богомолов П.О.¹, Кокина К.Ю.¹, Мациевич М.В.¹, Кузьмина О.С.¹, Коблов С.В.¹, Воронкова Н.В.¹, Петраченкова М.Ю.¹, Федосова Е.В.¹, Трофимова М.Н.¹, Безносенко В.Д.¹, Кудрявцева Е.Н.¹, Буеверов А.О.^{1,2}

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Появление новых высокоэффективных схем противовирусной терапии без использования интерферонов оказалось существенным шагом вперед в эволюции этиотропной терапии хронического гепатита С. Однако данное обстоятельство в силу социально-экономических факторов на сегодняшний момент не может служить поводом для кардинального изменения концепции назначения противовирусной терапии. Таким образом, важным аспектом терапевтической эффективности лечения является его доступность. Более детальный подход к оценке предикторов эффективности противовирусной терапии в «тройном» режиме как до ее назначения, так и в процессе терапии может обеспечить максимальную эффективность при минимальных сроках лечения.

Цель – изучить частоту устойчивого вирусологического ответа у пациентов с хроническим гепатитом С 1-го генотипа (ХГС-1) с различными вариантами полиморфизма гена IL28B, получивших короткий курс «тройной» противовирусной терапии.

Материал и методы. Проведено ретроспективное мультицентровое исследование эффективности короткого курса комбинированной противовирусной терапии с теллапревиром у больных ХГС-1, которым лечение было отменено через 11–14 недель по причине развития тяжелых нежелательных явлений, категорического отказа пациента от продолжения терапии, обострения сопутствующей патологии или медицинских состояний, повлекших прерывание лечения. В анализ включены данные 158 пациентов, получивших «тройную» противовирусную терапию: пэгинтерферон альфа-2а 180 мкг/нед подкожно, рибавирин 1000–1200 мг/сут и теллапревир 2250 мг/сут. У всех пациентов на этапе предварительного обследования была выявлена начальная стадия заболевания печени (F0–F2 по шкале METAVIR) при морфоло-

гическом исследовании гепатобиоптата и/или методом эластографии печени. В исследование были включены данные пациентов, ранее не получавших лечения. Кроме того, необходимыми условиями являлись: наличие данных исследования вирусной нагрузки через 4 недели противовирусной терапии, на момент отмены терапии и через 24 недели после лечения с использованием полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (аналитическая чувствительность 12 МЕ/мл), а также результатов исследования полиморфизма гена IL28B.

Результаты. По данным медицинской документации включенных в исследование пациентов, быстрый вирусологический ответ был зарегистрирован в 100% случаев (n = 158). Несмотря на существенное сокращение сроков терапии, устойчивый вирусологический ответ был достигнут в 81% случаев (n = 128). При оценке эффективности терапии в зависимости от различных вариантов полиморфизма гена IL28B в доминантном локусе rs12979860 было обнаружено, что устойчивый вирусологический ответ у пациентов с СС-генотипом наблюдался в 100% случаев (n = 45), с генотипом СТ – в 73% (n = 67), ТТ – в 72% (n = 16).

Выводы. Определение полиморфизма IL28B позволяет прогнозировать успех короткого курса «тройной» противовирусной терапии у пациентов с ХГС-1. Таким образом, полученные результаты указывают на то, что короткий курс «тройной» комбинированной терапии оптимален для достижения 100% устойчивого вирусологического ответа у ранее нелеченых пациентов с ХГС-1, являющихся носителями генотипа СС IL28B, на начальных стадиях заболевания печени при условии достижения быстрого вирусологического ответа, зарегистрированного высокочувствительным методом полимеразной цепной реакции.



Оценка эффективности 3D-терапии у пациентов с субкомпенсированным циррозом печени HCV-этиологии (генотип 1b)

Богомолов П.О.¹, Мациевич М.В.¹, Безносенко В.Д.¹, Федосова Е.В.¹, Кузьмина О.С.¹, Воронкова Н.В.¹, Коблов С.В.¹, Кокина К.Ю.¹, Петраченкова М.Ю.¹, Трофимова М.Н.¹, Кудрявцева Е.Н.¹, Буеверов А.О.^{1,2}

Появление первого безынтерферонового режима противовирусной терапии на территории Российской Федерации дало надежду на излечение пациентов с циррозом печени HCV-этиологии (генотип 1), для которых использование интерферонсодержащих схем оказалось неэффективным или противопоказанным. В подобных случаях 3D-терапия остается единственным доступным вмешательством. Появление новых данных по безопасности существенно ограничило применение этой схемы у лиц с субкомпенсированным циррозом печени. Тем не менее инициация лечения в 2015 г. подобной категории больных в рамках программы обязательного медицинского страхования до получения новых сведений являлась единственно возможной.

Цель – оценить эффективность безынтерфероновой терапии в режиме 3D у больных субкомпенсированным циррозом печени HCV-этиологии (генотип 1b).

Материал и методы. В анализ включены данные 67 пациентов (26 мужчин и 41 женщины) с субкомпенсированным циррозом печени HCV-этиологии (генотип 1b), которым была назначена безынтерфероновая терапия омбитасвиром/паритапревиром/ритонавиром и дасабувиром на 12 недель. Средний возраст больных составил $56,6 \pm 10,1$ года. На момент начала противовирусной терапии у 22 пациентов степень компенсации функции печени соответствовала классу А по шкале Child-Pugh. Отнести эту подгруппу больных к лицам с субкомпенсированным циррозом печени позволял факт наличия у них в анамнезе эпизода печеночной энцефалопатии ($n=7$), асцит ($n=6$) или госпитализации за последние полгода по поводу осложнений цирроза ($n=9$). Класс В по шкале Child-Pugh на момент начала лечения был зарегистрирован у остальных 45 пациентов

(у 22 – 7 баллов, у 16 – 8 баллов, у 7 – 9 баллов). При этом 23,9% пациентов ранее не ответили на стандартную противовирусную терапию, 3% – на терапию в «тройном» режиме с использованием теллапревира; 32,8% в силу противопоказаний к полнодозовой противовирусной терапии получали лечение в режиме LADR, остальные 40,3% ранее не лечились. Основным методом оценки эффективности лечения был анализ *per protocol*, дополнительно проводился анализ по принципу “*intention-to-treat*”.

Результаты. В процессе лечения у 2 пациентов дебютировала желтуха в первые 4 недели терапии, что послужило поводом для ее отмены. У 4 больных в сроки от 3 до 8 недель лечение также было прекращено из-за развития или усиления печеночной энцефалопатии. Таким образом, 61 пациент получил полноценный 12-недельный курс противовирусной терапии. При анализе в зависимости от фактически полученного лечения (*per protocol*) частота быстрого вирусологического ответа составила 80,3%, авиремия на момент окончания лечения была достигнута у 100%. Кроме того, у 1 из выбывших пациентов, завершившего 8-недельный курс противовирусной терапии, через 12 недель от момента начала лечения авиремия сохранялась.

Выводы. Противовирусная терапия в режиме 3D у пациентов с субкомпенсированным циррозом печени позволяет констатировать 100% ответ в конце лечения при условии завершения полного курса терапии, а в некоторых случаях – при получении $\frac{2}{3}$ от необходимого количества препаратов. Ограничивающим фактором у данной категории больных может выступать ухудшение функции печени в процессе противовирусной терапии. Частота достижения стойкого ответа подлежит уточнению.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва



Эффективность сокращенного курса «тройной» противовирусной терапии с симепревиrom хронического гепатита С (генотип 1b) у пациентов с наиболее благоприятным генотипом IL28B

Богомолов П.О.¹, Мациевич М.В.¹, Коблов С.В.¹, Кокина К.Ю.¹, Кузьмина О.С.¹, Воронкова Н.В.¹, Безносенко В.Д.¹, Федосова Е.В.¹, Петраченко М.Ю.¹, Трофимова М.Н.¹, Кудрявцева Е.Н.¹, Кудря О.А.², Гумерова Ю.Ю.³, Черенкова Е.Н.⁴, Королева Г.В.⁵, Лебедева О.Н.⁶, Купцова Е.С.⁷, Долгова М.Б.⁸, Буеверов А.О.^{1,9}

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² Медицинский центр «Новые медтехнологии», г. Раменское

³ ГБУЗ МО «Коломенская центральная районная больница», г. Коломна

⁴ ГБУЗ МО «Мытищинская городская клиническая больница», г. Мытищи

⁵ ГБУЗ МО «Егорьевская центральная районная больница», г. Егорьевск

⁶ ГБУЗ МО «Пушкинская районная больница им. проф. Розанова В.Н.», г. Пушкино

⁷ ГБУЗ МО «Серпуховская центральная районная больница», г. Серпухов

⁸ ГБУЗ МО «Подольская городская клиническая больница № 3», г. Подольск

⁹ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Несмотря на появление высокоэффективных схем безинтерфероновой терапии для лечения хронического гепатита С 1-го генотипа, до сих пор остается актуальным применение интерферонсодержащих режимов в сочетании с ингибиторами протеазы второй генерации. Выровнять шансы на излечение аналогично безинтерфероновым схемам, а также сократить длительность терапии позволит персонализированный подход к их назначению с учетом благоприятных факторов, влияющих на исход лечения.

Цель – изучить эффективность противовирусной терапии в «тройном» режиме с длительностью курса 12 недель у пациентов с хроническим гепатитом С (генотип 1b) при наличии наиболее благоприятного генотипа CC IL28b в доминантном аллеле rs12979860.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 70 пациентов (40 мужчин и 30 женщин, средний возраст $38,4 \pm 6,7$ года) с хроническим гепатитом С (генотип 1b) на начальных стадиях заболевания печени (F0–F2 по шкале METAVIR), ранее не получавших лечение или с рецидивом после предшествующего курса стандартной противовирусной терапии. У всех больных по результатам предварительного генетического исследования был выявлен генотип CC IL28b в доминантном аллеле rs12979860. Все пациенты на протяжении 12 недель получали «тройную» противовирусную терапию: цепагинтерферон альфа-2b в дозе 1,5 мкг/кг/нед, рибавирин 1000–1200 мг/сут и симепревиr 150 мкг/сут. В процессе лечения проводилось изучение вирусной кинетики ультрачувствительным методом полимеразной цепной реакции с аналитической чувствительностью 12 МЕ/мл. Отмена терапии была предусмотрена в случае отсутствия достижения

быстрого вирусологического ответа, а также развития нежелательных явлений, риски от появления и прогрессирования которых превышали бы пользу от проводимого лечения.

Результаты. Шестьдесят восемь пациентов успешно завершили 12-недельный курс противовирусной терапии. У 2 женщин лечение было отменено: в одном случае из-за развития генерализованной сыпи к 4-й неделе лечения, в другом – из-за появления анемии и неврологической патологии в виде частых коллапсов через 7 недель терапии, что потребовало госпитализации. Через 28 суток противовирусной терапии у всех 68 пациентов был зарегистрирован быстрый вирусологический ответ. На момент окончания лечения у всех пациентов также была зафиксирована авиремия. Через 1 месяц после окончания противовирусной терапии ни у кого из пациентов, успешно закончивших лечение, не было выявлено рецидива инфекции. В настоящий момент 36 пациентов достигли срока 3 месяцев после окончания противовирусной терапии, при этом у всех авиремия продолжала сохраняться.

Выводы. Сокращение продолжительности «тройной» противовирусной терапии хронического гепатита С (генотип 1b) у пациентов с благоприятным генотипом CC IL28b в доминантном аллеле rs12979860 на начальных стадиях заболевания печени, ранее не получавших лечение или с рецидивом после предшествующего курса стандартной противовирусной терапии, по предварительным наблюдениям, не приводит к ухудшению результатов лечения. Напротив, подобный подход к назначению противовирусной терапии с учетом генетических особенностей пациента позволяет достичь быстрого вирусологического ответа в 100% случаев и избежать ранних рецидивов инфекции.



Влияние гендерных и возрастных особенностей на распространенность генотипов вируса гепатита С среди взрослых пациентов на территории Московской области

Богомолов П.О.¹, Мацеевич М.В.¹, Кудрявцева Е.Н.¹, Корабельникова М.И.¹, Семененко Т.А.², Кузин С.Н.^{1,2,3}, Дубоделов Д.В.³, Лавров В.Ф.³, Воронкова Н.В.¹, Петраченкова М.Ю.¹, Коблов С.В.¹, Буеверов А.О.^{1,4}, Гумерова Ю.Ю.⁵, Азарова И.Н.⁶

Молекулярно-генетическая характеристика вируса гепатита С (ВГС) в настоящее время имеет как клиническое, так и важное эпидемиологическое значение. Необходимость в получении информации о частоте выявления отдельных генотипов на определенных территориях Российской Федерации обоснована дальнейшим исследованием динамики генотипического разнообразия ВГС, прогнозированием изменений эпидемиологической ситуации, предотвращением дальнейшего распространения инфекции, планированием бюджета государственных программ по лечению хронического гепатита С (ХГС).

Цель – изучение структуры генотипов/подтипов ВГС у взрослых пациентов с хроническим гепатитом С на территории Московской области за период с 2008 по 2015 г.

Материал и методы. Работа была выполнена в головной лаборатории диагностики СПИД и вирусных гепатитов ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по данным лабораторных исследований за период с 2008 по 2015 г. Формирование исследуемой когорты пациентов осуществляли по итогам скрининговых исследований на наличие анти-ВГС, выполненных в районных лабораториях лечебно-профилактических учреждений Московской области, последующей верификации результатов скрининга, а также определения рибонуклеиновой кислоты ВГС в крови и генотипа/подтипа ВГС в головной лаборатории. В общей сложности в исследование были включены данные 17229 больных ХГС в Московской области. Анкетные данные пациентов получены из медицинской информационной системы МОНИКИ «Эверест», ЗАО «АИТ-холдинг» с последующим импортом в специально созданную базу данных MS Access для исключения из исследования случаев повторных обращений пациентов с целью определения генети-

ческой принадлежности ВГС в течение всего периода наблюдения. Определение генотипов/подтипов ВГС осуществляли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с помощью тест-систем «ОТ-Гепатоген-С Генотип», ООО «НПО ДНК-Технология» с использованием системы для детекции ПЦР-продуктов в режиме реального времени iQ5 (ООО «Био-Рад Лаборатории»).

Результаты. Исследуемая когорта включала 9444 (54,8%) мужчин и 7785 (45,2%) женщин. С наибольшей частотой определены подтипы ВГС 1b и 3a, средний удельный вес которых составлял 47,5% (95% доверительный интервал (ДИ) 46,8–48,3%) и 39,4% (95% ДИ 38,7–40,2%) соответственно. Подтип ВГС 1a и генотип 2 определяли значительно реже – у 5,4% (95% ДИ 5,1–5,8%) и 7,2% (95% ДИ 6,8–7,6%) пациентов соответственно. Не удалось определить типовую принадлежность ВГС у 0,5% (95% ДИ 0,4–0,6%) пациентов.

Подтип ВГС 1b в течение всего периода наблюдения определялся чаще у женщин, подтип 3a – у мужчин. Среди взрослых больных ХГС доминировали пациенты старше 30 лет; их удельный вес среди мужчин составил 77,2%, среди женщин – 80,4%. Кроме того, выделение двух возрастных групп (до 30 и старше 30 лет) пациентов с ХГС позволило выявить ряд особенностей в структуре генотипов/подтипов ВГС. Так, на долю генотипа 3a среди лиц моложе 30 лет приходилось от 42,9 до 57% мужчин и от 41,3 до 50% женщин. Среди женщин старше 30 лет существенно доминировал генотип 1b (от 56,8 до 68,1%), тогда как среди мужчин аналогичной возрастной группы этот показатель практически выравнивался в соотношении с генотипом 1b.

Выводы. Общая структура генотипов/подтипов ВГС, выявленная у взрослых пациентов Московской области за весь период наблюдения,

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² ФГБУ «Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, г. Москва

³ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», г. Москва

⁴ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

⁵ ГБУЗ МО «Коломенская центральная районная больница», г. Коломна

⁶ ГБУЗ МО «Красногорская городская больница № 1», г. Красногорск

соответствует хорошо известным закономерностям, аналогично другим субъектам Российской Федерации. В результате проведенного исследования в Московской области за 8-летний период отмечено: преобладание лиц старше 30 лет ($4/5$ всех обследованных лиц); доминирование подтипа ВГС 1b, удельный вес которого стабильно превышал показатели подтипа ВГС 3a; ста-

бильное преобладание ВГС 1b у женщин с ХГС; более частое инфицирование генотипом 3a лиц моложе 30 лет, независимо от гендерной принадлежности. Подобные показатели свидетельствуют в пользу внутривенной наркомании как основного пути передачи инфекции среди лиц моложе 30 лет, а также мужчин более старшей возрастной категории.

Регресс врожденных патологических извитостей внутренних сонных артерий у детей в процессе развития

Борисова М.Н., Лобов М.А., Пантелеева М.В., Котов А.С., Шаталин А.В., Токарева Ю.В., Мухина Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – изучить возрастную эволюцию патологических извитостей внутренних сонных артерий у детей и подростков.

Материал и методы. Обследовано в динамике 46 детей с патологическими извитостями внутренних сонных артерий. Исследование прецеребральных сосудов проводилось методом дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий 1–2 раза в год в В-режиме, цветовом доплеровском и спектральном режимах. Гемодинамическая значимость выявленной деформации внутренних сонных артерий определялась по изменению качественных и количественных характеристик кровотока, соответствующих «эффекту стенозирования», диапазону прироста пиковой систолической скорости кровотока на «выходе из стеноза». Сроки катamnестического наблюдения составили от 1 до 5 лет. Оценка возрастных изменений конфигурации сосудов проводилась с учетом антропометрических показателей.

Результаты. Первую группу составили 22 ребенка с патологическими извитостями внутренних сонных артерий, сопровождающимися умеренными и выраженными нарушениями гемодинамики; вторую – 24 пациента с деформациями внутренних сонных артерий без гемоди-

намических нарушений. В 70,8% (n=17) случаев наблюдения траектория хода сосуда приобрела прямолинейный ход, в 8,3% (n=2) уменьшилось углообразование сосуда. У 5 (20,8%) детей эхографические показатели не изменились. В группе детей с гемодинамически значимыми патологическими извитостями внутренних сонных артерий траектория сосуда имела более выраженное нарушение (кинкинг, койлинг), динамика «расправления» сосуда встречалась значительно реже. У 2 детей (9,1%) траектория внутренних сонных артерий стала прямолинейной. В 31,8% (n=7) случаев отмечалась положительная динамика в виде уменьшения углообразования, расправления петель с улучшением гемодинамических показателей («эффекта стенозирования»). В 59,1% случаев (n=13) положительной динамики выявлено не было. Достоверное улучшение эхографических показателей наблюдалось в случаях увеличения роста на 10 см и более ($p < 0,027$). Статистический анализ, проведенный с использованием критерия Манна – Уитни, показал, что нивелирование патологических извитостей внутренних сонных артерий с улучшением кровотока у детей с деформациями внутренних сонных артерий без нарушений гемодинамики наблюдается достоверно чаще ($p < 0,0052$).



Современные принципы диагностики и лечения дифференцированного рака щитовидной железы

Бритвин Т.А., Нечаева О.А.

Дифференцированный рак щитовидной железы является преобладающей формой тиреоидного рака (90–95%) и составляет около 1% всех злокачественных опухолей. Заболеваемость колеблется от 0,5 до 10 на 100 тыс. населения в мире, в США – 8 на 100 тыс.; в Московской области специальных эпидемиологических исследований не проводилось (наблюдательная программа, одной из задач которой является выяснение эпидемиологической ситуации по заболеваемости дифференцированного рака щитовидной железы, начата в ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского в январе 2016 г. после утверждения плана научно-исследовательских работ на 2016–2020 гг.). Проблема дифференцированного рака щитовидной железы неразрывно связана с дифференциальной диагностикой узловых образований в щитовидной железе и базируется на проведении тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового исследования с последующим цитологическим исследованием, достоверность результатов которой определяется экспертным уровнем ультразву-

кового исследования и заключения цитолога, что возможно только в специализированных лечебных учреждениях.

В докладе представлены результаты диагностики, лечения, маршрутизации и мониторинга больных с дифференцированным раком щитовидной железы, основанные на данных консультативно-диагностического отдела, отделений хирургической и терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского и окружных эндокринологов Московской области. Предложены к обсуждению также пути улучшения результатов диагностики, лечения дифференцированного рака щитовидной железы в соответствии с международными и российскими консенсусными соглашениями. Особое внимание уделено молекулярно-биологическим исследованиям, направленным на объективизацию дооперационной дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы и прогнозирования течения дифференцированного рака щитовидной железы после операции.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Лечение хронических стенозов трахеи с хондромалацией

Быстренин А.В.

Для восстановления просвета трахеи с хондромалацией необходимо не только иссечь рубцовую ткань, но и восстановить ее каркас. Для лучшей фиксации и жесткости восстанавливаемого участка трахеи нами разработан способ восстановления шейного отдела трахеи при его рубцовом заращении с лизированием хрящевого каркаса. Хирургическое лечение проводили в два этапа. На первом этапе формировали полукольцо из двух пластинок реберного аутохряща, фиксируя их на тefлоновой катушке и помещая подкожно на срок до 1 месяца на передней брюшной стенке. На втором этапе извлекали катушки с хрящами, которые, фиксируясь между собой,

приобретали кольцевидную форму. Хрящи кольцевидной формы имплантировали к стенозированному участку трахеи.

Под нашим наблюдением находились 19 больных с рубцовым стенозом трахеи, сочетающимся с хондромалацией. У 15 (79%) пациентов цель проводимого лечения была достигнута – больные были деканулированы. У 4 (21%) произошло рестенозирование трахеи.

Предложенный нами способ восстановления просвета трахеи является в достаточной степени надежным: в 79% случаев цель проводимого лечения была достигнута при сроках наблюдения более 5 лет.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Вторичный гиперпаратиреоз после трансплантации Почки

Ветчинникова О.Н., Кантария Р.О., Шестеро Е.В., Курчатова А.Н.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Актуальность. Вторичный гиперпаратиреоз у реципиентов почечного трансплантата изучен недостаточно.

Цель – оценить функцию околощитовидных желез у пациентов с хронической болезнью почек, перенесших трансплантацию трупной почки.

Материал и методы. Исследование выполнено в рамках одномоментного поперечного дизайна у 57 реципиентов, перенесших трансплантацию почки в последние 5 лет: 28 мужчин и 29 женщин, средний возраст 45 ± 12 лет. Длительность посттрансплантационного периода составила 1–58 месяцев (медиана – 20 месяцев). Паратиреоидный гормон и витамин D (25ОНD) (39 больных) в плазме крови определяли иммуноферментным методом (референсные значения 35–73 пг/мл и более 30 нг/мл соответственно), сывороточные концентрации электролитов, альбумина, параметров азотистого метаболизма и активность общей щелочной фосфатазы – по стандартным методикам. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле Кокрофта – Голта.

Результаты. Уровень паратиреоидного гормона в плазме крови колебался в пределах 85–524 пг/мл, составив 117, 177 и 360 пг/мл соответственно при СКФ более 60 мл/мин, 30–60 мл/мин и менее 30 мл/мин ($p = 0,004$). Дефицит витамина D (7–23 нг/мл) определялся у всех па-

циентов, независимо от СКФ, лишь у четверти он был умеренный (20–30 нг/мл). Нарушение кальций-фосфорного обмена регистрировалось у 25 больных: гиперкальциемия (8), гипофосфатемия (16), гиперфосфатемия (2), сочетанное нарушение – гиперкальциемия и гипофосфатемия (3). Гиперкальциемия имела место у 6 больных в первый год после трансплантации почки и у 2 – в отдаленные сроки, гипофосфатемия – у 4 и 12 соответственно. Активность общей щелочной фосфатазы (медиана 72 ед/л) у всех больных находилась в пределах референсных значений (26–115 ед/л). Установлена обратная корреляционная зависимость между уровнем паратиреоидного гормона и СКФ ($r = -0,354$, $p = 0,007$) и прямая – с сывороточной концентрацией креатинина ($r = 0,480$, $p < 0,001$). Другие ассоциации плазменного уровня паратиреоидного гормона – с содержанием в крови витамина D, фосфора, кальция, магния, активностью щелочной фосфатазы, а также возрастом, длительностью посттрансплантационного периода – отсутствовали.

Заключение. Вторичный гиперпаратиреоз у реципиентов почечного трансплантата имеет сложное происхождение. Исследования в этом направлении позволяют установить его патогенетические механизмы, роль дефицита витамина D и определить целевое значение паратиреоидного гормона в крови.



Посттравматические когнитивные нарушения у беременных

Волынкин А.А.

Актуальность. Черепно-мозговая травма является одной из главных причин смерти и инвалидизации молодого населения в мире, достигая 40% от всего травматизма. У большей части пациентов сохраняются различные последствия перенесенной черепно-мозговой травмы: от функциональных расстройств до грубой неврологической симптоматики. Отмечено, что спустя 6 месяцев после легкой черепно-мозговой травмы около 39% пациентов предъявляют жалобы когнитивного спектра. Высокая распространенность последствий черепно-мозговой травмы и их коморбидность с акушерской патологией при беременности делают данную проблему актуальной.

Цель – оценить когнитивные функции у беременных с последствиями черепно-мозговой травмы, проходивших родоразрешение в акушерском физиологическом отделении ГБУЗ МО «МОНИИАГ» с 2013 по 2015 г.

Материал и методы. Выполнено неврологическое обследование 47 беременных в возрасте от 19 до 42 лет с черепно-мозговой травмой в анамнезе с проведением нейропсихологического тестирования по краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE). По данной шкале 28–30 баллов расценивались как отсутствие когнитивных нарушений, 24–27 – как умеренные когнитив-

ные нарушения, ниже 23 баллов – как деменция. Все беременные были разделены на 2 группы в зависимости от вида ранее полученной черепно-мозговой травмы: 1-я группа – с последствиями сотрясения головного мозга (n=21; 44,7%); 2-я группа – с последствиями ушиба головного мозга (n=26; 55,4%). В 2 (4,3%) случаях черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга) получена на ранних сроках данной беременности, у всех остальных (n=45; 95,9%) – до нее.

Результаты. В 1-й группе жалобы когнитивного характера предъявляли 6 (28,7%) пациенток. Средние показатели по шкале MMSE составили $28,57 \pm 1,22$. На основании жалоб и данных шкалы MMSE умеренные когнитивные нарушения выявлены у 2 (9,5%) беременных (средний балл MMSE – $25,5 \pm 0,5$). Во 2-й группе жалобы когнитивного спектра предъявляли 11 (42,4%) беременных. Средние показатели по шкале MMSE составили $28,15 \pm 1,68$. Умеренные когнитивные нарушения верифицированы у 6 (23,1%) беременных (средний балл по шкале MMSE – $25,67 \pm 0,47$).

Вывод. Таким образом, в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у беременных когнитивный дефицит выявляется в подавляющем числе случаев после ушиба головного мозга (n=6; 23,1%), достигая уровня умеренных когнитивных нарушений.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», г. Москва

Эффективность ингибитора тирозинкиназ 2-й линии нилотиниба в терапии рецидивного/резистентного хронического миелолейкоза

Высоцкая Л.Л., Голенков А.К., Трифонова Е.В., Черных Ю.Б., Митина Т.А., Катаева Е.В.

Актуальность. Смена ингибитора тирозинкиназ 1-й линии (иматиниб) на ингибитор 2-й линии (нилотиниб) является эффективным методом терапии у пациентов с рецидивным/резистентным хроническим миелолейкозом.

Цель – оценка эффективности лечения ингибитором тирозинкиназ 2-й линии нилотинибом пациентов с рецидивным/резистентным хроническим миелолейкозом по непосредственным и отдаленным результатам.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Материал и методы. В проспективное исследование включены 44 больных хроническим миелолейкозом, получающих нилотиниб 800 мг/сут, из них в хронической фазе – 33 (75%) пациента, в фазе акселерации – 11 (25%), из них 17 мужчин и 27 женщин. Возраст пациентов колебался от 26 до 73 лет (медиана – 50 лет). Медиана длительности заболевания до начала лечения ингибитором тирозинкиназ 1-й линии иматинибом составила 13,8 месяца (от 1,5 до 61 месяца), медиана предшествующего лечения иматинибом – 44,3 месяца (от 6 до 103 месяцев). У основной части пациентов были отмечены гематологический рецидив (69,2%) и цитогенетическая резистентность к иматинибу (58,3%). С цитогенетическим рецидивом на фоне лечения иматинибом было 30,8%, с отсутствием молекулярного ответа при полном цитогенетическом ответе в течение 84 месяцев лечения иматинибом – 3,8%, с отсутствием полного гематологического ответа в течение первых 3 месяцев лечения иматинибом – 11,5% пациентов. Медиана длительности лечения нилотинибом составила 40,4 месяца (от 3 до 90,6 месяца). Нами проанализированы непосредственные и отдаленные результаты лечения нилотинибом – полный гематологический ответ, полный цитогенетический ответ, частичный цитогенетический ответ, молекулярный ответ и общая выживаемость.

Результаты. Через 3 месяца от начала лечения нилотинибом 800 мг/сут полный гемато-

логический ответ достигнут у 83% пациентов с рецидивным/резистентным хроническим миелолейкозом. К 6-му месяцу лечения у 31 (70,5%) больного достигнут большой цитогенетический ответ: полный цитогенетический ответ – у 9 (20,5%), частичный цитогенетический ответ – у 22 (50%). К 12-му месяцу полный цитогенетический ответ достигнут у 28 (64%) пациентов, к 18-му месяцу – у 39 (90%), к 24-му месяцу – у 43 (97%). Большой молекулярный ответ к 12-му месяцу терапии достигнут у 3 (6,8%) больных, к 18-му месяцу – у 33 (75%), к 24-му месяцу – у 43 (97%). Полный молекулярный ответ получен к 24-му месяцу у 11 (25%) больных. На фоне лечения нилотинибом прогрессии заболевания до фазы акселерации, бластного криза не было. Все пациенты живы, общая выживаемость составила 100%. Лечение нилотинибом отменено у 2 пациенток: у одной в хронической фазе отмечалась первичная цитогенетическая и молекулярная резистентность к этому веществу, у второй – негематологическая токсичность III степени в виде развития диффузного узлового зоба.

Выводы. Наше исследование показало высокую эффективность ингибитора тирозинкиназ 2-й линии нилотиниба в терапии рецидивного/резистентного хронического миелолейкоза. После 18 месяцев лечения уровень полного цитогенетического ответа варьирует от 90 до 97%, большого молекулярного ответа – от 75 до 97%. Общая выживаемость составила 100%.

Новые технологии в лечении аденом гипофиза

Григорьев А.Ю.

ФГБУ
«Эндокринологический
научный центр»
Минздрава России,
г. Москва

В ФГБУ ЭНЦ за период с 2004 по 2016 г. было оперировано около 1500 пациентов с аденомами гипофиза. Из них кортикотропиномы составили 650 наблюдений, соматотропиномы – порядка 630, остальные опухоли распределились по следующим нозологиям: пролактиномы, тиреотропиномы, гормонально неактивные, краниофарингиомы, менингиомы бугорка турецкого седла, дермоидные и эпидермоидные кисты.

Часть пациентов с акромегалией проходили предварительное консервативное и/или лучевое лечение, однако большинство были оперированы первично, в том числе практически все больные

с кортикотропиномами. Подавляющее большинство пролактином были оперированы после проведения длительного курса консервативной терапии с развитием или наличием резистентности опухоли к агонистам дофамина. Все пациенты были оперированы трансфеноидальным эндоскопическим доступом.

Эффективность хирургического лечения микрокортотропином – 86%, макроаденом – 87%, кортикотропином без визуализации при помощи магнитно-резонансной томографии – 76%, микросоматотропином – 78%, макросоматотропином – 59%.



Дифференциальная диагностика и иммунофенотипические критерии прогноза нейроэндокринных опухолей легкого

Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А., Казанцева И.А., Титов А.Г., Мазурин В.С., Шабаров В.Л.

Актуальность. Среди всех новообразований легких нейроэндокринные опухоли составляют до 20–25%. Несмотря на распространенность нейроэндокринных опухолей легкого, существует большое количество морфологических аспектов, позволяющих на операционном материале и диагностических биопсиях дифференцировать разные варианты этих опухолей легкого от опухолей других типов и метастазы в легкие опухолей других органов, а также прогнозировать клиническое течение.

Материал и методы. Материалом исследования послужили образцы тканей опухолей легкого (биопсийный и операционный материал) от 159 пациентов: 69 женщин и 90 мужчин в возрасте от 14 до 80 лет. Проводилось гистологическое и иммуногистохимическое исследование тканей опухоли.

Результаты. Иммуногистохимический метод с использованием спектра молекулярно-биологических маркеров – TTF-1, напсина А, р63, Ki-67, а также спектра цитокератинов – широкого спектра и высоких молекулярных весов, № 5/6, 7 и 19 позволил поставить диагноз нейроэндокринных опухолей легкого в 159 случаях. В 49 (30,8%) случаях были выявлены типичные карциноиды, в 32 (20,1%) – атипичные карциноиды, в 64 (40,2%) – мелкоклеточные нейроэндокринные карциномы, в 14 (8,8%) – крупноклеточные нейроэндокринные карциномы. Было показано, что все эти типы нейроэндокринных опухолей легкого существенно различались по иммунофенотипу опухолевых клеток. TTF-1 экспрессировали 6,9% типичных карциноидов, 61,5% атипичных карциноидов, 82,7% мелкоклеточных нейроэндокринных карцином и 77,8% крупноклеточных нейроэндокринных

карцином; цитокератин 7 – 6,1% типичных карциноидов, 50% атипичных карциноидов, 41,7% мелкоклеточных нейроэндокринных карцином и 72,7% крупноклеточных нейроэндокринных карцином; цитокератин 19 – 16,3% типичных карциноидов, 53,3% атипичных карциноидов, 64,6% мелкоклеточных нейроэндокринных карцином и 90,9% крупноклеточных нейроэндокринных карцином. Средний индекс Ki-67 в типичных карциноидах составлял 2,1%, в атипичных карциноидах – 11,2%, в мелкоклеточных нейроэндокринных карциномах – 58,1%, в крупноклеточных нейроэндокринных карциномах – 40,2%. В 73 случаях для определения чувствительности к использованию аналогов к соматостатину при лечении пациентов с нейроэндокринными опухолями легкого определяли экспрессию рецепторов к соматостатину типов 2А и 5. Рецепторы типа 2А экспрессировали 54,5% типичных карциноидов, 55% атипичных карциноидов, 20% мелкоклеточных нейроэндокринных карцином, 0 крупноклеточных нейроэндокринных карцином; рецепторы типа 5 – 23,3% типичных карциноидов, 13,3% атипичных карциноидов, 0 мелкоклеточных нейроэндокринных карцином, 20% крупноклеточных нейроэндокринных карцином.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что экспрессия таких маркеров, как TTF-1, цитокератины 7 и 19, является фактором менее благоприятного прогноза нейроэндокринных опухолей легкого и очень редко характерна для типичных карциноидов. Экспрессия этих маркеров в типичных и атипичных карциноидах позволяет выделить их в группу риска возникновения рецидивов и/или появления метастазов.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Применение антиоксидантного препарата Визомитин в профилактике эрозии роговицы при выполнении оперативных вмешательств в условиях общей анестезии

Гусев А.Е.¹, Чемоданов Д.В.¹, Лихванцев В.В.²

¹ Военно-медицинская организация, г. Голицыно

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Одним из осложнений общей анестезии является синдром сухого глаза, характеризующийся изменениями как качественными, так и количественными показателями слезной пленки, приводящими к повреждению эпителия конъюнктивы и роговицы.

Целью исследования было улучшение результатов лечения при хирургических вмешательствах путем снижения частоты развития эрозии роговицы у больных в послеоперационном периоде за счет профилактического применения митохондрий-адресованного антиоксиданта – препарата Визомитин (глазные капли).

Сто восемнадцать пациентов, которым предполагалось выполнение операций средней продолжительности в условиях общей анестезии,

были рандомизированы на 3 группы в зависимости от метода профилактики эрозий роговицы: 1-я – с применением препарата Слеза натуральная, 2-я – с применением препарата Визомитин, 3-я – контрольная (профилактика не проводилась).

При оперативных вмешательствах в условиях общей анестезии глазные капли Визомитин эффективно предупреждают развитие эрозии роговицы на 3-и сутки послеоперационного периода. Количество больных с данным осложнением снизилось до 0 против 9 пациентов в контрольной группе ($p=0,0007$).

Вывод. При оперативных вмешательствах в условиях общей анестезии глазные капли Визомитин эффективно предупреждают развитие эрозии роговицы.

Применение липофилинга при лечении пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области

Дзампаева И.Р., Дробышев А.Ю., Глушко А.В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Актуальность. По мнению многих авторов, жировая ткань обладает большинством свойств идеального наполнителя. Помимо эффекта длительного восстановления объема отмечены ее регенеративные свойства. Трансплантированный жир улучшает трофику и качество окружающих тканей. На сегодняшний день жировая ткань является наиболее часто используемым аутогенным материалом.

Цель – анализ эффективности применения липофилинга при лечении пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Проведено комплексное лечение 30 пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области различного генеза, включавшее в себя реконструктивные операции на костных и мягкотканых структурах, а также ли-



пофиллинг мягких тканей. Результаты оценивались на сроках 3, 6 и 9 месяцев по данным клинического обследования и анализа фотографий, ультразвукового исследования и компьютерной томографии.

Результаты. В результате проведенного лечения у всех пациентов отмечено восстановление формы, объемов и контуров мягких тканей челюстно-лицевой области. По данным ультразвуково-

вого исследования и компьютерной томографии, жировые аутотрансплантаты сохранены в достаточных объемах.

Заключение. Липофиллинг повышает эффективность и улучшает эстетические результаты хирургического лечения пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Применение метода неинвазивной спектрофотометрии с дыхательной пробой при пылевых заболеваниях легких

Дмитрук Л.И., Рогаткин Д.А.

Состояние микрогемодинамики при диффузных профессиональных заболеваниях легких изучено недостаточно. Разрастание фиброзной ткани и эмфизема, возникающие от воздействия промышленных аэрозолей, приводят к изменению показателей объемного кровенаполнения и сатурации крови.

Цель – оценить диагностическое значение неинвазивной спектрофотометрии с дыхательной пробой при пылевой патологии легких.

Материал и методы. Обследованы 20 больных с силикозом и пылевым бронхитом, контрольную группу составили 15 сопоставимых по возрасту практически здоровых лиц. Средний возраст был равен $57,9 \pm 8,1$ года. В работе использован прибор «Спектротест», позволяющий количественно оценить кровоток в ткани ($V_{кр}$, объем крови в единице ткани) и насыщение крови кислородом (SO_2 , сатурацию).

Результаты. У пациентов с пылевой патологией легких исходная средняя SO_2 соста-

вила $0,87 \pm 0,07$ отн. ед.; в контрольной группе – $0,89 \pm 0,08$ отн. ед. Исходный средний $V_{кр}$ в основной группе был равен $0,12 \pm 0,06$ отн. ед.; в контрольной – $0,16 \pm 0,03$ отн. ед. После дыхательной пробы в основной группе глубина изменений SO_2 была $-1,46 \pm 1,35\%$; в контрольной – $-5,2 \pm 3,5\%$. Глубина изменений $V_{кр}$ в основной группе – $-11,5 \pm 8,6\%$; в контрольной группе – $-26,3 \pm 8,6\%$.

Заключение. При выполнении дыхательного теста (глубокий вдох с задержкой дыхания на 15 секунд на высоте вдоха без напряжения) у больных с пылевой патологией легких происходит снижение оттока крови с периферии и менее выраженное снижение сатурации, чем в контрольной группе. После выполнения дыхательной пробы у больных отмечалось замедленное восстановление микроциркуляции и сатурации (уменьшение глубины венозного оттока крови в фазе вдоха). Эти изменения могут явиться первыми симптомами формирования легочной гипертензии.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Альтернативы переливания донорской крови в плановой травматологии и ортопедии

Дорожко И.Г., Волошин В.П., Литвинов В.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Риск возникновения инфекций, значительное число осложнений иммунного генеза заставили хирургов смотреть на трансфузию донорской крови как на дорогой и небезопасный метод лечения.

Целью исследования являются разработка и внедрение в клиническую практику оптимальной стратегии восполнения операционной кровопотери собственной кровью пациента при плановых хирургических вмешательствах. В основу работы положен анализ клинических наблюдений, лабораторных исследований и результатов функционального контроля у 1140 аутодоноров и 350 пациентов, которые не дали перед операцией согласия стать аутодонорами. Всего обследованы 1490 человек.

Проведен сравнительный анализ гемодинамики, водно-солевого баланса, системы гемостаза и клеточного состава крови у аутодоноров эритроцитной массы при нормо- и гиперволемической гемодилюции, при эксфузии крови, во время операции и в послеоперационном периоде. Изучено влияние предоперационной эксфузии крови на течение хирургического вмешательства и послеоперационного периода. Выявлены факторы риска, возникающие при управляемой гемодилюции, при интраоперационном сборе крови с последующей ее реинфузией. Обоснована эффективность

использования дренажной крови в первые 6 часов после оперативного вмешательства с применением системы HandyVac ATS.

Проанализирована операционная кровопотеря у аутодоноров крови и эритроцитной массы, у пациентов, оперированных при нормо- и гиперволемической гемодилюции, и у больных, которым переливали только гомологичную кровь. Определены перспективы сокращения объемов и частоты переливания компонентов донорской крови в плановой хирургии. Результаты исследований показывают, что пациенты, у которых нет противопоказаний к проведению плановой ортопедической операции, не имеют противопоказаний и к аутодонорству.

Таким образом, разработана и научно обоснована оптимальная стратегия аутодонорства для возмещения кровопотери при плановых реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательствах в ортопедии и травматологии, позволяющая на 90% сократить обычную потребность в донорской крови. Выявленные и реализованные в клинике оптимальные технологии применения аутогемотрансфузии при выполнении плановых операций обеспечили максимальную эффективность оказания специализированной помощи больным с повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Новые технологии в лечении и контроле сахарного диабета

Древаль А.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

В настоящее время отмечаются две отчетливые тенденции в развитии новых методов лечения и контроля сахарного диабета, которые в определенной степени являются антагонистическими, так как полный успех одной из них неминуемо ведет к гибели другой: создание искусственной

поджелудочной железы и восстановление разрушенных бета-клеток поджелудочной железы.

Прогресс в создании искусственной железы заключается в том, что уже внедрены в клиническую практику достаточно совершенные инсулиновые помпы, режим работы которых гибко



программируется. Разработаны также устройства непрерывного мониторинга гликемии. Более того, разработан специализированный компьютер, который может управлять режимом работы помпы в зависимости от показателей непрерывного «замера» гликемии. Осталось объединить эти три технических средства (помпа, аппарат непрерывного исследования гликемии и управляющий помпой компьютер) в единое достаточно миниатюрное и очень надежное устройство, над чем интенсивно работают биоинженеры.

Восстановление функции бета-клеток реализуется разными способами – от пересадки поджелудочной железы до генетической трансформации пула печеночных клеток больного диабетом в продуцирующие инсулин «гепатоциты», которые подсаживаются в печень больного («автодонора»). При последнем подходе решается проблема не только инсулиновой недостаточности, но и иммунологической несовместимости. Очевидно, больному с пересаженными бета-клетками искусственная железа не нужна, и наоборот.

Первый опыт регистра опухолей гипофиза в Московской области

Древалъ А.В., Иловайская И.А., Кривошеева Ю.Г., Комердус И.В., Покрамович Ю.Г., Чеканова А.В., Сташук Г.А.

Цель – анализ оценки распространенности (по обращаемости) опухолей гипофиза различной гормональной активности в Московской области.

Материал и методы. На январь 2016 г. имеются данные о 573 пациентах с опухолями гипофиза: гормонально-неактивными опухолями ($n=218$), пролактиномами ($n=119$), соматотропиномами ($n=192$), кортикотропиномами ($n=44$). Проанализированы соотношения микро- и макроаденом в каждой группе, возрастные и гендерные особенности больных с использованием методов вариационной статистики для непараметрических данных, результаты выражены в виде медианы [25%, 75%].

Результаты. Среди гормонально-неактивных опухолей соотношение микро- и макроаденом гипофиза было 74/144 (1/2; 33,9 и 66,1% соответственно). Медиана возраста в целом по группе гормонально-неактивных опухолей составила 49 [31,8; 60] лет, у пациентов с микро- и макроаденомами – 34 [24; 45] и 53,5 [43; 63,5] года соответственно ($p<0,001$). Соотношение мужчин и женщин было 58:160 (1:2,8). Среди пролактином соотношение микро- и макроаденом составило 52/67 (1/1,3; 43,7 и 56,3%). Медиана возраста пациентов в целом по группе с пролактиномами составила 34 [25; 44] года, из них у пациентов с микро- и макроаденомами – 27,5 [23,3; 35] и 47 [34; 47] лет соответственно ($p<0,001$). Соотношение мужчин и женщин в данном случае было 26:93 (1:3,6).

Среди соматотропином соотношение микро- и макроаденом было 50/142 (1/2,8; 26 и 74%). Медиана возраста пациентов с соматотропиномами – 57 [48; 66] лет, из них у пациентов с микро- и макроаденомами – 57 [50,8; 64,5] и 55 [43; 64] лет соответственно ($p>0,05$); соотношение мужчин и женщин – 39:153 (1:3,9). Среди кортикотропином соотношение микро- и макроаденом составило 35/9 (3,9:1; 79,5 и 20,5%). Медиана возраста пациентов в этой группе была 39,5 [31,8; 45,8] года, из них у больных с микро- и макроаденомами – 39 [30; 42] и 36,4 [31; 39] года соответственно ($p>0,05$); соотношение мужчин и женщин – 4:40 (1:10).

Заключение. Соотношение микро- и макроаденом в группах гормонально-неактивных опухолей и пролактином отличается от данных других эпидемиологических исследований, что, видимо, связано с ограничениями данной работы, регистрируемой по обращаемости. Пролактиномы и кортикотропиномы чаще встречались у больных молодого возраста (до 45 лет), в то время как гормонально-неактивные опухоли и соматотропиномы чаще фиксировались у лиц средней возрастной группы (45–60 лет). При этом в группах гормонально-неактивных опухолей и пролактином пациенты с макроаденомами гипофиза были моложе лиц с макроаденомами, в группах соматотропином и кортикотропином различий отмечено не было. Среди всех групп пациентов преимущественно встречались лица женского пола.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Создание правильной проекции концевого отдела носа с использованием хрящевого трансплантата

Дробышев А.Ю., Глушко А.В., Гордина Г.С., Дзампаева И.Р.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Для создания правильной методики, которая включает в себя проекции концевого отдела носа, используются различные шовные техники, хрящевые трансплантаты, а также укрепление колумеллы.

Цель – оценить возможность использования хрящевого ауто трансплантата для создания адекватной проекции концевого отдела носа при проведении ринопластики закрытой методикой, оценить долгосрочный результат проведенного лечения.

Материал и методы. За 2015 г. было проведено лечение 20 пациентов с врожденной деформацией носа по типу «горбатого». Всем пациентам была выполнена первичная ринопластика закрытой техникой с использованием аутохрящевого материала из перегородки носа для создания проекции концевого отдела носа.

Результаты. По результатам исследования было выявлено, что у 17 пациентов спустя 1, 3 и 6 месяцев после операции проекция концевого отдела носа была достаточной. У 2 пациентов было отмечено опущение проекции концевого отдела носа на сроках 1 и 2,5 месяца после операции до уровня спинки носа. У 1 пациента было зафиксировано постепенное опущение концевого отдела носа ниже желаемого уровня спустя 37 дней после операции, что может свидетельствовать о недостаточном уровне поднятия проекции концевого отдела носа во время операции.

Заключение. Ауто трансплантация хрящевого материала в концевой отдел носа для создания необходимой проекции является прекрасной техникой, позволяющей достичь долгосрочного и стабильного результата.

Общие принципы и подходы к лечению пациентов с венозными мальформациями лица, шеи и органов полости рта с использованием 3% раствора лауромакрогола в виде микропены

Дробышев А.Ю., Гришин А.А., Дурдыев О.С.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Актуальность. Сосудистые мальформации могут встречаться в любой анатомической части человеческого организма. Частота встречаемости сосудистых мальформаций в области головы и шеи составляет от 5 до 14% от общего количества. Следствием недостаточной изученности венозных мальформаций является необоснованный подход к выбору метода лечения больного в зависимости от их размера, объема и локализации. Основные задачи лечения венозных мальформаций – уменьшение размера, остановка их роста с последующим восстановле-

нием эстетики и функции окружающих органов и тканей.

Цель – определить общие принципы и подходы к выполнению склерозирования 3% раствором лауромакрогола в виде микропены у пациентов с венозными мальформациями в области лица, шеи и органов полости рта в зависимости от размера, объема и локализации венозной мальформации.

Материал и методы. В клинике кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова под нашим на-



блюдением находились 30 пациентов в возрасте от 18 до 74 лет с венозными мальформациями лица, шеи и органов полости рта. Лечение проводилось с применением 3% раствора лауромакрогола (Этоксисклерола) в виде микропены.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют, что во всех случаях достигнуто значительное уменьшение размера и объема венозной мальформации. Данные подтверждены

результатами клинического осмотра и ультразвукового исследования, проведенного на 3-, 5-, 14- и 21-е сутки после склерозирования.

Заключение. На основании полученных данных, подтвержденных ультразвуковым исследованием и клиническими наблюдениями, применение методики склерозирования в виде микропены эффективно в лечении венозных мальформаций лица, шеи и органов полости рта.

Особенности клиники, диагностики и комбинированного лечения пациентов с аномалиями челюстей и заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава

Дробышев А.Ю., Свиридов Е.Г., Заборовский В.В., Сорвин В.А.

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и зубочелюстные аномалии широко распространены. Они создают эстетические нарушения, вызывают функциональные расстройства, нарушения височно-нижнечелюстного сустава, прикуса, функции дыхания, речи и синдром обструктивного апноэ сна. Недоразвитие нижней челюсти, II скелетный класс являются предрасполагающими факторами возникновения этих заболеваний. По данным литературы, около 34% пациентов со II скелетным классом предъявляют жалобы на функциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава, при этом у 3,8% аномалии обусловлены идиопатической резорбцией головки мышечно-отростка височно-нижнечелюстного сустава. Данные исследований различных авторов доказывают, что при II скелетном классе синдром обструктивного апноэ сна встречается гораздо чаще, чем у пациентов с I и III классами. По частоте встречаемости дыхательных расстройств синдром обструктивного апноэ сна занимает второе место, уступая лишь астме.

Цель – определить частоту встречаемости заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с зубочелюстными аномалиями; определить распространенность синдрома обструктивного апноэ сна у больных со II скелетным классом развития челюстей; разработать, обосновать

и внедрить в клиническую практику алгоритм диагностики и лечения пациентов с данным заболеванием.

Материал и методы. В исследуемую группу вошли 35 пациентов, которым проведено комплексное обследование и комбинированное лечение зубочелюстных аномалий, сопровождающихся внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава (28 – со II скелетным классом, 7 – с III классом). Лечение проводилось с целью устранения функциональных и эстетических нарушений (нормализации функции дыхания, устранения функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава, устранения деформации лица и коррекции окклюзии).

Результаты. У пациентов со II скелетным классом аномалии развития челюстей часто сопровождаются функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава и синдромом обструктивного апноэ сна. Применение современных методов диагностики позволяет с высокой точностью диагностировать данную патологию, разработать план лечения с минимальным риском развития осложнений и рецидива патологии, получить стабильный результат.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о положительном результате предложенного алгоритма лечения.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Опыт пластического закрытия перфорации перегородки носа

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Гирилов В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Нами разработана оригинальная методика хирургического лечения перфорации перегородки носа, которую применили у 11 больных.

Методика операции. Под наркозом с инфильтрацией слизистой оболочки перегородки носа и нижней носовой раковины раствором артикаина с адреналином (Ультракаин Д-С форте) производили разрез в области прикрепления переднего конца нижней носовой раковины слева и далее на всем протяжении до задних отделов. Тупым и острым путем поднадкостнично производили препаровку слизистой оболочки нижней носовой раковины по направлению к хоану, подготавливая таким образом мукопериостальный лоскут с основанием у переднего конца нижней носовой раковины. При этом передний конец нижней носовой раковины не отсекали. Размеры мукопериостального лоскута зависели от размеров перфорации перегородки носа. После окаймляющего разреза по краям перфорации перегородки носа на максимальном протяжении отсепаарывали с обеих сторон мукопериостальной и мукопериост от сохраненных отделов остова перегородки носа, освежая при этом края перфорации. Остатки хрящевого остова и искривленные костные отделы резецировали с помощью ножниц и щипцов Блексли. Сформированный мукопериостальный лоскут с нижней носовой раковины перемещали и ротировали к перфорации. Перемещение лоскута дополняли реимплантацией в область дефекта выпрямленных остатков четы-

рехугольного хряща. При недостатке пластического материала в самой перегородке носа использовали хрящ ушной раковины. С противоположной стороны тупым и острым путем поднадкостнично формировали свободный лоскут со слизистой оболочки нижней носовой раковины, размеры лоскута также зависели от размеров перфорации перегородки носа. Данный лоскут укладывался на перфорацию с противоположной стороны. Затем лоскуты укладывали на дефект перегородки носа и подшивали к слизистой оболочке краев перфорации, восполняя таким образом сохраняющийся дефект и стараясь при этом не увеличивать натяжение лоскутов. В результате перфорация закрывалась полностью без натяжения краев с обеих сторон. На края перфорации накладывали швы (Викрил 4.0), на перегородку носа устанавливали силиконовые сплинты и фиксировали их транс-септальными швами (Викрил 2.0). В полость носа устанавливали эластичные тампоны, которые удаляли через сутки.

При контрольных осмотрах через 1, 3, 6 месяцев и 1 год мы проводили повторное эндоскопическое исследование полости носа с фото- и/или видеодокументацией. Удовлетворительным результатом мы считали полное закрытие перфораций перегородки носа. Во всех случаях хирургического лечения перфораций перегородки носа с применением нашей методики отмечалось полное их закрытие.



Исследование эффективности местной противорецидивной терапии интерфероном альфа-2b в комбинированном лечении папилломатоза гортани

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О.

В настоящее время наряду с хирургическими методами лечения папилломатоза гортани целесообразно проводить противовирусное лечение с иммунокоррекцией расстройств, на фоне которых развивается поражение гортани.

Целью данной работы является изучение терапевтической эффективности интерферона альфа-2b при местном применении.

В исследование планируется включить 75 больных (мужчин и женщин) в возрасте от 18 до 65 лет с папилломатозом гортани. Первую группу составят 25 пациентов, которым интраоперационно после удаления папиллом с помощью аппарата Coblator II в пораженную зону будет выполнено подслизистое введение интерферона альфа-2b в дозе 3 млн МЕ. После этого 7 дней ежедневно проводятся ингаляции интерфероном альфа-2b, растворенным в 5 мл физиологического раствора с помощью небулайзера. Во 2-ю группу также планируется включить

25 больных со следующим планом терапии: хирургическое лечение – эндоларингеальная микрохирургия с применением холодной плазмы, противовирусная терапия – препарат Аллокин-альфа, 3 инъекции до операции и 3 инъекции в послеоперационном периоде через 2 суток подкожно в дозе 1 мг. В 3-й (контрольной) группе (25 человек) планируется только хирургическое лечение с помощью аппарата Coblator II. Период наблюдения за больными: примерно 1 неделя пребывания больных в стационаре и амбулаторное наблюдение в течение 2 лет.

Результаты лечения оцениваются по изменению количества и тяжести рецидивов, длительности ремиссий. По предварительным результатам можно сделать следующие выводы: местное применение рекомбинантного интерферона альфа-2b приводит к статистически значимому снижению продолжительности и тяжести рецидивов папилломатоза гортани.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Эпидемиологические аспекты папилломатоза гортани в Московской области

Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Марченко А.С.

Эпидемиологические данные о распространенности папилломатоза гортани в Российской Федерации отсутствуют. В то же время данная информация представляет научный интерес и имеет практическое значение в связи с наблюдающимся в последнее время ростом заболеваемости папилломатозом гортани как у детей, так и у взрослых.

Цель – оценить распространенность папилломатоза гортани у взрослых и детей, проанализировать структуру заболеваемости и обобщить динамику течения заболевания в Московской области.

С 2005 по 2014 г. в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было пролечено 199 пациентов с диагнозом «папилломатоз гортани». Из них было 68 (34,17%) взрослых (от 18 до 71 года, средний возраст – 37,4 года) и 131 (65,82%) ребенок (от 1 года до 18 лет). Ретроспективный анализ заболевания проведен с 2005 по 2014 г. по всем округам Московской области. Распространенность папилломатоза гортани в области составила 1,95 на 100 тыс. взрослого населения и 2,3 на 100 тыс. детей.

Наш анализ заболевания в Московской области показал всю сложность, неоднозначность

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



проблемы папилломатоза гортани. Проблема имеет комплексный характер, что требует дальнейшего накопления и осмысления данных по этиологии и патогенезу заболевания, разработки

новых и совершенствования имеющихся подходов к лечению, основанных в первую очередь на современных достижениях иммунологии, химиотерапии, генной инженерии.

Профилактика развития остеонекроза челюстей после удаления зубов у больных, получающих антирезорбтивную терапию

Жукова Н.А., Дробышев А.Ю., Якименко И.И., Трофимов С.А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

Остеонекроз челюстей – осложнение, которое развивается у больных, получающих антирезорбтивную терапию по поводу злокачественных новообразований с наличием метастатических очагов в костях скелета. Одним из ведущих факторов в развитии остеонекроза является хирургическая травма.

На базе нашей кафедры проведено лечение 30 пациентов: 20 больных, имеющих в анамнезе терапию бисфосфонатами (Зомета, Золерикс) и 10 пациентов, получавших деносуидаб (препарат Эксджива) в связи с наличием костных метастазов злокачественных новообразований (50% – рак молочной железы, 27% – рак предстательной железы, 17% – рак почки, 6% – множественная миелома). Проведено удаление 45 зубов. Удаления проводили под местной анестезией, максимально атравматично, в лунку зуба вводили плазму

крови пациента, обогащенную факторами роста (PRGF), полученную в результате центрифугирования крови пациента по технологии ВТИ. На устья лунок накладывали направляющие швы.

Назначали курс антибактериальной терапии на 7 дней. С первых суток после удаления проводили курс местной озонотерапии (10 ежедневных процедур). Применяли озоногенератор производительностью 2 л/мин озono-воздушной смеси с концентрацией озона 0,261 мг/м³. Швы снимали на 14-е сутки. Контрольное рентгенологическое обследование проводили через 6 месяцев после удаления.

Выводы. Ни в одном из случаев не было выявлено признаков развития остеонекроза. Показана эффективность предложенного протокола проведения удаления зубов у пациентов, получающих антирезорбтивную терапию.

Новый подход к терапии реперфузионных повреждений мозга (экспериментальное исследование)

Забелина Т.С.¹, Скулачев М.В.², Силачев Д.Н.², Зоров Д.Б.², Лихванцев В.В.¹

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

В эксперименте изучалась возможность фармакологической коррекции нарушений, вызванных ишемией головного мозга, с помощью раствора антиоксиданта SkQR1, вводимого внутривенно в дозе 1 мкмоль/кг сразу после начала реперфузии. Ишемию головного мозга крысы вызвали введением покрытой си-

ликоном нейлоновой нити в правую среднюю мозговую артерию. Объем инфаркта головного мозга определяли на 7-е сутки после моделирования инсульта морфометрическим анализом цифровых изображений, полученных методом магнитно-резонансной томографии, или сканированием срезов мозга, окрашенных



2,3,5-трифенилтетразолия хлоридом (ТТС-метод).

Морфометрический анализ ТТС-изображений показал, что размер ишемического очага у животных, которым инъецировали физиологический раствор, на 1-е сутки после операции был равен $286 \pm 29,5 \text{ мм}^3$ ($n=5$). При лечении митохондриально-адресованным антиоксидантом SkQR1 наблюдалось достоверное уменьшение очага повреждения, в этом случае его объем был $183 \pm 18,5 \text{ мм}^3$ ($n=6$). По усредненным данным,

объем очага уменьшался на 36% ($p < 0,01$). У крыс, получавших SkQR1, неврологический дефицит был в 3 раза ниже по сравнению с группой, которой инъецировали только физиологический раствор, и составлял 5 баллов ($p < 0,01$) на 1-е сутки после операции.

Полученные нами данные указывают на возможность коррекции последствий ишемии и реперфузии головного мозга с помощью введения раствора митохондриально-адресованного антиоксиданта SkQR1.

² Научно-исследовательский институт физико-химической биологии имени А.Н. Белозерского МГУ, г. Москва

Инновационные технологии в репродуктивной эндокринологии

Иловайская И.А.

Важным разделом репродуктивной медицины является репродуктивная эндокринология, направленная на решение проблем здоровья, ассоциированных с нарушениями в репродуктивной сфере.

В последние годы проблемы репродукции стали особенно актуальными в связи с угрожающим ростом частоты бесплодного брака. Среди факторов бесплодного брака доля эндокринных нарушений у женщин составляет 20–30%, у мужчин – 15–20%, сочетание этих факторов – до 20–25% у бесплодных супружеских пар.

Достижения современной эндокринологии позволили расшифровать структуру гормонов и механизмы гормональной регуляции гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, что способствовало синтезу и внедрению в широкую клиническую практику гормональных препаратов – от аналогов гипоталамического гонадотропин-рилизинг-гормона и рекомбинантных гонадотропинов до периферических половых стероидов. Внедрение вспомогательных репродуктивных технологий – таких как экстракорпоральное оплодотворение, интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида,

преимплантационная генетическая диагностика – открыло новые перспективы в изучении гормональных механизмов оогенеза, оплодотворения и имплантации и способствовало созданию новых схем лечения с применением различных гормональных препаратов.

Репродуктивная эндокринология не только охватывает проблемы здоровья в течение репродуктивного возраста, но и изучает медицинские аспекты старения, возникающего на фоне угасания активности репродуктивной системы. Важными целями репродуктивной эндокринологии являются поддержание здоровья женщины в постменопаузе и расширение возможностей менопаузальной гормональной терапии. Долгие годы исследования женских половых стероидов в постменопаузе показали, что менопаузальная гормональная терапия, назначенная женщинам в возрасте до 60 лет и не позже, чем через 10 лет после менопаузы, – не только лучший способ лечения вазомоторных и психоэмоциональных нарушений, ассоциированных с постменопаузой, но и эффективное средство профилактики сердечно-сосудистых событий в более позднем возрасте.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Наследственные опухолевые синдромы

Имянитов Е.Н.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Наследственные опухолевые синдромы являются разновидностью медико-генетической патологии. Они вносят заметный вклад в онкологическую заболеваемость, будучи причастными к возникновению около 10% случаев рака молочной железы, 20% карцином яичника, 3% опухолей толстой кишки и т.д. Диагностика генетической предрасположенности к раку сопряжена с необходимостью дорогостоящего и трудоемкого ДНК-анализа, однако в некоторых случаях она может ограничиваться тестированием всего лишь нескольких повторяющихся мутаций.

Проблема наследственных опухолевых синдромов длительное время ассоциировалась исключительно с выявлением повышенного онкологического риска у отдельных индивидуумов и, соответственно, организацией мероприятий по персонализированному мониторингу и профилактике злокачественной патологии. Несколько лет назад стали появляться сведения о том, что семейные формы рака характеризуются особыми

биологическими свойствами и, как следствие, необычным спектром лекарственной чувствительности. В частности, BRCA1/2-ассоциированные карциномы демонстрируют соматическую утрату оставшегося аллеля вовлеченного гена, приводящую к опухоли-специфическим дефектам репарации двуниевых разрывов ДНК. Именно поэтому новообразования, возникающие у носителей наследственных мутаций в генах BRCA1 и BRCA2, характеризуются высокой чувствительностью к цисплатину, митомицину, ингибиторам PARP.

Семейные формы рака, ассоциированные с синдромом Линча, могут эффективно лечиться при помощи модуляторов иммунитета. Опухоли у пациентов с туберозным склерозом зачастую регрессируют в ответ на назначение ингибиторов киназы mTOR. В настоящее время в распоряжении врачей находится около десятка лекарственных препаратов, проявляющих специфическую активность по отношению к отдельным разновидностям наследственных форм рака.

Микробный пейзаж слизистой оболочки дыхательных путей у больных рубцовыми стенозами гортани и трахеи

Инкина А.В., Русанова Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Целью работы было микробиологическое исследование посевов со слизистой оболочки носа, зева и трахеи у 42 пациентов с хроническими рубцовыми стенозами гортани и трахеи различной этиологии. Проведенное исследование обсемененности показало, что рост микроорганизмов наблюдался в 95–99% случаев, был преимущественно в монокультуре и составлял 81% для слизистой носа, 63% для слизистой зева и 70% для слизистой трахеи. Среди ассоциаций, составивших 14, 28 и 25% соответственно, преобладали двухкомпонентные.

На слизистой оболочке носа в 27,5% выявлено присутствие микроорганизмов, определяющих дисбиоз, представленный в 17% случаев *S. aureus*. На долю других микроорганизмов приходится 17,5%, из них 4,5% – синегнойная палочка. Среди

представителей нормофлоры ведущим является гемолитический стафилококк, составляющий 64%. На слизистой оболочке зева частота встречаемости представителей нормофлоры составляла 5,2–8,8%, при этом в 7,3% встречались лактобактерии, отсутствующие на других изучаемых слизистых.

Среди микроорганизмов, определяющих дисбиоз, ведущими являются стрептококки группы D, на долю которых приходится 33,5%, далее следуют энтерококки (14,2%), представленные в 8,8% *E. faecium* и в 5,2% *E. faecalis*. Грибы рода *Candida* были выделены в 7,2%, из которых *C. albicans* составили 5,4%, *C. glabrata* – 1,8%. Анализ обсемененности трахеи показал, что 45% составили стафилококки, 17% стрептококки, 8% энтерококки, 22% грамотрицательные палочки и 8% грибы.



Антимикробная фотодинамическая терапия в лечении хронического верхнечелюстного синусита

Исаев В.М., Егоров В.И., Наседкин А.Н., Мустафаев Д.М., Исаев Э.В.

Разработанный нами способ лечения хронического верхнечелюстного синусита основан на антибактериальном воздействии на гнойный процесс с помощью фотодинамической терапии (ФДТ), широко применяемой для лечения онкологических заболеваний.

Проведено лечение хронического верхнечелюстного синусита у 166 пациентов трудоспособного возраста с длительностью заболевания от 1 года и выше. Для выполнения ФДТ в качестве фотосенсибилизатора применяли отечественный препарат – 0,35% водный раствор Радахлорин. Для активации препарата, введенного в верхнечелюстную пазуху, использовался лазерный диодный модуль «Лахта-Милон» мощностью 2,5 Вт, длина волны излучения 662 ± 3 нм. Перед сеансом ФДТ эвакуировали содержимое из пазухи и определяли чувствительность к антибиотикам. Бактериологический контроль проводили перед сеансом ФДТ, через 5 суток и через месяц после сеанса, который всем больным был выполнен однократно. Лазерное излучение транслировали в пазуху по кварцполимерному моноволокну, пропущенному через пункционную иглу. Для

удобства перманентной эвакуации патологического содержимого из пазухи в нее устанавливали подкюичный катетер (ирригатор), а также назначали сосудосуживающие препараты в нос в течение 2–3 дней.

Анализ результатов лечения гнойного гайморита ФДТ показал, что у 156 из 166 больных наступило полное излечение (отсутствие жалоб, клинических признаков заболевания на фоне отрицательных результатов двукратного бактериологического контроля). Неэффективной ФДТ оказалась у 7 мужчин с одонтогенным верхнечелюстным синуситом и 3 женщин с полипозно-гнойной формой этого заболевания. Они отмечали значительное улучшение состояния после сеанса ФДТ, однако бактериологический контроль обнаруживал у них рост исходно выявленного возбудителя гнойного процесса в пазухе, а позже у одного из этих больных возобновились все клинические проявления заболевания.

Отдаленные результаты наблюдения ФДТ гнойных верхнечелюстных синуситов (от 1 года до 3 лет) подтверждают высокую эффективность (свыше 90%) данного способа.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Эндоскопическая дакриоцисторинотомия с применением радиочастотной хирургии

Исаев Э.В.¹, Свистушкин В.М.², Егоров В.И.¹, Исаев В.М.¹, Мустафаев Д.М.¹

Цель нашего исследования – оптимизация хирургического лечения больных хронической дистальной обструкцией слезоотводящих путей при помощи аппарата для радиочастотной хирургии с частотой волны 4 МГц.

За период с 2011 по 2015 г. были прооперированы 19 пациентов (20 глаз) в возрасте от 25 до 68 лет (2 мужчин и 17 женщин) с дистальной обструкцией носослезных путей. Пациенты были разделены на 2 группы методом случайных чисел в зависимости от способа рассечения стен-

ки слезного мешка. В первой (основной) группе у 10 человек стенку слезного мешка рассекали при помощи радиохрургического аппарата Curis с частотой волны 4 МГц, во второй (контрольной) группе у 9 человек (10 глаз) стенку слезного мешка рассекали инструментально при помощи серповидного ножа и микроножниц. В основной группе 9 пациентам выполнена первичная дакриоцисторинотомия, 1 больному проведена повторная операция с установкой силиконового стента (FCI, Франция). В контрольной группе

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва



всем пациентам выполнена первичная дакриоцисториностомия.

В основной группе у всех больных через год проба с красителем была положительная. В контрольной группе зафиксирован 1 рецидив.

Способ формирования дакриоцистостомы при эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии с применением радиочастотного хирургического аппарата Curis позволяет значительно улучшить результаты лечения.

Особенности современного инфекционного эндокардита

Кабанова Т.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – изучить особенности современного инфекционного эндокардита.

Материал и методы. Обследованы 47 больных инфекционным эндокардитом, находившихся в отделении терапии № 2 ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2013 по 2015 г.

Результаты. Наиболее постоянным симптомом инфекционного эндокардита является лихорадка, которая диагностирована у 90% больных, – достоверно чаще, чем в 2000-х гг. ($p < 0,01$). Отмечено достоверное снижение частоты бледной или бледно-желтушной окраски кожных покровов ($p < 0,0001$), геморрагической и петехиальной сыпи ($p < 0,01$), симптома Лукина ($p < 0,05$), утолщения концевых фаланг в виде «баранных палочек» ($p < 0,0001$), артритов ($p < 0,05$). Одним из постоянных симптомов заболевания остается увеличение селезенки. Отмечено уменьшение частоты почечной патологии ($p < 0,001$), эмболии и инфарктов ($p < 0,001$). Современный инфекционный эндокардит характеризуется преимущественно моноклапанным поражением: возросла частота изолированного поражения аортального (60,2%, $p < 0,05$), митрального (19,8%, $p < 0,05$), трикуспидального (3,1%, $p < 0,05$) клапанов. Отмечено достоверно более частое развитие инфекционного эндокардита на неизменных клапанах сердца –

у 51,1% пациентов ($p < 0,01$). Многолетний опыт нашей клиники свидетельствует о нередком тяжелом поражении миокарда при инфекционном эндокардите. У больных с выраженным поражением миокарда достоверно чаще наблюдались перегрузка предсердий ($p < 0,05$) и желудочков ($p < 0,001$), желудочковая экстрасистолия ($p < 0,05$), предсердная парасистолия ($p < 0,05$), суправентрикулярная тахикардия ($p < 0,01$), атриовентрикулярная блокада I степени ($p < 0,001$), очаговые изменения миокарда ($p < 0,001$). Отмечалось значительное увеличение конечно-систолического объема ($123,4 \pm 10,4$), конечно-диастолического объема ($268,9 \pm 13,3$), конечно-систолического размера ($4,7 \pm 0,2$), конечно-диастолического размера ($7,1 \pm 0,2$), размеров левого предсердия ($4,8 \pm 0,2$).

Выводы. Современный инфекционный эндокардит характеризуется частым формированием на неизменных клапанах, моноклапанным поражением, нередко протекает с высокой лихорадкой, спленомегалией, патологией сердечной мышцы. Клинико-инструментальными критериями поражения миокарда при инфекционном эндокардите являются: изменение структуры и геометрии левого желудочка, очаговые повреждения, тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости.



Биомеханические аспекты реабилитации больных с эпикондилитом

Кель А.А., Секирин А.Б., Кель Н.В.

Цель – анализ причин, затрудняющих реабилитацию больных с эпикондилитом.

Материал и методы. Проведен клинический анализ более 300 пациентов с эпикондилитом, наблюдавшихся в период с 1982 по 2014 г.

Результаты. Анализ сложных силовых сгибательно-разгибательных движений в локтевом суставе с обязательной ротацией при боковой девиации оси конечности показывает необходимость постоянной динамической центрирующей фиксации головки лучевой кости и ее менискоида по отношению к латеральному надмыщелку плечевой кости. Если постуральная фиксация не предваряет начинающееся движение конечности, то происходящее при этом люфтовое смещение головки по отношению к надмыщелку вызывает болевое блокирование этого движения. Расположение зоны рабочего контакта на дистальном конце рычага, который представляет предплечье, даже при небольших усилиях приводит к серьезной амортизации в зоне короткого плеча этого рычага в локтевом суставе, если элементы его дисконгруэнтны. Задача их динамической фиксации в правильном положении лежит на глубоких слоях мышц с превалирующим соотношением постуральных волокон. В норме их напряжение, немного опережая развитие главно-

го движения, подтягивает фасциально-капсулярные структуры и фиксирует головку в правильном положении во все время движения сустава. Если это действие запаздывает, идет постоянная амортизация с формированием очага посттравматического воспаления в области надмыщелка плечевой кости. Причины такого запаздывания различны: профессиональные перегрузки, дефицит метаболизма миоглобина и дыхательных ферментов в постуральной системе, изменение вегетативного управления перераспределением кровотока в мышцах руки, извращение эфферентного управления движениями центрального или проводникового генеза. Принцип лечения сводится к задаче торможения начала рабочего движения посредством фасциотомии или субфасциальной блокады поверхностного слоя мускулатуры. Эффективность этого принципа согласуется с описанной концепцией патогенеза.

Выводы. Трудности лечения эпикондилита связаны с особенностями его патогенеза. На примере эпикондилита эти особенности, присущие большинству нейроортопедических синдромов, проявляются наиболее отчетливо. Принцип лечения состоит в дифференцированном воздействии на разные слои мышц, управляющих функциями сустава.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Трансдермальные терапевтические системы в лечении хронического болевого синдрома

Когония Л.М.

Онкологическая боль – один из актуальных и нерешенных вопросов современной клинической онкологии. В последние 20 лет, несмотря на возросшее внимание к проблеме терапии хронического болевого синдрома, каждый третий онкологический больной не получает адекватного обезболивания даже в экономически развитых странах, и Россия не является исключением. По

данным статистики, в 2015 г. на онкологическом учете в Российской Федерации состояло 3 млн пациентов; с первично выявленным диагнозом зарегистрировано 500 тыс. больных, из которых 38% имели IV стадию заболевания и нуждались в обезболивающей терапии. Традиционно в нашей стране для лечения хронического болевого синдрома применяется анальгезия с использова-

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

нием опиоидов в виде таблетированных и/или инъекционных форм, которая связана с развитием выраженных побочных явлений и все чаще в медицинской литературе определяется как «негуманный» вид терапии. Совершенствование лекарственных форм и методов применения опиоидных анальгетиков позволило разработать новые пути введения (буккальные, назальные, трансдермальные). Несомненным достижением обезболивающей терапии последних 15 лет является активное использование трансдермальных терапевтических систем (ТТС), которые обладают рядом значимых преимуществ перед таблетированными и инъекционными формами опиоидов.

Цель – оценка эффективности и спектра побочных явлений при применении ТТС на основе фентанила и бупренорфина у 185 больных с дис-

семинированными формами солидных опухолей.

Результаты. У 85% пациентов, ранее получавших короткодействующие опиоиды, зарегистрирован выраженный обезболивающий эффект. ТТС-форма использования опиоидов продемонстрировала значительные преимущества (неинвазивный путь введения, снижение риска присоединения вторичной инфекции, эффективность при невозможности осуществлять акт глотания, отсутствие потребности в специальном медицинском инвентаре, снижение нагрузки на медицинский персонал).

Выводы. Оценка эффективности ТТС на собственном материале позволила разработать тактику индивидуальной терапии хронического болевого синдрома у онкологических больных с солидными опухолями.

Лазерная терапия в лечении больных с рубцовыми стенозами гортани и трахеи

Комарова Ж.Е., Наседкин А.Н., Селин В.Н., Тюкин В.Ю.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Доказано, что под действием низкоинтенсивной лазерной терапии улучшается микроциркуляция тканей.

Для проведения низкоинтенсивной лазерной терапии у 44 больных с рубцовыми стенозами гортани и трахеи мы использовали лазерный терапевтический аппарат «Мустанг-2000» (длина волны 0,63–0,65 мкм, импульсно-периодический режим). Больные были разделены на 4 группы. В 1-й группе (n=10) пациенты получали низкоинтенсивную лазерную терапию до операции на кожу в области проекции гортани и трахеи, во 2-й (n=14) до и после хирургического вмешательства, в 3-й (n=10) только после хирургического вмешательства, в 4-й (n=10) терапии не проводили. Курс низкоинтенсивной лазерной терапии состоял из 8–10 сеансов, время экспозиции составило 5 минут, мощность лазерного излучения 15–20 мВт, частота 80 Гц.

Среди пациентов 1-й и 3-й групп рестенозирование в отдаленном послеоперационном периоде отмечено у 3 больных (у 2 из 1-й группы

и 1 из 3-й). У всех пациентов 2-й группы раны зажили первичным натяжением, явлений рестенозирования не наблюдалось. У 4 больных 4-й группы раны зажили вторичным натяжением, рестенозирование наблюдалось у 3 пациентов. На 10-е сутки после хирургического вмешательства проводилась лазерная доплеровская флоуметрия. Использование именно красного импульсного терапевтического лазера у пациентов 2-й группы позволило ускорить процесс заживления послеоперационной раны благодаря усилению микроциркуляции, что подтверждено данными лазерной доплеровской флоуметрии.

Применение низкоинтенсивной лазерной терапии красного диапазона спектра в импульсном режиме у больных после реконструктивно-восстановительных операций на гортани и трахее является важным фактором активации регенеративных процессов, что способствует улучшению качества заживления операционных ран и предотвращению рестенозирования.



Оптимизация методики лекарственной терапии больных гастроинтестинальными стромальными опухолями

Корнилова А.Г., Когония Л.М., Мазурин В.С.

Цель – установить влияние концентрации активных метаболитов иматиниба в плазме крови пациентов с гастроинтестинальными стромальными опухолями на эффективность таргетной терапии в адъювантном и лечебном режимах.

Материал и методы. Таргетная терапия проводилась пациентам с морфологически верифицированными гастроинтестинальными стромальными опухолями, которым назначали иматиниб в дозе 400 мг в сутки перорально ежедневно. Исследование концентрации метаболитов иматиниба проводилось методом жидкостной хроматографии. Пациентам, в крови которых уровень концентрации был ниже терапевтического, выполнялась эскалация суточной дозы иматиниба до 600 или 800 мг с последующей оценкой эффективности оптимизации методики лекарственной терапии.

Результаты. С сентября 2010 по январь 2015 г. исследование было проведено 50 пациентам. Медиана общей выживаемости у больных с локализованными формами заболевания составила 48 месяцев при медиане прослеженности 13 месяцев; в этой группе средняя продолжительность жизни была равна 19,5 месяца. Медиана общей

выживаемости у больных с генерализованными формами заболевания составила 83,3 месяца при медиане прослеженности 30,7 месяца; средняя продолжительность жизни в этой группе – 43,6 месяца. Медиана безрецидивной выживаемости у больных с локализованными формами заболевания составила 42 месяца при медиане прослеженности 13 месяцев; средний безрецидивный период в этой группе – 15,4 месяца. Медиана безрецидивной выживаемости больных с генерализованными формами заболевания составила 79,9 месяца при медиане прослеженности 24 месяца. Такое различие в показателях продолжительности жизни может объясняться тем, что время наблюдения за пациентами с генерализованными формами гастроинтестинальных стромальных опухолей составляет 8 лет, а за пациентами с локализованными формами заболевания – 5 лет.

Вывод. Индивидуализация методики лекарственного лечения на основе мониторинга концентрации активных метаболитов иматиниба позволяет оптимизировать и повысить эффективность терапии гастроинтестинальных стромальных опухолей, тем самым увеличивая продолжительность жизни пациентов.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Патоморфоз «детских» форм идиопатических генерализованных эпилепсий

Котов А.С., Борисова М.Н., Пантелева М.В., Токарева Ю.В., Шаталин А.В., Мухина Е.В.

Цель – изучение патоморфоза идиопатических генерализованных эпилепсий у большой популяции взрослых пациентов с отслеженным многолетним катамнезом.

Материал и методы. Были обследованы 1480 пациентов, обратившихся за специализированной помощью к эпилептологу с 2003 по 2015 г. Обследование включало клинический и неврологический осмотр, рутинную электроэнцефалографию (ЭЭГ) и/или ЭЭГ-видеомониторинг,

магнитно-резонансную томографию головного мозга, лабораторные анализы. Катамнез сроком от 1 года до 12 лет был отслежен у 201 пациента.

Результаты. Был выявлен 281 пациент с идиопатическими генерализованными эпилепсиями (118 мужчин и 163 женщины в возрасте от 18 до 74 лет). У 26 пациентов с детской абсансной эпилепсией возрастные изменения клиники заболевания оказались особенно выраженными. Ни один из 26 больных на момент

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



обследования не имел частых типичных абсансов (пикнолепсия); у 16 из них преобладали редкие генерализованные тонико-клонические приступы в сочетании с редкими абсансами или миоклониями, при этом у 2 больных произошла эволюция из детской абсансной эпилепсии в ювенильную миоклоническую. На ЭЭГ, записанных во взрослом возрасте, разряды эпилептиформной активности выявлялись лишь у 12 пациентов из 26, при этом у 2 – толь-

ко во время ночного ЭЭГ-видеомониторинга. Изменения на ЭЭГ напоминали «ювенильные» формы эпилепсии. На момент завершения исследования свободными от приступов были 13, а не нуждались в терапии антиэпилептическими препаратами лишь 5 из 26 пациентов с детской абсансной эпилепсией. У больных с синдромами Дживонса (n=14) и Тассинари (n=1) течение заболевания в меньшей степени изменялось со временем.

Патоморфоз «ювенильных» форм идиопатических генерализованных эпилепсий

Котов А.С., Борисова М.Н., Пантелеева М.В., Токарева Ю.В., Шаталин А.В., Мухина Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – изучение патоморфоза «ювенильных» форм идиопатических генерализованных эпилепсий у большой популяции взрослых пациентов с отслеженным многолетним катамнезом.

Материал и методы. Были обследованы 1480 пациентов, обратившихся за специализированной помощью к эпилептологу с 2003 по 2015 г. Среди них был выявлен 281 пациент с идиопатическими генерализованными эпилепсиями (118 мужчин и 163 женщины в возрасте от 18 до 74 лет). Обследование включало клинический и неврологический осмотр, рутинную электроэнцефалографию (ЭЭГ) и/или ЭЭГ-видеомониторинг, магнитно-резонансную томографию головного мозга, лабораторные анализы. Катамнез сроком от 1 года до 12 лет был отслежен у 201 пациента.

Результаты. «Ювенильные» формы были диагностированы у 228 больных. Из 105 больных юношеской миоклонической эпилепсией рецидивы приступов в анамнезе отмечались у 19%. Из 76 пациентов с долговременным катамнезом ремиссия была достигнута у 59,2%. Из 35 больных юношеской абсансной эпилепсией рецидивы приступов в анамнезе отмечались у 25,7%. Из 24 пациентов с долговременным катамнезом ремиссия была достигнута у 70,8%. Из 88 больных идиопатическими генерализованными эпилепсиями с генерализованными судорожными приступами рецидивы приступов в анамнезе отмечались у 15%. Из 60 пациентов с долговременным катамнезом ремиссия была достигнута у 86,7%.

Влияние разнообразных факторов на течение ремиссии эпилепсии

Котов А.С., Борисова М.Н., Пантелеева М.В., Шаталин А.В., Токарева Ю.В., Мухина Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – установить особенности течения ремиссии и ее продолжительность у пациентов с эпилепсией, а также возможные причины последующего возврата приступов.

Материал и методы. Были обследованы 1384 пациента с диагнозом «эпилепсия»: 662 мужчины

и 722 женщины в возрасте от 18 до 89 лет. Изучался анамнез, проводились рутинная электроэнцефалография (ЭЭГ) и/или ЭЭГ-видеомониторинг и магнитно-резонансная томография головного мозга. У 974 пациентов отслеживался катамнез продолжительностью от 1 года до 10 лет.



Результаты. Из 1384 пациентов выявлено 249 с одной или несколькими ремиссиями в анамнезе, закончившимися рецидивом. Больные были разделены на 6 групп. Первую группу составили пациенты с рецидивом «после нарушения равновесия»; средняя длительность ремиссии у больных с идиопатической генерализованной эпилепсией (ИГЭ) – 36 месяцев, другие формы в среднем 17 месяцев. Причина рецидива в этой группе – отмена или снижение дозы препарата: у 17 из 26 пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией и 27 из 37 с другими формами эпилепсии. На больных с идиопатической генерализованной эпилепсией воздействовали провоцирующие факторы (7 из 26), на больных с другими формами – замена препарата на дженерик (7 из 37). Во вторую группу вошли пациенты с рецидивом после «медового месяца», ремиссия отмечалась в 5% случаев. Третью группу образовали больные с рецидивом после спонтанной ремиссии. У 20 пациентов с фебрильными приступами средняя длительность ремиссии составила 161 месяц, ремиссия наблюдалась в 29% случаев; без фебрильных приступов – 130 месяцев,

ремиссия была у 40%. В четвертую группу вошли пациенты с неожиданной ремиссией на фоне ранее неэффективной терапии с последующим рецидивом. Ремиссия наблюдалась у 26% больных, средняя длительность – 37 месяцев. Пятую группу составили пациенты со следующими данными анамнеза: «назначение лечения – ремиссия – отмена лечения – продолжение ремиссии – рецидив». Ремиссия отмечалась у 75% больных идиопатической генерализованной эпилепсией и 22% с другими формами эпилепсии, средняя длительность ремиссии – 102 месяца. Шестую группу характеризовало наличие ремиссий и рецидивов в анамнезе.

Выводы. Попытка возвращения к изначальной схеме терапии после замены или отмены препарата не гарантирует повторной ремиссии. Предиктор низкой вероятности ремиссии – один или несколько «медовых месяцев» в анамнезе. Следует учитывать, что симптоматические и криптогенные фокальные эпилепсии могут отличаться длительной ремиссией, не связанной с приемом антиэпилептических препаратов. После рецидива приступов может формироваться резистентная форма эпилепсии.

Воздействие антиэпилептических препаратов на аггравацию приступов эпилепсии

Котов А.С., Борисова М.Н., Пантелеева М.В., Шаталин А.В., Токарева Ю.В., Мухина Е.В.

Цель – установить механизмы влияния антиэпилептических препаратов на усиление приступов эпилепсии.

Материал и методы. Были обследованы 1407 пациентов в возрасте от 18 до 89 лет. У 1305 подтвержден диагноз эпилепсии, у 983 отслежен катамнез от 6 месяцев до 10 лет. Собирали анамнез, проводили клинический и неврологический осмотр, электроэнцефалографию (ЭЭГ) и/или ночной ЭЭГ-видеомониторинг, магнитно-резонансную томографию головного мозга. Было рекомендовано ведение дневника приступов.

Результаты. Аггравация приступов при приеме антиэпилептических препаратов выявлена у 103 больных. У больных наблюдались следующие формы эпилепсии: идиопатические генерализованные (n=31), криптогенные фокальные

(n=35), симптоматические фокальные (n=19), неуточненная (n=18). Аггравация из-за замены аналогом выявлена при приеме топирамата (n=12), вальпроатов (n=8), карбамазепина (n=5), ламотриджина (n=1) и леветирацетама (n=1). У пациентов с идиопатическими генерализованными эпилепсиями выявлено 17 случаев аггравации при приеме карбамазепина, по 6 – вальпроатов и топирамата, и по 1 случаю – ламотриджина и леветирацетама. При ювенильной абсансной эпилепсии учащение абсансов как реакция на карбамазепин наблюдалось у 5 (29,4%) из 17 больных, при детской абсансной эпилепсии – у 1 (4,2%) из 24. Среди пациентов с ювенильной миоклонической эпилепсией учащение абсансов и миоклоний при приеме карбамазепина отмечено у 9 (19,1%) из 47, при синдроме Дживонса учащение миоклоний с абсансами – у 2 (18,2%) из 11. Учащение

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



приступов в ответ на увеличение дозы антиэпилептических препаратов выше средней терапевтической отмечалось в 10 случаях и было связано с неблагоприятным прогнозом. «Истинная» аггравация в 34 случаях (в том числе у 16 пациентов с идиопатическими генерализованными эпилепсиями) была связана с карбамазепином, в 13 – с топираматом, в 5 – с вальпроатами, еще в 5 – с ламотриджином, в 2 – с леветирацетамом и в 1 – с клоназепамом. Отмечено учащение приступов с применением карбамазепина у пациентов с идиопатическими генерализованными эпилепсиями (8,3%); ламотрижина, топирамата и карбамазепина у лиц с другими формами эпилепсии (4,9, 4 и 3,7% соответственно).

Выводы. Аггравация приступов может наблюдаться при применении различных антиэпилептических препаратов. Неблагоприятный прогноз учащения приступов часто связан с последовательным назначением двух и более антиэпилептических препаратов, а также с увеличением дозы препаратов. Максимальные показатели усиления приступов отмечены при приеме ламотрижина (4,7%), карбамазепина (3,7%) и топирамата (3,3%). Учащение приступов при замене на аналог характерно для топирамата. Ведение дневника приступов и медленный подбор дозировок антиэпилептических препаратов снижают риск аггравации приступов эпилепсии.

Блокада иммунных контрольных точек в лечении диссеминированного немелкоклеточного рака легкого

Лактионов К.К.

ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина», г. Москва

Традиционные подходы к лекарственному лечению больных немелкоклеточным раком легкого, в первую очередь химиотерапия, демонстрируют низкие результаты. Таргетная терапия на современном этапе весьма эффективна у ограниченной популяции больных, имеющих молекулярно-генетические нарушения в опухоли (мутации EGFR, ALK и ROS1). Иммуноterapia давно признана перспективным направлением в лечении онкологических пациентов. Недавнее ее возрождение в значительной степени связано с многочисленными исследованиями последних лет, которые позволили разработать новые иммунотерапевтические подходы, нацеленные на специфические регуляторные контрольные точки. В отличие от химио- и лучевой терапии иммунотерапевтические препараты стимулируют собственные иммунные механизмы организма, усиливая его способность бороться с опухолями.

Блокирование иммунного ингибирования. Иммунные контрольные точки – это ингибиторные механизмы, предотвращающие чрезмерную стимуляцию иммунной системы. Метод блокады иммунных контрольных точек (checkpoint blockade) состоит в предотвращении подавления иммунного ответа. Этот терапевтический подход осуществляется с помощью молекул, связывающихся с поверхностными рецепторами Т-лимфоцитов, такими как цитотоксический

Т-лимфоцитарный антиген (CTLA-4) или рецептор запрограммированной клеточной гибели-1 (PD-1).

В 2015 г. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration – FDA) одобрило ниволумаб для лечения метастатического немелкоклеточного рака легкого с прогрессированием после химиотерапии на основе платины. Основанием стали результаты двух клинических исследований III фазы (CA209-017 и CA209-057).

Пембролизумаб (MK3475) – гуманизированное IgG4k-антитело с анти-PD-1 механизмом действия. Изучался при различных солидных опухолях. В сентябре 2014 г. был одобрен FDA для лечения диссеминированной меланомы, в 2015 г. – для лечения метастатического немелкоклеточного рака легкого, экспрессирующего PD-L1 с прогрессией после платиносодержащей химиотерапии.

Достижения последних лет в развитии иммуноонкологии дают новую надежду на улучшение результатов лечения больных немелкоклеточным раком легкого. Уникальной особенностью антигенспецифической иммунотерапии рака является ее длительная эффективность (в случае достижения эффекта) и низкая токсичность по сравнению с другими группами противоопухолевой терапии.



Иммуноонкология. Взаимоотношения иммунной системы и опухоли

Лактионова Л.В.

Иммунная система (адаптивный иммунитет) состоит из высокодифференцированных лимфоидных клеток, основная функция которых – удаление чужеродных агентов из организма. Функционирование иммунной системы в организме сопряжено с неспецифическими механизмами резистентности (врожденный иммунитет), а также с работой нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем. Это актуально не только для ликвидации микроорганизмов, но и для контроля и уничтожения злокачественных клеток. Представляется интересным обсуждение общих основ иммунных реакций, механизмов регуляции иммунитета, взаимодействия иммунной системы и злокачественной прогрессии, известных способов ускользания опухоли от иммунного контроля.

Иммунная система – невероятно мощная специфичная структура, однако опухоль использует ряд эффективных механизмов ускользания от иммунного надзора: потеря антигенности и иммуногенности, использование естественных периферических механизмов аутоотолерантности, продукция иммуносупрессивных факторов (ИЛ-

10, TFG- β и т.д.) и привлечение иммуносупрессивных клеток (регуляторные Т-клетки – Treg, опухоль-ассоциированные макрофаги – TAM, клетки-супрессоры миелоидного ряда – MDSC) как опухолевыми клетками, так и микроокружением. Существует целый ряд стимуляторов и блокаторов иммунного ответа (CTLA-4, PD-1/PD-L1, LAG-3, TIM-3, VISTA, CD244, CD160 и т.д.), которые определяют судьбу специфических цитотоксических Т-лимфоцитов, подавляя или активизируя локальную иммунную реакцию.

Иммунитет представляет собой мощную многоуровневую систему, которая играет важную роль в патогенезе любого заболевания человека. Понимание сложных механизмов взаимодействий между главными «игроками» имеет решающее значение для оценки вклада иммунной системы в развитие различных патологий. Кроме того, изучение иммунорегуляторных путей, участвующих в реализации иммунного ответа, позволяет не только лучше понять функции иммунной системы, но выявить и реализовать новые терапевтические возможности для обеспечения современных стратегий лечения рака.

ЗАО «Медицинский центр в Коломенском», г. Москва

Миниинвазивная коронарная хирургия у больных с мультифокальным атеросклерозом

Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Лазарев Р.А., Загаров С.С., Колесников Ю.Ю., Шилов Р.В., Вульф В.В.

Цель – улучшить результаты хирургического лечения пациентов с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов и ишемической болезни сердца ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского был оперирован 81 пациент с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий (71 (87,7%) мужчина и 10 (12,3%) женщин, средний возраст составил $57,9 \pm 8,4$ года (от 36 до 74 лет)). У 76 (93,2%) пациентов было выявлено атеросклеротическое

окклюзирующее поражение сонных артерий, у 5 (6,8%) – патологическая извитость внутренних сонных артерий. Стенокардия напряжения I–II функционального класса (ФК) была у 27 (33,3%) пациентов, III ФК – у 46 (56,8%), IV ФК – у 8 (9,8%). Одномоментная операция на коронарных и сонных артериях была выполнена у 54 больных, предварительная коррекция мозгового кровотока – у 27, из них у 24 наблюдалось атеросклеротическое поражение, у 3 – патологическая извитость сонных артерий. Все пациенты

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



этой группы имели стабильную стенокардию I–II ФК, вызванную поражением одной или двух коронарных артерий. Вторым этапом данным пациентам через 14 дней была выполнена реваскуляризация миокарда (25 операций на работающем сердце, 2 в условиях искусственного кровообращения).

Результаты. Летальных исходов и инфарктов миокарда на госпитальном этапе не было. В ближайшем послеоперационном периоде неврологические осложнения в виде ишемических инсультов развились у 2 пациентов. Больным с гемодинамически значимым поражением сонных артерий, одно- или двухсосудистым поражением коронарных артерий и высоким коронарным резервом целесообразна поэтапная коррекция кро-

вотока в каротидном и коронарном бассейнах. При многососудистом поражении коронарного русла, стенозе ствола левой коронарной артерии или нестабильной стенокардии оправдана одномоментная коррекция кровотока в обоих бассейнах.

Выводы. Одномоментная коррекция поражения сонных и коронарных артерий – эффективный и безопасный метод лечения пациентов, имеющих сочетанное поражение сонных и коронарных артерий, у которых поэтапная тактика хирургического лечения не оправдана. Выполнение коронарного этапа на работающем сердце является дополнительным фактором снижения интраоперационного риска развития неврологических осложнений.

Нарушения углеводного обмена и состояние инкреторной функции поджелудочной железы после холецистэктомии в молодом возрасте

Лебедева О.В.¹, Буеверов А.О.^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – оценить влияние холецистэктомии в молодом возрасте на метаболический статус пациентов и инкреторную функцию поджелудочной железы.

Материал и методы. В исследование включены 80 человек в возрасте от 18 до 60 лет, у которых холецистэктомия была выполнена в возрасте до 44 лет (согласно определению молодого возраста по классификации Всемирной организации здравоохранения). Всем пациентам выполнены клинический и биохимический анализы крови, включавшие тесты, характеризующие состояние углеводного обмена. Больные с органическими осложнениями после холецистэктомии в исследовании не включались. Пациенты разделены на 2 группы согласно метаболическому статусу: 1-я группа – пациенты с признаками метаболического синдрома (n=51), 2-я – без метаболических нарушений (n=29). Метаболический синдром диагностировали на основании критериев Международной федерации диабета (International Diabetes Federation – IDF) 2005 г.

Результаты. В 1-й группе транзиторная гипергликемия выявлена у 7 (8,8%) больных, во всех случаях ассоциированная с клинической

картиной постхолецистэктомического синдрома и транзиторной гиперинсулинемией, превосходящей референтные значения; гипергликемия натощак – у 5 (6,25%); нарушение толерантности к глюкозе – у 2 (2,5%). Сахарный диабет 2-го типа (СД2) диагностирован у 31 (37,9%) пациента. Необходимость применения препаратов с инсулинрилизинговыми свойствами выявлена у 8 (10%) пациентов, в среднем спустя 8,5 года от манифестации СД2, что указывает на более быструю истощаемость инсулинового аппарата поджелудочной железы по сравнению с данными в популяции. Хронологически манифестация диабета наблюдалась в среднем через 2,3 года после выполнения холецистэктомии, что ассоциировано с дебютом клинических проявлений постхолецистэктомического синдрома (p=0,047). Выявлена взаимозависимость длительности постхолецистэктомического периода и частоты развития гипергликемии натощак (p=0,043). Во 2-й группе зафиксировано 6 случаев транзиторной гипергликемии и гиперинсулинемии, всегда ассоциировавшейся с клинической картиной постхолецистэктомического синдрома.



Выводы. Выполнение холецистэктомии в молодом возрасте ассоциировано с прогрессирующим нарушением углеводного обмена, в первую очередь у пациентов с метаболическим синдромом.

Постхолецистэктомический синдром может рассматриваться в качестве одной из причин развития СД2 и более раннего истощения инсулярного аппарата поджелудочной железы у таких больных.

Значение исследования уровня антитромбина при антикоагулянтной терапии тромбоемболических осложнений

Лопатин А.Ф., Самойленко В.В., Филипповская Ж.С.

Тромбоемболические осложнения – одни из наиболее частых и тяжелых госпитальных осложнений, рассматриваемые сегодня у хирургических пациентов как предотвратимые. При этом значительное число научных публикаций указывает на низкую эффективность рутинной антикоагулянтной терапии в профилактике и лечении тромбоемболических осложнений как на причину неблагоприятных исходов.

Цель – оценить значение исследования уровня антитромбина в оценке адекватности антикоагулянтной терапии при тромбоемболических осложнениях.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ профилактической и лечебной антикоагулянтной терапии у пациентов с тромбоемболическими осложнениями (n = 135). У 99 (73,3%) пациентов при аутопсии была подтверждена тромбоемболия легочной артерии. У выживших пациентов диагноз подтвержден лабораторными данными, ангиопульмонографией, рентгенологическими, компьютерно-томографическим и ультразвуковым исследованиями. Эффективность терапии нефракционированным гепарином оценивали по показателям активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), динамики D-димеров; адекватность терапии низкомолекулярными гепаринами (НМГ) – по анти-Ха активности гепарина и динамике D-димеров. У всех пациентов определялась активность антитромбина. Исследования гемостаза выполнены на анализаторе ACL TOP и реагентах Instrumentation Laboratory.

Результаты. У 31,2% умерших пациентов нефракционированный гепарин (НФГ), вводимый по стандартным рекомендованным схемам, не повлиял на значения АЧТВ (критерий адекват-

ности антикоагулянтной терапии НФГ), которые оставались в пределах референсных значений. Причин, повлиявших на низкий антикоагулянтный эффект НФГ у этой группы пациентов, установить не удалось. В 6,6% случаев в лечении использовали НФГ внутривенно в дозах 21–22 ЕД/кг/ч (36 тыс. ЕД/сутки), однако показатель АЧТВ у этой группы пациентов также не претерпел изменений. Уровень D-димеров оставался выше референсных показателей в 40 раз, при этом сохранялась достаточно высокая активность антитромбина – более 70%. Было установлено, что низкий эффект НФГ у этой группы вызван особенностями конкретного коммерческого препарата. Замена НФГ на препарат другого производителя привела к увеличению АЧТВ более чем в 2,5 раза. Антитромботический эффект гепарина подтвержден динамикой (снижением) значений D-димера и положительной клинической картиной заболевания.

В 8,1% случаев в лечении НМГ отсутствовала динамика сохраняющихся высоких значений D-димеров. Показатель адекватности действия НМГ (анти-Ха активность) не соответствовал заявленным фирмой-производителем значениям при лечебном режиме введения гепаринов. Анти-Ха активность была ниже уровня значений, рекомендованных для лечения тромбоемболических осложнений, – менее 0,6–1,0 МЕ. Анализ активности антитромбина в крови пациентов показал его падение ниже 60%, что и явилось причиной низкой эффективности НМГ.

Введение препарата антитромбина позволило повысить уровень активности антитромбина плазмы. При достижении его значений свыше 70% у пациентов наблюдали снижение D-димеров более чем в 10 раз, что подтвердило эффектив-

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



ность выбранной антитромботической терапии. У всех пациентов этой группы был получен положительный клинический эффект

Выводы. Низкая антикоагулянтная эффективность действия гепаринов (гепаринорезистентность) может быть связана с особенностями

конкретного коммерческого препарата, а также с дефицитом антитромбина. Анализ уровня активности антитромбина позволяет выявить и устранить одну из возможных ошибок, допускаемых в профилактике и лечении тромboэмболических осложнений.

Оценка эффективности влияния комбинированной терапии с лактулозой и пищевыми волокнами на динамику показателей липидного профиля у пациентов с функциональным запором на фоне неалкогольного стеатогепатита

Маевская Е.А.¹, Маев И.В.¹, Кучерявый Ю.А.^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

² НУЗ «Центральная клиническая больница № 2 имени Н.А. Семашко» ОАО «РЖД», г. Москва

Цель – оценить изменение показателей липидного профиля у пациентов с функциональным запором на фоне неалкогольного стеатогепатита, получающих длительную комбинированную терапию с лактулозой или пищевыми волокнами.

Материал и методы. Проведено проспективное сравнительное 6-месячное клиническое обследование 102 пациентов с функциональным запором и неалкогольным стеатогепатитом (средний возраст $47,7 \pm 10,7$ года). Пациенты только с неалкогольным стеатогепатитом (группа сравнения, $n = 32$) получали стандартное лечение (модификация образа жизни), пациенты с НАСГ и функциональным запором (основная группа, $n = 70$) были рандомизированы на две равнозначные подгруппы по 35 человек (IA и IB), дифференцированные по терапии функционального запора: пациентам подгруппы IA в дополнение к модификации образа жизни назначался препарат лактулозы, IB – препарат пищевых волокон

(Псиллиум). За весь период наблюдения трижды была выполнена динамическая оценка показателей липидного обмена.

Результаты. За период 6-месячного наблюдения только в подгруппе, дополнительно получавшей пищевые волокна (Псиллиум), удалось достигнуть статистически значимого снижения среднего уровня общего холестерина, максимально близкого к референтному значению ($6,3 \pm 0,2$ до $5,7 \pm 0,2$ ммоль/л), среднего уровня липопротеинов низкой плотности ($3,9 \pm 0,6$ до $3,6 \pm 0,5$ ммоль/л; $p < 0,01$), а также наиболее низких финальных значений показателей относительно группы сравнения и подгруппы лактулозы, где достоверной динамики отмечено не было.

Заключение. У пациентов с неалкогольным стеатогепатитом и функциональным запором тенденция к нормализации липидного профиля прослеживается только на фоне комбинированной терапии с пищевыми волокнами.



Эндоскопическая диагностика и лечение гастродуоденальных кровотечений у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Мечёва Л.В.

Проанализированы 28 случаев кровотечений из язв и эрозий верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в послеоперационном периоде. Было 22 (79%) мужчины и 6 (21%) женщин в возрасте от 33 до 83 лет (средний возраст 62 года). Патология сердечно-сосудистой системы послужила причиной проведения следующих операций: по поводу порока сердца – в 9 (32%) случаях, аневризмы брюшной аорты – в 7 (25%), атеросклероза магистральных сосудов – в 8 (29%), ишемической болезни сердца – в 4 (14%). У 6 пациентов были экстренные и срочные операции, эзофагогастродуоденоскопию накануне не проводили; в результате у 2 из них эзофагогастродуоденоскопия по поводу гастродуоденального кровотечения и эндогемостаз выполнены интраоперационно, у 3 – в раннем послеоперационном периоде, у 1 – в позднем. У 9 больных перед операцией эрозивно-язвенных изменений верхнего отдела пищеварительного тракта не выявлено, у 2 кровотечения развились в раннем послеоперационном периоде, у 7 – в позднем. У 13 пациентов от момента проведения диагностической эзофагогастродуоденоскопии до оперативного вмешательства прошло более 14 дней; у 7 из них кровоте-

ние было в раннем послеоперационном периоде, у 6 – в позднем. Кровотечения диагностированы с 1-х по 51-е сутки. Источниками кровотечений послужили: у 2 (7%) больных – язвы и эрозии пищевода, у 15 (54%) – язвы желудка, у 10 (36%) – язвы двенадцатиперстной кишки, у 1 (3%) – язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. По классификации J.A. Forrest: F IA – нет, F IB – у 8, F IIA – у 1, F IIB – у 8, F IIC – у 11. Наиболее эффективные результаты были получены при использовании комбинаций методов эндоскопического гемостаза и при применении гемостатических пленкообразующих препаратов. Оперативный гемостаз при неэффективности эндоскопического отмечен у 5 больных. Летальность от гастродуоденальных кровотечений в послеоперационном периоде составила 22%.

Вывод. Для снижения риска и уменьшения степени тяжести гастродуоденальных кровотечений, снижения летальности в послеоперационном периоде пациентам необходимо проводить эндоскопическую диагностику верхних отделов пищеварительного тракта в сроки не более 14 дней перед оперативным вмешательством по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из толстой кишки у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии

Мечёва Л.В., Кошурникова А.С.

Цель – оценить возможности диагностической и лечебной колоноскопии при кровотечениях из толстой кишки у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы. Было выполнено 22 срочных колоноскопии для диагностики кровоте-

ния, выбора метода проведения эндоскопического гемостаза и определения тактики дальнейшего лечения.

Результаты. В исследование вошли 22 пациента в возрасте от 25 до 81 года (13 мужчин и 9 женщин). Продолжительность пребыва-

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



ния в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) составила от 1 до 53 суток (в среднем $13,6 \pm 3,2$ суток). У 6 пациентов колоноскопия была проведена в первые 6 часов от появления симптомов толстокишечных кровотечений, у 11 – позже 6, но раньше 12 часов, у 6 – позже 12, но раньше 24 часов. Без подготовки толстой кишки выполнено 5 колоноскопий, очистительными клизмами готовили 17, пероральный прием препаратов был у 4. Тотальная колоноскопия была у 9 пациентов, неполный осмотр – у 13, в том числе ректосигмоскопия – у 10. Причинами толстокишечных кровотечений послужили: дивертикулит – в 1 случае, язвенный колит – 2, псевдомембранозный колит – 5, ишемический колит – 5, ангиодисплазии – 2, гангрена толстой кишки – 2, опухоли – 5. По интенсивности толстокишечных кровотечений различались капиллярные (у 14) и профузные (у 8). Эндостаз был выполнен у 21 пациента: клипирование – 1, орошение препаратом Гемоблок – 15, распыление препаратов Эндоклот

и Желпластан – по 1 случаю, комбинированное применение Гемоблока + клипирования – 2. Успешная остановка толстокишечных кровотечений была достигнута у 11 больных. В 4 случаях временный успешный эндостаз позволил подготовить пациентов к субтотальной колэктомии и гемиколэктомии. У 6 больных на фоне коагулопатии толстокишечные кровотечения рецидивировали, в этих случаях повторно проводили эндостаз.

Выводы. Эндоскопическая диагностика и лечение толстокишечных кровотечений у пациентов ОРИТ относятся к числу сложных лечебных мероприятий, требующих специальной подготовки, большого опыта работы. При лечебных колоноскопиях в условиях ОРИТ большое значение имеет техническая простота применения гемостатических средств. Успех эндоскопического гемостаза во многом зависел от адекватного и патогенетически обоснованного консервативного лечения, направленного на устранение декомпенсации свертывающей системы крови.

Особенности эндоскопической диагностики эрозивно-язвенных изменений верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Мечёва Л.В., Терещенко С.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – определить распространенность и характер эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, оценить влияние таких факторов, как пол, перенесенная язвенная болезнь и хеликобактерная инфекция, на формирование данной патологии.

Материал и методы. Проанализированы результаты 1750 эндоскопических исследований у 1376 (78,6%) мужчин и 374 (21,4%) женщин (средний возраст пациентов 58 лет), находившихся на лечении в отделениях сердечно-сосудистой и кардиохирургии.

Результаты. У 544 (39,5%) мужчин и 120 (32%) женщин выявлены эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта. Эрозии пищевода были у 34 (5,1%), язвы пищево-

да – у 4 (0,6%), эрозии желудка – у 484 (72,9%), язвы желудка – у 87 (13,1%), эрозии двенадцатиперстной кишки – у 242 (36,4%), язвы двенадцатиперстной кишки – у 36 (5,4%). Среди больных атеросклерозом магистральных артерий эрозивно-язвенные поражения выявлены у 280 (41,5%) из 674, среди пациентов с пороками сердца – у 186 (34,2%) из 544, с аневризмой аорты – у 37 (34,6%) из 107, с ишемической болезнью сердца – у 122 (38,4%) из 318, с аритмиями – у 14 (36,9%) из 39, с патологической деформацией магистральных сосудов – у 25 (36,2%) из 69. Среди пациентов, у которых при обследовании не наблюдалось эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта, язвенная болезнь в анамнезе была у 151 (13,9%), а при наличии таких поражений – у 129 (19,4%). Гистологическая оценка хеликобак-



терной инфекции проведена у 369 пациентов: из 146 больных без эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта хеликобактерная инфекция выявлена у 77 (52,7%), из 223 пациентов с данными поражениями – у 177 (79,4%).

Выводы. Эрозивно-язвенная патология верхних отделов пищеварительного тракта у пациен-

тов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы чаще выявляется у мужчин при атеросклерозе магистральных и коронарных артерий. По характеру преобладают эрозивные поражения желудка. Язвенная болезнь в анамнезе, хеликобактерная инфекция являются значимыми факторами риска развития эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта.

Профилактика гастродуоденальных кровотечений в предоперационном периоде у больных с тяжелой патологией сердечно-сосудистой системы

Мечёва Л.В., Терещенко С.Г., Колесников Ю.Ю.

Цель – минимизировать риск развития кровотечений из эрозивных и язвенных дефектов верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов, нуждающихся в срочной хирургической коррекции заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. У 70 пациентов перед срочными оперативными вмешательствами по поводу патологии сердечно-сосудистой системы выявлены сопутствующие эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта, являющиеся относительным противопоказанием к проведению операции. Для снижения риска гастродуоденальных кровотечений непосредственно перед операцией под наркозом проводили аппликацию гемостатических препаратов на выявленные эрозивные и/или язвенные дефекты пищевода, желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Гемостатический клей Активтекс-Гем был использован у 38 больных, гемостатический порошок Желпластан – у 15, гемостатический порошок Эндоклот – у 9, гемостатическое средство для местного применения Гемоблок – у 8.

Результаты. У 17 пациентов выявлены язвы, у 53 – эрозии пищевода и/или желудка и/или двенадцатиперстной кишки, эрозивные и язвен-

ные дефекты имели признаки состоявшегося кровотечения. Интраоперационно и в послеоперационном периоде все больные получали антикоагулянты. Всем пациентам проведен индивидуальный курс противоязвенной терапии. Эзофагогастродуоденоскопический контроль проводили после стабилизации состояния пациента, как правило, на 5–7-е сутки послеоперационного периода либо в срочном порядке при подозрении на осложненное течение сопутствующей патологии верхних отделов пищеварительного тракта. При плановых контрольных исследованиях в 2 случаях на 2-е сутки послеоперационного периода диагностировано 1 кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки и 1 – из язвы желудка (Форрест 2В), успешно проведен эндогемостаз.

Вывод. Перед выполнением срочных оперативных вмешательств для коррекции патологии сердечно-сосудистой системы проведение профилактического эндогемостаза посредством нанесения гемостатических пленкообразующих препаратов позволяет снизить риск гастродуоденальных кровотечений, ускорить репарацию эрозивных и/или язвенных дефектов, локализованных в верхних отделах пищеварительного тракта.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Холодноплазменный хирургический метод лечения ринофим

Мустафаев Д.М., Егоров В.И., Гирилов В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Сообщаем наш опыт хирургического лечения ринофим с применением холодной плазмы.

Материал и методы. За период с 2005 по 2015 г. в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено успешное хирургическое лечение с применением холодной плазмы 17 больным в возрасте от 53 до 78 лет (13 мужчинам и 4 женщинам) с ринофимой, из них 4 с фиброзно-ангиэктатической и 13 с железистой формой, со сроком наблюдения до 10 лет. Удаление ринофимы выполняли с помощью холодноплазменного хирургического аппарата Coblator II Surgery System (ArthroCare, США) – биполярного прибора, предназначенного для работы в ЛОР-хирургии. Активным электродом EVac 70 Xtra IC от аппарата Coblator II Surgery System в режиме работы прибора «коблация» предварительно удалялись большие массы ринофимы, далее последовательно снимался слой за слоем измененной кожи до получения надлежащей формы носа. Вмешательства проводили без

пластики послеоперационного дефекта тканей наружного носа. При этом раневую поверхность закрывали мажевой повязкой, а сверху накладывали давящую повязку. Первую перевязку проводили на 4–6-й день (меняли поверхностный слой).

Результаты. Эпидермизация наступала на 3–5-е сутки, завершение ее отмечали на 15–20-й день. После операции поверхность кожи носа была гладкой, без образования рубцов. Во всех наблюдениях эстетический результат был удовлетворительным.

Заключение. Метод хирургического лечения больных ринофимой с использованием холодноплазменного воздействия (коблации) представляется эффективным, безопасным, экономически выгодным, позволяет добиться хороших эстетических результатов. Преимуществами холодноплазменной хирургии при лечении ринофим являются малый объем кровопотери во время операции, отсутствие болевых ощущений в послеоперационном периоде.

Амилоидоз дыхательных путей: опыт лечения

Мустафаев Д.М., Егоров В.И., Марченко А.С.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Амилоидоз дыхательных путей – редкая патология. По нашим данным, он составляет 0,5% от всех доброкачественных опухолей. Это системное заболевание, в основе которого лежат сложные обменные изменения, приводящие к образованию и выпадению в тканях особой субстанции, вызывающей в конечном итоге нарушение функций органов. Сообщаем наш опыт лечения амилоидоза дыхательных путей с применением холодной плазмы.

Материал и методы. За период с 2005 по 2015 г. в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено хирургическое лечение с применением холодной плазмы 11 больным (10 женщинам и 1 мужчине)

с первичным локальным амилоидозом гортани и трахеи со сроком наблюдения до 10 лет. Диагноз «первичный локальный амилоидоз гортани и трахеи» устанавливался после комплексного обследования пациентов с исключением системных поражений и морфологическим подтверждением наличия в биоптатах амилоидных масс. Удаление амилоидных масс выполняли под общей анестезией с помощью эндоларингеальной микрохирургии с применением холодной плазмы.

Результаты. Рецидив заболевания среди наблюдаемых нами пациентов встречался у 5 с распространенными формами поражения.

Заключение. Патология дыхательных путей чрезвычайно разнообразна. Всегда следует учи-



тывать возможность развития редко встречающихся заболеваний, поскольку тактика лечения при данных заболеваниях различна, а здоровье больного зависит от правильно выбранного и рано начатого лечения. В связи с вышесказан-

ным для улучшения диагностики и правильного выбора ведения больных важное значение имеет осведомленность широкого круга врачей-оториноларингологов о современном состоянии проблемы амилоидоза дыхательных путей.

Хрящевые опухоли гортани

Мустафаев Д.М., Егоров В.И., Марченко А.С.

Хрящевые опухоли гортани встречаются очень редко. В мировой литературе до настоящего времени описано не более 250 случаев.

Материал и методы. За период с 1988 по 2015 г. в отделении оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского под наблюдением находились 3 больных (1 мужчина и 2 женщины) с хондромой гортани (в одном случае имело место озлокачествление процесса), что составило 0,2% по отношению ко всем наблюдаемым больным с доброкачественными опухолями гортани. Всем больным выполнено хирургическое лечение: первый этап – ларин-

готрахеотомия с удалением хондромы гортани, второй этап – устранение ларинготрахеального дефекта после контрольного периода. Проведены ларингэктомия и послеоперационный курс гамма-терапии в суммарной очаговой дозе 40 Гр.

Выводы. Во всех наблюдениях опухоль росла из перстневидного хряща. В одном случае среди наблюдений имело место озлокачествление процесса. В каждом случае объем хирургического вмешательства определяется индивидуально; преимущественно проводится частичная резекция гортани с удалением опухоли с последующей реконструкцией.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Применение фиксаторов из биорезорбируемых материалов при костной пластике расщелин альвеолярного отростка

Николаева С.А., Топольницкий О.З., Першина М.А., Яковлев С.В.

Цель – анализ применения биорезорбируемых материалов для фиксации костного трансплантата при костной пластике расщелины альвеолярного отростка у пациентов с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба.

Материал и методы. Исследование проведено на базе кафедры детской челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. С 2011 г. выполнено 96 костных пластик расщелин альвеолярного отростка. Всем пациентам проводились цифровая ортопантограмма, конусно-луче-

вая I-Cat или мультиспиральная компьютерная томография на аппарате Brilliance 6x в сроки 3, 6, 12 месяцев после операции. Для фиксации костного трансплантата мы применяли титановые пластины и винты фирм KLS Martin Group и «Конмет», а также биорезорбируемые пластины и пины системы ультразвуковой фиксации SonicWeld Rx System фирмы KLS Martin Group.

Результаты. У 47 пациентов костная пластика выполнялась губчатым аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости, у 49 – кортикально-губчатым блоком. В 25 случаях применены

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

биорезорбируемые пластины и пины, в 24 – титановые пластины и винты. У 44 из 49 пациентов, у которых применялся губчатый аутотрансплантат, получен удовлетворительный клинический и анатомический результат независимо от вида фиксации. Во всех случаях фиксации биорезорбируемыми пластинами получена первичная стабильность трансплантата. Патологической реакции тканей на резорбируемый материал за весь

период наблюдения не отмечено. Фиксаторы из биорезорбируемых материалов не требовали дополнительной операции по их извлечению.

Вывод. Биорезорбируемые пластины и пины обеспечивают надежную фиксацию костного аутотрансплантата к краям расщелины альвеолярного отростка и в дальнейшем не требуют удаления фиксирующей конструкции, что особенно актуально в детском возрасте.

Клинические аспекты физиологического и репаративного остеогенеза

Онопrienко Г.А., Волошин В.П.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Установлено, что реализация физиологического и репаративного остеогенеза обеспечивается единым реактивным неспецифическим комплексом адаптивных изменений, направленных на компенсацию временного ограничения перфузии крови по естественным сосудистым путям микроциркуляции (увеличение емкости микроциркуляторного русла костного сегмента, повышение сосудистой проницаемости, синусоидная трансформация новообразованных капилляров, активизация микроциркуляции по лакуно-канальцевой сети интерстициального пространства костного матрикса), а также на мобилизацию местных и мобильных (стволовых) прекурсов остеогенных клеток-предшественников.

При переломах в условиях стабильного контакта костных отломков за счет их остеиндуци-

рующего взаимодействия путем прямого остеогенеза формируется эндостально-кортикальный регенерат.

Периостальный остеогенез является резервным источником костеобразования, компенсирующим неблагоприятные условия образования интермедиарного регенерата. Установлена прямая коррелятивная связь между сроками завершения ревазуляризации диафиза поврежденной кости, формирования зрелого интермедиарного регенерата, восстановления дефинитивных микроструктур и характером местных циркуляторных нарушений, обусловленных хирургическим вмешательством. В случаях значительной травматичности стабильного остеосинтеза сроки указанных процессов возрастают в 2–3 раза по сравнению с минимально возможными.

Аутоиммунные полиэндокринные синдромы

Орлова Е.М., Карева М.А., Созаева Л.С., Петеркова В.А.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, г. Москва

Аутоиммунные полигландулярные (полиэндокринные) синдромы – группа заболеваний, связанных с недостаточностью двух и более эндокринных желез вследствие их аутоиммунного поражения. Аутоиммунный полигландулярный синдром I-го типа – редкое моногенное заболевание, связанное с мутациями в гене аутоиммунного регулятора (AIRE). Мутации в гене AIRE

приводят к нарушению образования белка аутоиммунного регулятора, функция которого до конца не известна, и патогенез заболевания не ясен, однако предполагается, что данный белок участвует в регуляции процессов негативной селекции Т-лимфоцитов в центральных органах иммунной системы. Отсутствие белка аутоиммунного регулятора приводит к снижению экс-



прессии аутоантигенов в тимусе и нарушению негативной селекции Т-лимфоцитов, что способствует развитию различных аутоиммунных компонентов этого заболевания: хронического кожно-слизистого кандидоза, гипопаратиреоза, первичной хронической надпочечниковой недостаточности, алопеции, витилиго, гипоплазии зубной эмали, аутоиммунной энтеропатии, инсулинзависимого сахарного диабета, аутоиммунного тиреоидита, первичного гипогонадизма, аутоиммунного гепатита, аутоиммунного кератита и блефарита и т.д. Заболевание диагностируется на основании обнаружения у пациента как минимум двух из трех основных компонентов заболевания (классическая диада или триада): хронического кожно-слизистого кандидоза, гипопаратиреоза и первичной хронической надпочечниковой недостаточности, а также при наличии одного из трех компонентов, в случае если у родственника первого порядка доказано это заболевание. В течение многих лет заболевание может протекать монокомпонентно, что затрудняет клиническую диагностику. Исследование гена AIRE позволяет подтвердить диагноз аутоиммунного полигландулярного синдрома 1-го типа в нетипичных случаях или еще до того, как манифестировали основные клинические компоненты.

В России исследование гена AIRE проводится с 2002 г. Зафиксировано наличие частой мутации Arg257Stop, характерной для российской популяции (705 аллелей). Всего в российской популяции выявлено 20 мутаций в гене AIRE, 9 из них не описаны ранее. В 5–8% аллелей мутации не удастся обнаружить даже при исследовании всего гена. В настоящий момент разработан и широко применяется новый иммунологический метод диагностики аутоиммунного полигландулярного синдрома 1-го типа – определение антител к интерферонам 1-го типа (интерфероны- α и - ω).

Материал и методы. За период с 2000 по 2015 г. было обследовано 113 пациентов с аутоиммунным полигландулярным синдромом 1-го типа; выявлено 20 компонентов, новые и необычные фенотипы. Данная выборка представлена самым большим числом случаев заболевания, описанным в мире на сегодняшний день.

Выводы. Частота аутоиммунного полигландулярного синдрома 1-го типа в России не известна, однако на сегодняшний день нами описана самая большая группа пациентов с этим заболеванием в мире. Нетипичные и стертые формы этого заболевания могут быть диагностированы с помощью генетического исследования гена AIRE и определения титра аутоантител к интерферону- ω .

Оценка эффективности фототерапии у больных бронхиальной астмой

Островский Е.И.¹, Шатохина С.Н.¹, Палеев Ф.Н.¹, Карандашов В.И.², Санина Н.П.¹, Рыжкова О.Ю.¹, Шабалин В.Н.³

В комплексной терапии пациентов с заболеваниями органов дыхания успешно применяются методы фототерапии, обладающие многофакторным положительным воздействием на звенья патогенеза болезни.

Оптимальным при лечении больных бронхиальной астмой является использование оптического излучения в диапазоне синего света, оказывающего выраженное положительное влияние не только на функцию внешнего дыхания, но и на систему кровообращения, утилизацию тканями кислорода и процессы метаболизма.

У 56 больных бронхиальной астмой в разные периоды течения заболевания изучены особенности локальных самоорганизующихся структур сыворотки крови – анизоморфонов, наблюдаемых при микроскопии в поляризованном свете. Впервые выявлены различные морфологические маркеры в разные стадии бронхиальной астмы; показано, что применение фототерапии синим светом оказывает положительное влияние на клиническое течение болезни и на анизоморфоны сыворотки крови.

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

²ФГБУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА РФ», г. Москва

³ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва



Морфофункциональные характеристики соматотропином

Пантелеева Е.С., Древаль А.В., Сташук Г.А., Иловайская И.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – выявить и изучить взаимосвязь магнитно-резонансного сигнала с морфологическими и биохимическими характеристиками у больных с впервые выявленной акромегалией.

Материал и методы. Были обследованы 75 пациентов с соматотропиномами, прошедших лечение в эндокринологическом отделении поликлиники ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в период с 2011 по 2016 г. Проанализированы данные магнитно-резонансной томографии в T2-режиме до лечения, учитывались интенсивность сигнала, размеры и характер распространения аденом гипофиза. Учитывались также уровни соматотропного гормона (СТГ) и инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) до лечения.

Результаты. Из 75 пациентов у 74,7% были выявлены макроаденомы. Магнитно-резонансный сигнал в T2-режиме был гипоинтенсивным у 32% пациентов, гиперинтенсивным у 40%, у остальных – изоинтенсивным. Статистически значимых различий между уровнями СТГ и ИФР-1, а также интенсивностью магнитно-резонансного сигнала в зависимости от возраста не обнаружено. У 60% пациентов было выявлено

инфраселлярное распространение опухоли, которое наблюдалось на 33,1% чаще при опухолях с гиперинтенсивным сигналом; супраселлярное распространение отмечено у 46,7% больных. Статистически значимых различий в характере распространения опухолей с гипоинтенсивным сигналом не выявлено. Самые высокие уровни ИФР-1 соответствовали супраселлярному распространению аденом, самые высокие уровни СТГ – инфраселлярному. Средний объем аденом с гиперинтенсивным сигналом был в 8,45 раза выше среднего объема аденом с гипоинтенсивным сигналом. Средний уровень СТГ также был в 3,8 раза выше у пациентов с соматотропиномами с гиперинтенсивным сигналом.

Заключение. Полученные в ходе исследования результаты продемонстрировали наличие корреляции между магнитно-резонансными характеристиками соматотропином и морфофункциональными и биохимическими характеристиками больных акромегалией. Дальнейшие исследования в данном направлении представляются чрезвычайно перспективными для диагностики и прогностической оценки акромегалии.

Непосредственные результаты сегментэктомий при злокачественных опухолевых поражениях легких

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Рябов А.Б., Глушко В.А., Колбанов К.И., Амиралиев А.М., Бармин В.В., Багров В.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, г. Москва

Актуальность. Совершенствование методов лучевой диагностики приводит к увеличению частоты выявления больных с ранней стадией рака легкого, первично-множественными синхронными и метакронными опухолевыми заболеваниями, резектабельными метастазами в легких. Это обуславливает целесообразность применения функционально щадящих и органосохраняющих методик хирургического лечения в торакальной онкологии.

Цель – изучение непосредственных и отдаленных результатов сублобарных анатомических резекций при злокачественных опухолях легких.

Материал и методы. В торакальном отделении МНИОИ им. П.А. Герцена за период с 2000 по 2015 г. выполнено 84 сублобарных анатомических резекций легких. По поводу немелкоклеточного рака и карциноида легкого оперированы 23 (27%) больных. Шестидесяти одному (73%) больному сегментэктомия выполнена по поводу



метастазов опухоли различной первичной локализации. Тринадцать (15%) больных с метастазами перенесли 2 и более сегментэктомии, 5 из них – билатеральные. Видеоассистированная сегментэктомия выполнена 18 (21%) больным. При планировании операций использовали 3D компьютерно-томографическую реконструкцию сосудистой архитектоники сегментов легкого.

Результаты. Летальных исходов не было. Осложнения возникли у 12 (14%) больных, основное из них – негерметичность легочной ткани (>5 дней) – у 7 больных. Длительность пребывания в стационаре после операции составила

в среднем 8 суток (от 5 до 14). По результатам планового гистологического исследования из 23 больных, оперированных по поводу немелкоклеточного рака и карциноида легкого, у 18 (78%) была подтверждена стадия $pT_{1a}N_0M_0$. Метастазы в лимфатических узлах (N_1) выявлены у 4 (17%) больных, N_2 – у 1 (0,4%).

Выводы. Сегментэктомия – органосохраняющий метод лечения больных с ранними формами рака и метастатическим поражением легкого. Методика 3D-реконструкции сосудистой архитектоники сегментов легкого обеспечивает оптимальное индивидуальное планирование сублобарных резекций.

Система ТММ в анализе непосредственных результатов пневмонэктомий у больных немелкоклеточным раком легкого

Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Рябов А.Б., Глушко В.А., Колбанов К.И., Амиралиев А.М., Бармин В.В., Туквадзе З.Г.

Актуальность. Частота послеоперационных осложнений после пневмонэктомии у больных немелкоклеточным раком легкого зависит не только от объема операции, сопутствующих заболеваний, но и от точности регистрации осложнений.

Цель – оценка непосредственных результатов стандартной и комбинированной пневмонэктомии у больных немелкоклеточным раком легкого в соответствии с классификациями Thoracic Morbidity and Mortality (ТММ) и European Society of Thoracic Surgeons (ESTS).

Материал и методы. С января 2009 по декабрь 2013 г. в нашем институте пневмонэктомия выполнена 216 пациентам с немелкоклеточным раком легкого. Все больные были разделены на две группы: в 1-й группе ($n=142$) проводилась стандартная пневмонэктомия, во 2-й ($n=74$) – комбинированная, в ходе которой выполнялась резекция соседних органов и структур. Пациенты, подвергшиеся комбинированной пневмонэктомии, были подразделены на группы с моно- ($n=49$) и полиорганной ($n=25$) резекцией. Медиастинальную лимфаденэктомию выполняли во всех случаях. Частота осложнений и летальность были проанализированы в соответствии с классификациями ТММ и ESTS.

Результаты. Частота послеоперационных осложнений и летальность при стандартной пневмонэктомии были значительно ниже, чем при комбинированной операции (23,9 и 3,5% против 43,2 и 10,8% соответственно, $p=0,02$). Полиорганная резекция являлась независимым прогностическим фактором неблагоприятного исхода: процент осложнений и летальность были значительно выше в группе полиорганной резекции – 48 и 16%, в то время как в группе больных с резекцией одного органа составляли 40,8 и 8,2% соответственно ($p=0,01$). Согласно классификации осложнений ESTS, единственное достоверное различие между группами стандартной пневмонэктомии, с моно- и полиорганной резекцией заключалось в частоте развития несостоятельности швов бронха: 3,5, 6,1 и 16% соответственно ($p=0,02$). Процент серьезных осложнений (степень IIIA и выше по классификации ТММ) был достоверно выше в группе полиорганной резекции (40%), чем в группе с резекцией одного органа (28,6%) и группе стандартной пневмонэктомии (14,8%) ($p=0,01$).

Выводы. Комбинированная пневмонэктомия сопровождается достоверно более высокими частотой осложнений (преимущественно тяжелых) и летальностью, поэтому показания к подобным

Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, г. Москва



операциям должны быть четко обоснованы. Градация осложнений по системе ТММ позволяет тщательнее регистрировать нежелательные

послеоперационные явления, особенно тяжелые, по сравнению со стандартными общепринятыми критериями.

Поиск зависимости параметров коротколатентных вызванных потенциалов от вида нарушения гидродинамики улитки

Польщикова А.Ю., Семенова А.В., Самбулов В.И.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Причинами головокружения могут быть вертебробазиллярная недостаточность, неврит VIII пары черепно-мозговых нервов, фистула лабиринта, болезнь Меньера и др. Дифференциальная диагностика этих состояний достаточна сложна.

За 2015 г. в клинко-диагностическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского проведено 117 исследований коротколатентных вызванных потенциалов и 44 экстратимпанальной электрокохлеографии у больных с головокружениями. Регистрацию коротколатентных вызванных потенциалов и экстратимпанальной электрокохлеографии проводили в состоянии спокойного бодрствования пациентов. Использовали российское оборудование – «Нейро-Аудио» компании «Нейрософт». Регистрацию коротколатентных вызванных потенциалов осуществляли при акустической стимуляции щелчками альтернирующей полярности на высоких уровнях интенсивности стимула, при регистрации экстратимпанальной

электрокохлеографии последовательно использовали щелчки альтернирующей полярности, щелчки с фазами сгущения и разрежения, а также тоны с частотой 1 и 2 кГц.

У 28 пациентов при экстратимпанальной электрокохлеографии были выявлены признаки гидропса лабиринта, у этих же пациентов провели регистрацию коротколатентных вызванных потенциалов по аналогичному протоколу. Анализ параметров коротколатентных вызванных потенциалов и сравнение их с результатами экстратимпанальной электрокохлеографии у тех же пациентов позволили предположить связь имеющихся изменений с наличием эндолимфатического гидропса. В связи с тем что в последующем у 3 (10,7%) пациентов были выявлены фистулы полукружного канала или лабиринта, считаем целесообразным продолжить поиск зависимости изменений параметров коротколатентных вызванных потенциалов от вида нарушений гидродинамики улитки у пациентов с головокружениями.

Микрофлора полости рта в развитии остеонекрозов костей лицевого скелета различной этиологии

Поляков К.А., Медведев Ю.А., Иванюшко Т.П., Трофимов Д.Ю., Абрамов Д.Д., Образцова Т.А., Коршунова А.В., Балыкин Р.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Учитывая принятое мнение о том, что микрофлора является основным механизмом патогенеза остеонекрозов, нельзя исключать факт ее вторичного присоединения. Это осуществляется за счет воздействия на организм в целом медикаментозных средств и лучевой терапии, которые

отрицательно влияют на процесс заживления костной раны, на ангио- и остеогенез, а также способствуют адгезии стрептококков к гидроксипатиту и пролиферации бактерий полости рта.

Материал и методы. Оценку микрофлоры ротовой жидкости у 15 больных с остеонекро-



зами проводили методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. Были проанализированы показатели у 7 больных с бисфосфонатным остеонекрозом костей лицевого скелета в сравнении с показателями у 3 больных после лучевой терапии и 5 с наркотической зависимостью.

Результаты и выводы. Уровень общей бактериальной массы и анаэробной флоры превышал показатели в контроле на 2–4 порядка. Выявлены

грибы рода *Candida*, наиболее высок был уровень *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Megasphaera*, *Veillonella*, *Dialister*, *Fusobacterium* spp., *Lachnobacterium*, *Clostridium*, *Eubacterium* spp., *Staphylococcus* spp. Различий в показателях в сравниваемых группах больных не выявлено. В ротовой жидкости после хирургического лечения показатель общей бактериальной массы и показатели изучаемых микроорганизмов не отличались от показателей здоровых лиц.

Предоперационная подготовка у больных с бисфосфонатными остеонекрозами нижней челюсти

Поляков К.А., Медведев Ю.А., Образцова Т.А.

Актуальной проблемой современной хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и онкологии является лечение остеонекроза челюсти у пациентов, получающих терапию бисфосфонатами. Бисфосфонаты являются основным средством лечения паранеопластической гиперкальциемии, а также успешно применяются при состояниях с повышенной резорбцией костной ткани остеокластами (болезнь Педжета, остеопороз), входят в состав комплексной терапии больных множественной миеломой, раком предстательной железы, раком молочной железы. Пациентам с остеопорозом бисфосфонаты назначаются в пероральной форме, тогда как в комплексной терапии больных множественной миеломой, раком предстательной железы, раком молочной железы, раком почки и т.д. применяются бисфосфонаты, вводимые внутривенно. Пациенты, прошедшие курсы лечения бисфосфонатами, – это, как правило, пациенты с иммунодефицитными состояниями, ослабленным общим

статусом, нередко с выраженными изменениями основных показателей крови и выраженным операционным и анестезиологическим риском. Именно поэтому предоперационная подготовка таких больных проводится особенно тщательно.

На базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова разработан перечень обязательных анализов и исследований, необходимых для оперативного лечения пациентов, получающих терапию бисфосфонатами. Исследования должны обязательно включать общий и биохимический анализы крови, коагулограмму, анализы на ВИЧ, гепатиты, сифилис, электрокардиографию, рентген грудной клетки, компьютерную томографию верхней и нижней челюстей для определения объема оперативного вмешательства. Необходимы консультации онколога, терапевта, а также различных смежных специалистов. Обязательным исследованием является эзофагогастродуоденоскопия вследствие частого употребления больными нестероидных противовоспалительных средств.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России,
г. Москва



Прогнозирование эффективности фотодинамической терапии хронического тонзиллита при микробиологическом исследовании содержимого лакун небных миндалин

Пыхтеева Е.Н., Русанова Е.В., Мусатенко Л.Ю.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Сложно прогнозировать эффект лечения различных форм хронического тонзиллита, но микробиологическое исследование содержимого лакун небных миндалин с определением видов микроорганизмов и их концентрации до проведения терапии позволило нам просчитать эффективность фотодинамической терапии при данной патологии.

Пациенты, прошедшие первичное обследование в рамках микробиологического исследования, были объединены в группы по результатам эффективности проведенного лечения: 1-ю группу составили пациенты с высоким эффектом от лечения, 2-ю – с удовлетворительным, в 3-й группе эффект от лечения отсутствовал.

Оценив состав и титр микрофлоры лакун небных миндалин, мы выявили, что микроорганизмы, являющиеся нормальными для данной экониши, во всех трех группах не различались как по перечню видов, так и по их концентрации. При этом патогенные для данной локализации микроорганизмы (стрептококки группы D, *E. faecalis*, *S. aureus*, энтеробактерии) в группе с отличным результатом высевались у 64% пациентов, а в группе без эффекта – в 100% случаев. Следует отметить, что в 1-й группе эти микроорганизмы были представлены в составе двухкомпонентных ассоциаций в концентрации 10^3 КОЕ/тамп, а во 2-й – преимущественно в составе трехкомпонентных ассоциаций и в концентрации 10^5 – 10^6 КОЕ/тамп.

Опыт использования системы низковакуумного дренирования при видеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластике паховых грыж

Савин А.С.¹, Дворянkin Д.В.^{1,2}, Хохлов А.В.¹

¹ ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» МЧС России, г. Санкт-Петербург

² ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», г. Москва

Актуальность проблемы обусловлена частым образованием гематом при выполнении тотальной экстраперитонеальной пластики у лиц с высоким риском кровотечения, а также с выраженным болевым синдромом, который может сопровождать их появление.

Цель – оценка результатов использования системы низковакуумного дренирования при видеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластике паховых грыж у пациентов с высоким риском кровотечения.

Материал и методы. В исследование включены пациенты, имеющие высокие риски кровотечения, которым выполнялось вмешательство

по методике тотальной экстраперитонеальной пластики с 2015 по 2016 г. В группу риска попали пациенты с отклонениями, выявленными в ходе предоперационного обследования, по следующим показателям: международное нормализованное отношение, протромбиновое время, уровень тромбоцитов, активированное парциальное тромбопластиновое время, фибриноген, а также пациенты с артериальной гипертензией II–III степени, приемом антикоагулянтов в анамнезе. Методом случайного отбора пациенты были разделены на две группы: в основную группу вошли 25 пациентов, которым выполнялось аспирационное дренирование, в контроль-



ной группе (также 25 пациентов) дренирование не проводилось. Средний возраст пациентов составил $46,6 \pm 6,2$ года и $38,4 \pm 7,5$ года соответственно.

В основной группе число косых паховых грыж составило 28 (78%), прямых – 8 (22%). Комбинированные грыжи наблюдались у 5 пациентов (20%), двухсторонние грыжи – у 6 (24%), пахово-мошоночные – у 3 (12%). В контрольной группе косых паховых грыж было 26 (79%), прямых – 7 (21%). Комбинированные грыжи отмечались у 4 (16%) пациентов, двухсторонние – также у 4 (16%), пахово-мошоночные – у 2 (8%). Система аспирационного дренирования была удалена у 24 (96%) пациентов в первый послеоперационный день, у 1 (4%) – на второй. Критерием оценки эффективности использования дренажной системы являлась частота развития гематом в послеоперационном периоде. У пациентов в послеоперационном периоде также оценивался болевой синдром по 10-балльной шкале субъективной оценки боли.

Результаты. Медиана периода наблюдения составила 9 месяцев (диапазон 1–18 меся-

цев). Средний срок госпитализации в основной группе был равен $3,1 \pm 1,4$ дня, в контрольной – $3,0 \pm 1,2$ дня. Послеоперационные гематомы наблюдались у 3 (12%) пациентов основной группы и 8 (32%) – контрольной. Оценка наличия и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде в основной группе составила $2,9 \pm 1,3$ балла в 1-й день после операции с регрессом до $1,2 \pm 0,7$ на 7-й послеоперационный день. В контрольной группе показатели составили $2,1 \pm 1,4$ балла в 1-й день и $1,4 \pm 0,8$ на 7-й день.

Выводы. Применение системы низковакуумного дренирования при видеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластике паховых грыж целесообразно в группе пациентов с высоким риском кровотечения для снижения частоты возникновения послеоперационных гематом. Использование данной системы не увеличивает продолжительность нахождения таких больных в стационаре, позволяет снизить частоту возникновения гематом в послеоперационном периоде, при этом незначительно увеличивает выраженность болевого синдрома в первый день после операции.

Послеоперационная физическая реабилитация больных раком гортани

Секирин А.Б., Ильин В.С., Герасименко М.Ю., Лазаренко Н.Н., Прикулс В.Ф.

Общеизвестно, что здоровый образ жизни является основой хорошего здоровья и долголетия. Не менее известны и причины, ухудшающие здоровье; одна из них – влияние курения на организм, в частности, на гортань. По данным Американской ассоциации пульмонологов (American Lung Association), из всех оперированных пациентов по поводу рака легких курящих всего около 20%, в то время как рак гортани, составляющий до 4% в общем количестве онкологических заболеваний, напрямую зависит от курения.

Наблюдения за пациентами Московской области в ЛОР-клинике института показывают увеличение из года в год количества обращающихся по поводу нарушения функции дыхания, осиплости голоса и пр. Если за период с 2009 по 2012гг. после обследования рак гортани был подтвержден у 72 больных, то к 2013 г. эта цифра достигала

уже сотни. Почти все больные (98%) – это курящие мужчины в возрасте от 56 до 76 лет. При изучении анамнеза выяснилось, что стаж курения больных, как правило, составляет 20 лет и более, а количество выкуриваемых сигарет – от 1 до 2 пачек в день.

Для лечения рака гортани в ЛОР-отделении применяются хирургические методы, а также лучевой (отделение радиологии) и комбинированные. Послеоперационная физическая реабилитация данной категории больных (особенно после ларингэктомии) осложняется тем, что пациент лишен возможности говорить, а также зачастую его плохим эмоциональным состоянием.

Тактика мероприятий по физической реабилитации пациентов после ларингэктомии заключается в следующем: до операции после изучения анамнеза, проведенного ЛОР-хирургом, проводим беседу с пациентом в зале лечебной

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



физической культуры (ЛФК). По нашему мнению от результата предварительной беседы зависит качество дальнейшей послеоперационной реабилитации. Контингент пациентов очень сложный, как правило, они с большим трудом идут на контакт и, что самое печальное, не верят в успех физических упражнений и физиотерапии. В этой связи главной задачей мы считаем установление взаимопонимания с пациентом, и только на этом благоприятном фоне ему может быть предложен комплекс упражнений до и после операции.

На предоперационном этапе предлагается комплекс утренней гигиенической гимнастики в постели, который включает в себя самомассаж головы, ушей, глаз, рук и ног. Основная цель, которая при этом преследуется, – научить пациента обращать внимание на себя, на свой организм. Затем включаются простейшие упражнения на потягивание, сгибание и разгибание рук и ног, упражнения для мышц живота, упражнения на тренировку дыхания в различных сочетаниях (по продолжительности вдоха и выдоха). Для активизации организма в течение дня рекомендуем прогулки, во время которых продолжаем тренировать дыхание.

На следующий день после ларингэктомии в зависимости от состояния пациента рекомендуем продолжать тренировку дыхания (в замедленном ритме). Кроме того, предлагается ряд различных головоломок из проволоки или другие предметы (кубик Рубика, цилиндры, бочонки

и пр.). Через 3–4 дня мы приглашаем пациента для тренировки дыхания в зал ЛФК, где продолжаем обучать его «осознавать» дыхание в спокойном состоянии, перестраиваться во время ходьбы на беговой дорожке и уметь успокаиваться через дыхание после полученной нагрузки. До и после операции проводим измерение различных дыхательных объемов и проб (жизненной емкости легких, Штанге и Генчи), наблюдаем за изменениями частоты сердечных сокращений, артериальным давлением, сатурацией крови (SO₂), изучаем данные спектрофотометрии околооперационной зоны.

Кроме медикаментозного лечения и ЛФК в послеоперационном периоде проводится и физиотерапия: аэрозольтерапия, электромиостимуляция мышц шеи, магнитотерапия и пр.

Результаты проведенных различных дыхательных проб у больных раком гортани оправдывают тактику послеоперационной физической реабилитации при данной патологии, причем следует отметить не только положительные сдвиги в различных функциональных показателях, но и приобретение больными уверенности в поведении и общении, а значит, и улучшение качества жизни. При этом специалистам ЛФК необходимо иметь четкое представление о послеоперационных изменениях в гортани и, главное, гибкий подход к методике проведения ЛФК. Невозможно предложить методику проведения занятия, не побеседовав с пациентом. На наш взгляд, стандарт здесь быть не может.

Особенности предоперационной подготовки больных с коксартрозом

Секирин А.Б., Кель А.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель – уточнить возможности комплексной предоперационной реабилитации больных с коксартрозом.

Материал и методы. В исследование вошли 140 больных с коксартрозом в период ожидания и подготовки к плановому эндопротезированию тазобедренного сустава. Все пациенты прошли стандартное в таких случаях обследование. Задачей реабилитационных мероприятий было увеличение объема пассивной люфтовой подвижности в пораженных суставах, стабилизация

состояния позвоночника и крестцово-тазового комплекса и восстановление гипотрофированной постуральной мускулатуры данной области хотя бы в объеме, необходимом для компенсированной фиксации костно-суставных соотношений этой зоны. В работе доминировал принцип Микулича о невозможности полноценной реабилитации без предварительной систематической мобилизации всех заинтересованных сегментов опорно-двигательного аппарата; далее – очень умеренная лечебная физическая культура для



активизации мышц, подкрепляемая витаминотерапией группы В для улучшения аэробного метаболизма постуральных мышц и статические техники мышечно-суставного воздействия для восстановления люфтовой подвижности суставных элементов. Массаж использовался в минимальном объеме исключительно в качестве симптоматического средства для коррекции усталостного тонуса восстанавливаемых мышц. Подготовка позвоночника осуществлялась обычным набором мануальных техник, регламентированных официальными положениями об этой специальности. Отличительной особенностью была особая техника люфтовой мобилизации сустава: на фоне легких ротационных осцилляций

бедра, осуществляемых врачом в безболезненном объеме, больной, увеличивая тонус приводящих мышц, интенсивно сжимал установленный между его коленями кулак врача при выпрямленных и далее при максимально согнутых в тазобедренных суставах ногах.

Результаты. Вышеприведенный комплекс облегчал послеоперационную реабилитацию пациентов с коксартрозом, ускоряя их полноценную активизацию в условиях стабильности элементов тазобедренного сустава.

Выводы. Комплексная предоперационная реабилитация больных с коксартрозом должна включать научно обоснованные методологии, выполняемые коллективом специалистов.

Интраоперационные осложнения хирургического лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей

Сорвин В.А., Дробышев А.Ю., Свиридов Е.Г., Заборовский В.В., Дробаха К.В.

Задачей ортогнатической хирургии является достижение лицевой гармонии, коррекция скелетных деформаций и окклюзии зубов. На современном этапе развития ортогнатической хирургии осложнения во время проведения хирургического этапа лечения приводят к ухудшению качества жизни пациентов.

Цель – повышение эффективности диагностики, предоперационного планирования и хирургического этапа комбинированного лечения пациентов с врожденными аномалиями челюстей.

Материал и методы. Проведено хирургическое лечение 1537 пациентов с врожденными аномалиями челюстей. У 237 пациентов интраоперационно были выявлены осложнения: повреждение нисходящей небной артерии,

повреждение нижнего альвеолярного нерва, повреждение или перелом корней зубов, перфорация слизистой оболочки твердого неба, искривление носовой перегородки, неконтролируемые переломы остеотомированных фрагментов, перфорации слизистой оболочки носа, неудовлетворительная фиксация минипластин, повреждение подбородочного нерва и артерии при гениопластике.

Результаты. Комплексное обследование, правильное предоперационное планирование и ортодонтическая подготовка пациентов с врожденными аномалиями челюстей позволяют получить стабильный и предсказуемый результат лечения, минимизировать риск развития интраоперационных осложнений на хирургическом этапе комбинированного лечения.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва



Оптические методы диагностики в эндоскопии

Терещенко С.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Концепция развития патологического процесса, особенно злокачественного, состоит в том, что дискретные клеточные изменения ведут к формированию процессов, укладывающихся в картину предракового заболевания на протяжении длительного времени. Современная тенденция развития методов диагностики и лечения в клинической медицине основана на разработке наукоемких технологий, работающих в режиме реального времени, не оказывающих на организм пациента химического, лучевого и прочего отрицательного воздействия, применяемых с минимальной инвазивностью и дающих врачу время и инструмент для выявления тех процессов, которые с высокой вероятностью приведут к развитию заболевания, особенно злокачественного, а также предполагающих возможность остановить эти изменения.

Этим требованиям отвечают методы оптической диагностики: биоспектрофотометрия, оптическая когерентная томография, лазерная доплеровская флоуметрия. Эндоскопическое применение биоспектрофотометрии позволяет регистрировать на спектрограммах наличие веществ, характерных для определенного патологического состояния биоткани. Внутриорганное использование оптической когерентной томогра-

фии фиксирует структурные изменения биоткани в процессе развития заболевания. Данные лазерной доплеровской флоуметрии определяют тип микроциркуляции пациента для оценки его реакции на экзогенное воздействие, проводимое при оперативной эндоскопии (полипэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и др.), что важно для прогнозирования, профилактики и лечения осложнений.

В процессе проведенного исследования показана возможность применения оптических методов диагностики в эндоскопии, установлены чувствительность, специфичность и точность вышеуказанных методов в диагностике эрозивно-язвенной и опухолевой патологии верхнего отдела пищеварительного тракта, воспалительных заболеваний толстой кишки. Разработанные оптические критерии позволяют оптимизировать место взятия биопсийного материала, устанавливать границы и глубину залегания патологического процесса, стадию поражения, формировать группы повышенного риска развития заболевания, проводить своевременное медикаментозное и радикальное оперативное лечение, контролировать качество заживления, прогнозировать осложнения, оптимизировать способы их профилактики и лечения.

Изменения популяционного состава циркулирующих лимфоцитов при активном течении саркоидоза органов дыхания

Терпигорев С.А., Семашкова А.Е.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

При саркоидозе органов дыхания прогрессирующий воспалительный процесс сопровождается увеличением притока лимфоцитов в легочную ткань и развитием преходящей лимфопении. Вместе с тем надежность использования уровня лимфоцитов крови для оценки течения саркоидоза остается недостаточно высокой. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о том, что

изменения субпопуляционного состава лимфоцитов более точно характеризуют динамику текущего воспаления.

Целью исследования было выявление изменений субпопуляций лимфоцитов у больных с различным течением саркоидоза легких. К исследованию были привлечены 52 пациента (42 женщины, 10 мужчин) с морфологически



верифицированным заболеванием, которые согласно принятым критериям Международной ассоциации по саркоидозу и легочным гранулематозам (World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders – WASOG) были разделены на группы с активным (группа А, 34 пациента) и неактивным (группа Н, 18 больных) течением саркоидоза. Длительность заболевания составляла не менее 2 месяцев. Проводилось иммунофенотипирование клеток лимфоцитарного пула периферической крови пациентов методом проточной цитометрии с использованием моноклональных антител.

В группе А у 21 пациента отмечался значительно меньший уровень CD3⁺ клеток крови (снижение до 18,5% по сравнению с группой Н, $p < 0,0002$), у 7 было выявлено увеличение количества CD19⁺ клеток, еще у 21 – повышение уровня CD3⁺CD16⁺CD56⁺ клеток (на 17,0 и 10,5% соответственно, $p < 0,005$). При оценке дальнейшего течения заболевания с использованием результатов динамического компьютерно-томогра-

фического исследования грудной клетки было выявлено, что в группе с неактивным течением саркоидоза у 4 пациентов болезнь прогрессировала в течение первого года наблюдения, что сочеталось со снижением количества CD3⁺ (до 18,0% от исходной величины), повышением количества CD19⁺ и CD3⁺CD16⁺CD56⁺ клеток (до 13,8 и 4,3% от исходной величины соответственно). Таким образом, возникающий дисбаланс популяционного состава циркулирующих лимфоцитов был связан с воспалительной активностью и распространенностью гранулематозного процесса.

Заключение. При саркоидозе органов дыхания признаки активности гранулематозного воспаления и прогрессирования заболевания сочетаются с изменениями состава циркулирующего пула лимфоцитов в виде снижения CD3⁺, повышения CD19⁺ и CD3⁺CD16⁺CD56⁺ клеток, что может быть использовано в качестве теста лабораторной оценки воспалительного процесса, а также для решения прогностических задач.

Особенности лечения больных с хроническим продуктивным остеомиелитом

Трофимов С.А., Дробышев А.Ю., Жукова Н.А., Якименко И.И., Царёв В.Н., Афанасьева Е.А.

Хронический продуктивный остеомиелит является одной из атипичных форм остеомиелита, относится к редким случаям в практике челюстно-лицевого хирурга. Заболевание имеет первично-хроническое начало, в течение длительного периода никак себя не проявляет. Со временем возникают боли, иррадирующие по пораженной половине челюсти, отек, воспалительный инфильтрат, развивается деформация челюсти. Хронический продуктивный остеомиелит имеет циклическое течение, характеризующееся периодами ремиссий и обострений, которые могут случаться до 10 раз в год. Этиология и патогенез данного заболевания до настоящего времени окончательно не ясны, однако одним из ведущих факторов в патогенезе считается одонтогенная инфекция.

С 2010 по 2015 г. на базе нашей клиники проведено лечение 12 больных (83% детей 10–14 лет и 16% взрослых от 24 лет до 41 года) продуктив-

ным остеомиелитом нижней челюсти. Лечение включало санацию полости рта – удаление зубов с очагами периапикальной инфекции, а также проведение в течение 10–14 дней антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия: препаратами пенициллинового ряда (Амоксиклав – 58%) и цефалоспорины II поколения (Цефтриаксон – 12%). В результате лечения полной ремиссии заболевания удалось достигнуть в 32% случаев. Полученный результат является недостаточным, что указывает на необходимость повышения эффективности лечения больных хроническим продуктивным остеомиелитом челюстей.

В настоящий момент на кафедре проводится анализ результатов обследования 12 больных хроническим продуктивным остеомиелитом челюстей для составления схемы антибактериальной терапии у взрослых и детей, а также подбора иммунокорректирующей терапии, оптимизации

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва



протокола лечения данной категории больных. По нашему мнению, необходимо проведение микробиологического мониторинга и молекулярной диагностики, что позволит разработать

схемы пролонгированной антибактериальной терапии, учитывая роль одонтогенной инфекции в патогенезе хронического продуктивного остеомиелита челюстей.

Инфузия левосимендана у пожилых больных со сниженной фракцией изгнания левого желудочка улучшает результаты хирургического лечения в некардиальной хирургии

Убасев Ю.В.¹, Скрипкин Ю.В.^{2,3}, Забелина Т.С.², Сунгуров В.А.¹, Ломиворотов В.В.⁴, Марченко Д.Н.⁵, Лихванцев В.В.^{2,3}

¹ Военно-медицинская организация, г. Голицыно

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

³ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского», г. Москва

⁴ ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, г. Новосибирск

⁵ ГБУЗ г. Москва «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ», г. Москва

Актуальность. Застойная сердечная недостаточность устойчиво ассоциируется с неблагоприятными исходами и двукратным повышением летальности в некардиальной хирургии. В этой связи особую актуальность приобретают методы, направленные на предупреждение развития и терапию острой сердечной недостаточности в интраоперационном периоде.

Цель – изучить эффективность предоперационного введения левосимендана для уменьшения смертности и сроков лечения пациентов со сниженной фракцией изгнания левого желудочка при внекардиальных операциях.

Материал и методы. Было проведено мультицентровое рандомизированное слепое плацебоконтролируемое исследование эффективности применения левосимендана для улучшения прогноза внекардиальных операций у пожилых (60–75 лет) пациентов с низкой фракцией изгнания левого желудочка. По принципу “intention-to-treat” в исследование был рандомизирован 81 пациент.

Методом конвертов больные были разделены на две группы: у пациентов 1-й (контрольной) группы стандартная подготовка к операции была дополнена внутривенной инфузией раствора плацебо Солувит (раствор поливитаминов желтого цвета, неотличимый от левосимендана). У пациентов 2-й (основной) группы стандартная подготовка к операции была дополнена внутривенной инфузией раствора левосимендана (препарат Симдакс, Orion Pharma, Финляндия); препарат вводился без нагрузочной дозы. За сутки до опе-

рации пациентов помещали в отделение реанимации и интенсивной терапии, где под контролем неинвазивного мониторинга проводили внутривенную инфузию раствора левосимендана в дозе 0,05–0,1 мкг/кг/мин.

Метод анестезии и тактика ведения раннего послеоперационного периода были идентичны в сравниваемых группах. Были выделены три этапа исследования, на которых фиксировали значения сердечного индекса, фракции изгнания левого желудочка и NT-proBNP. Изучали необходимое время пребывания в палате интенсивной терапии и стационаре, количество жизнеугрожающих осложнений в раннем послеоперационном периоде, 30-дневную и годовую летальность.

Результаты. Инфузия левосимендана со скоростью 0,05–0,1 мкг/кг/мин пациентам с низкой фракцией изгнания левого желудочка непосредственно перед выполнением хирургического вмешательства снижает сроки пребывания в палате интенсивной терапии на 2 суток, необходимое время пребывания в стационаре – на 3 суток. Количество больных, нуждавшихся в инотропной поддержке в интра- и ближайшем послеоперационном периоде, было заметно ниже в исследуемой группе. Доза добутамина, необходимая для поддержания эффективного кровообращения, также существенно различалась: в контрольной группе она составляла 7 [5; 8] мкг/кг/мин, в основной – 0 [0; 5] мкг/кг/мин ($p < 0,001$).

Проведенное исследование post hoc показало, что лучшим соотношением «чувствитель-



ность/специфичность» в плане прогнозирования 30-дневной летальности в кумулятивной группе обладал показатель NT-proBNP на этапе «исход» (AUC = 0,86 [0,77–0,93], $p < 0,0001$).

Вывод. Таким образом, рекомендуется внутривенная инфузия левосимендана со скоростью

0,05–0,1 мг/кг/мин в предоперационном периоде пожилым больным с низкой фракцией изгнания левого желудочка для профилактики возможных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и снижения сроков лечения в палате интенсивной терапии и стационаре.

Карбонилированные белки – ранние предикторы острой почечной недостаточности при аортокоронарном шунтировании с искусственным кровообращением

Филипповская Ж.С.¹, Гребенчиков О.А.¹, Зиновкин Р.А.², Лихванцев В.В.¹

Изучалась динамика содержания карбонилированных белков в плазме крови 20 пациентов на этапах аортокоронарного шунтирования с искусственным кровообращением (средняя длительность искусственного кровообращения – $125,4 \pm 24,6$ минуты).

Выявлено увеличение уровня карбониллов на 150% ($p = 0,001$) на момент окончания искусственного кровообращения по сравнению с исходом. Высокий уровень карбониллов сохраняется на 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода: в обоих случаях 130% по отношению к исходу ($p = 0,0048$ и $p = 0,039$ соответственно).

Таким образом, течение раннего послеоперационного периода при аортокоронарном шунтировании с искусственным кровообращением характеризуется выраженным окислительным стрессом, сохраняющимся как минимум до 3-х суток послеоперационного периода. Сильная

корреляционная связь ($r = 0,92$) выявлена между временем искусственного кровообращения и уровнем карбониллов в плазме оперированных пациентов, что может свидетельствовать в пользу наличия отчетливой связи длительности искусственного кровообращения и послеоперационного окислительного стресса.

При изучении корреляционной связи уровня карбониллов и уровня креатинина в плазме пациентов обнаружилась значимая связь ($r = 0,816$) на 1-е сутки послеоперационного периода. Уровень карбониллов, измеренный после искусственного кровообращения, обладает хорошей прогностической способностью в отношении развития острой почечной недостаточности (чувствительность 83,3%; специфичность 63,4%), что позволяет рассматривать уровень карбониллов в плазме крови пациентов как ранний предиктор развития острой почечной недостаточности.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

² Научно-исследовательский институт физико-химической биологии имени А.Н. Белозерского МГУ, г. Москва

Сочетанная плазмодифльтрация и адсорбция в лечении септического шока

Фомин А.М., Зацепина А.А.

Один из патогенетических подходов к терапии септического шока предполагает элиминацию медиаторов системной воспалительной реакции – цитокинов и может быть реализован, в частности, в виде сочетанной плазмодифльтрации и адсорбции (СПФА).

Цель – провести сравнительную оценку эффективности СПФА и продленной вено-венозной гемодифльтрации у больных с септическим шоком.

Материал и методы. В исследовании участвовали 53 пациента с хирургическим сепсисом

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



различного генеза. Пациенты случайным образом распределялись в две группы. Пациентам основной группы (27 человек) помимо стандартного лечения, рекомендованного Surviving Sepsis Campaign (2013), проводилась СПФА, в контрольной группе (26 человек) – продленная вено-венозная гемофильтрация. Различия между группами не имели статистической значимости ($p > 0,05$). Процедура СПФА осуществлялась на гемопроцессоре Lynda. Скорость потока крови составила 180–200 мл/мин, поток плазмы – 15–25% от потока крови. Гемофильтрация (в режиме постдилюции) осуществлялась в объеме 4000 мл/ч. Каждому пациенту проведено 3 процедуры, длительность каждой – 14–22 часа. Объем обработанной плазмы – 0,19–0,24 л/кг/сут. Продленная вено-венозная гемофильтрация проводилась на аппарате Prismaflex. Продолжительность процедур 12–22 часа, объем замещающего раствора – 35–40 мл/кг/ч. Каждому пациенту также проведено 3 процедуры.

Результаты. Выявлена положительная динамика гемодинамических и вентиляционных показателей в обеих группах: повышение уровня среднего артериального давления (на $20,1 \pm 2,45$ в основной группе и на $13,4 \pm 1,5\%$ в контрольной); индекса PO_2/FiO_2 (на $16,7 \pm 3,2$ и $9,8 \pm 2,75\%$ соответственно). У всех

больных основной группы снижены дозы симпатомиметической и вазопрессорной поддержки, в контрольной группе снижение дозы симпатомиметиков наблюдалось в 88,4% случаев. Интегральная оценка по шкале органной недостаточности (Sepsis-related Organ Failure – SOFA) в группе СПФА по окончании процедур составила 9–11 баллов (до процедур 14–16 баллов), в группе продленной вено-венозной гемофильтрации – 12–13 и 14–17 баллов соответственно. По шкале APACHE 2 в группе СПФА было 14–17 баллов (до процедур 21–25), в группе продленной вено-венозной гемофильтрации – 17–19 и 21–25 баллов соответственно. Клинически значимых осложнений в ходе процедур не отмечено. Выявлено снижение уровня провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли- α на $31,4 \pm 4,2$ и $15,3 \pm 2,1\%$; интерлейкина 1 на $35,2 \pm 5,3$ и $9,4 \pm 2,7\%$, интерлейкина 6 на $39,2 \pm 6,7$ и $21,3 \pm 4,3\%$ в основной и контрольной группах соответственно). Различия в исследуемых показателях статистически достоверны ($p < 0,05$).

Вывод. Эффективность СПФА в лечении септического шока у хирургических больных, оцениваемая как по клиническим, так и по лабораторным критериям, достоверно превосходит эффективность продленной вено-венозной гемофильтрации.

Эффективность применения низкопоточного продленного вено-венозного гемодиализа с использованием сверхвысокопроницаемых мембран в лечении острого почечного повреждения при синдроме позиционного сдавления

Фомин А.М., Зацепина А.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Синдром позиционного сдавления достаточно часто осложняется развитием острого почечного повреждения, требующего заместительной почечной терапии. В патогенезе прогрессирования органной дисфункции значительную роль играет не только высвобождение из поврежденных миоцитов целого ряда веществ (миоглобин, креатинфосфокиназа (КФК), лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

и др.), но и развитие системной воспалительной реакции как ответа на клеточное повреждение. Вот почему использование сверхвысокопроницаемых мембран (размер удаляемых молекул – до 50 кД) является патогенетически обоснованным.

Цель – оценка эффективности применения низкопоточного продленного вено-венозного гемодиализа с использованием сверхвысокопро-



нищаемых мембран в коррекции метаболических нарушений при синдроме позиционного сдавления, осложнившимся развитием острого почечного повреждения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента с синдромом позиционного сдавления, развившимся вследствие острой алкогольной интоксикации либо передозировки наркотическими препаратами. Все пациенты – мужчины, средний возраст $29,4 \pm 5,3$ года. Терапию начинали на 3–5-е сутки от начала заболевания, длительность позиционного сдавления составила $10,3 \pm 2,4$ часа. Тяжесть острого почечного повреждения (с использованием критериев RIFLE) оценивалась как “failure” (III стадия по AKIN) у 100% больных. Изначальное повышение уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкина (ИЛ)-6 на $23,4 \pm 5,1\%$, TNF- α на $26,7 \pm 3,8\%$) наблюдалось у 28 (87,5%) больных. Заместительная почечная терапия осуществлялась с использованием сверхвысокопроницае-

мых капиллярных диализаторов EMiC2 на гемопроцессоре Multifiltrate (Fresenius, Германия). Скорость потока крови – 160–180 мл/мин, поток диализата – 1500–2000 мл/ч ($20\text{--}30$ мл/кг/ч), продолжительность процедуры – 18–26 часов, гепаринизация – 400–600 ЕД/ч. Каждому пациенту проводилось 3 процедуры.

Результаты. У всех больных исследуемой группы отмечалось снижение уровня ряда биохимических и иммунологических маркеров (миоглобина сыворотки крови на $29,3 \pm 6,8\%$, креатинина на $44,7 \pm 8,2\%$, КФК на $35,3 \pm 6,1\%$, ЛДГ на $31,9 \pm 4,4\%$, ИЛ-6 на $19,3 \pm 6,45$, TNF- α на $16,6 \pm 7,3\%$). Средние сроки восстановления почечной функции составили $17,5 \pm 3,5$ суток. Случаев летального исхода в исследуемой группе зафиксировано не было.

Вывод. Данный метод является эффективным и безопасным и может быть использован в терапии острого почечного повреждения при синдроме позиционного сдавления.

Лечение состояний с печеночной недостаточностью на фоне механической желтухи при использовании селективной плазмофльтрации

Фомин А.М., Зяблицев С.В.

Печеночная недостаточность занимает ведущее место среди причин смерти при обтурационных поражениях билиарной системы как следствие декомпенсированной механической желтухи. Летальность составляет 15–60%.

Цель – изучение эффективности селективной плазмофльтрации (СПФ) в лечении больных с механической желтухой, осложненной печеночной недостаточностью.

Материал и методы. Исследование проведено у 21 больного с обтурационными заболеваниями желчных путей. Возраст пациентов колебался от 21 до 69 лет. Распределение больных по длительности желтухи было следующим: до 1 месяца – 23,8%; 1–3 месяца – 66,7%; более 3 месяцев – 9,5%. Причинами механической желтухи явились заболевания гепатодуоденальной зоны: в 33,3% случаев – доброкачественные, в 66,7% – злокачественные. У всех больных были признаки гепатоцеребральной недостаточности: I стадии – у 3 больных, II –

у 7, III – у 11. У 47,6% больных механическая желтуха осложнилась гнойным холангитом.

Для проведения селективной плазмофльтрации использовали: гемопроцессор System AK-10 (Gambro, Швеция); селективный плазмофильтр Evaclio EC-2; катетеры диализные двухходовые; стандартный полиэлектролитный раствор для гемодиализа Accusol 2+ (Baxter, США). Для оценки эффективности СПФ изучали динамику фракций билирубина до и после проведения СПФ. Установили снижение всех фракций, но наиболее эффективно (на 53,6%) снижалась прямая фракция, которая при механической желтухе наиболее высока. В ходе проведения СПФ наблюдали снижение уровня альбумина крови. В связи с этим определяли уровень альбумина в фильтрате, и на основании этого рассчитали коэффициент просеивания для плазмофильтра Evaclio EC-2. Рассчитанный коэффициент составил 0,3. Коэффициент просеивания использовали для расчета восполнения потерь альбумина.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва



Нами установлено отсутствие отрицательного влияния СПФ на показатели свертывающей системы крови: протромбиновую активность по Квику, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген.

Выводы.

1. Селективная плазмофильтрация – эффективная технология в лечении больных печеночной недостаточностью и снижении уровня билирубина крови.

2. Использование селективной плазмофильтрации в сравнении с плазмаферезом позволяет обрабатывать больший объем крови при снижении количества вводимого альбумина и снижает потери высокомолекулярных компонентов плазмы, таких как иммуноглобулин, фактор роста гепатоцитов и др.

3. Селективная плазмофильтрация не оказывает отрицательного влияния на показатели свертывающей системы крови.

Возможности метода многоцветной проточной цитометрии в диагностике минимальной остаточной болезни при В-клеточном хроническом лимфолейкозе

Чуксина Ю.Ю., Шевелев С.В., Яздовский В.В., Катаева Е.В., Голенков А.К.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Актуальность. В последние годы доказана роль минимальной остаточной болезни при В-клеточном хроническом лимфолейкозе (ХЛЛ) как независимого прогностического фактора для показателей выживаемости без прогрессирования и общей выживаемости, качества ремиссии и индивидуализации терапии. Метод четырехцветной проточной цитометрии при оценке минимальной остаточной болезни (МОБ) по Международному протоколу ERIC является высокочувствительным (1 лейкозная клетка на 10 000 лейкоцитов), имеет преимущества в скорости определения, меньшей стоимости по сравнению с аллельспецифической полимеразной цепной реакцией. На этапе первичной иммунофенотипической диагностики нами была обнаружена переменная экспрессия R-ИЛ-2 (CD25) на В-лимфоцитах у больных ХЛЛ (от 0,02 до 87% позитивных клеток), что обусловило актуальность изучения возможной прогностической роли данного показателя.

Цель – выявление прогностической значимости иммунофенотипических маркеров клеток В-ХЛЛ при оценке МОБ после индукционной терапии R-FC (Флудара, Циклофосфан, Ритуксимаб) у первичных и резистентных больных ХЛЛ.

Материал и методы. Иммунофенотипическая оценка МОБ проведена на 69 образцах периферической крови и костного мозга методом че-

тырехцветной проточной цитометрии (Becton Dickinson, США) по протоколу ERIC.

Результаты. Оценка МОБ показала высокую эффективность режима R-FC и позволила определить показания к проведению поддерживающей монотерапии Ритуксимабом.

При наличии исходного уровня CD25⁺ В-лимфоцитов более 20% у больных ХЛЛ вероятность достижения МОБ-негативной полной ремиссии была достоверно ниже, а МОБ-позитивной полной ремиссии – достоверно выше, чем у больных с отсутствием экспрессии CD25 на В-лимфоцитах ($p=0,0377$; отношение шансов 8,9). При наличии CD25⁺ В-лимфоцитов более 20% вероятность рецидива была достоверно выше, чем в отсутствие экспрессии CD25 ($p=0,000013$; отношение шансов 19,5). Уровень CD25⁺ В-лимфоцитов при прогрессировании заболевания достоверно ($p<0,05$) увеличивался по сравнению с исходным уровнем до начала терапии.

Выводы. Оценка МОБ позволяет определить качество ремиссии и выбрать тактику индивидуальной терапии. Уровень экспрессии CD25 на В-лимфоцитах в дебюте заболевания может быть маркером высокой вероятности рефрактерности к терапии и низкого качества ремиссии заболевания. Уровень экспрессии CD25 на В-лимфоцитах при ХЛЛ может служить прогностическим фактором прогрессирования и рецидива заболевания.



Материалы для восстановления нижней стенки глазницы

Шаманаева Л.С.

Нижняя стенка глазницы повреждается как при обширных переломах верхней челюсти по типу Ле Фор II, III и скулоглазничного комплекса, так и изолированно при резком увеличении давления внутри глазницы, когда внешний контур остается целым и ломаются тонкие нижняя и медиальная стенки.

В челюстно-лицевой хирургии для реконструкции нижней стенки глазницы используют различные ауто- и аллотрансплантаты, а также материалы небиологического происхождения: силикон, биоактивное стекло, материалы на основе полиэтилена, металлические имплантаты и др. Все они имеют свои преимущества и недостатки. В клинике челюстно-лицевой хирур-

гии Университетской клинической больницы № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова применяют имплантаты из сетчатого и пористого никелида титана. Положительными свойствами данных материалов являются эластичность, высокая биоинертность, возможность интраоперационного моделирования, отсутствие необходимости дополнительной фиксации за счет структуры имплантатов, способствующей «прорастанию» тканей, доступность и простота использования.

Отдаленные результаты прослежены у 60 пациентов в сроки от 3 месяцев до 4 лет. Ни в одном случае мы не встретили осложнений, связанных с инфицированием, изменением положения имплантата, нарушением функции зрения.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России,
г. Москва

Влияние различных видов седации на динамику послеоперационного делирия

Шапкин М.А., Гребенчиков О.А., Филипповская Ж.С., Майорова Е.Н.

Актуальность. Делирий – частое явление в отделении реанимации и интенсивной терапии, существенно ухудшающее прогноз основного заболевания.

Цель – изучить влияние различных вариантов седации на длительность и степень выраженности делирия, а также динамику маркера нейронального повреждения – белка S100B.

Материал и методы. Все больные с развившимся послеоперационным делирием были разделены на две группы. Рандомизация проводилась методом конвертов. В группе 1 седация осуществлялась препаратом дексметомидин, в группе 2 – препаратом пропофол. На данный момент в каждую из групп вошло по 7 больных с диагностированным делирием. Каждые 6 часов больные пробуждались и оценивались по шкалам CAM-ICU и ICDSC; кроме того, у всех пациентов в динамике оценивали уровень белка S100B.

Учитывалась продолжительность седации в обеих группах.

Результаты. Продолжительность делирия в группе 1 составляла 5,3 дня, в группе 2 – 5,75 дня ($p > 0,3$). Степень выраженности делирия, оцененная по шкале ICDSC, в группе 1 составляла 5,0, в группе 2 – 6,5 ($p < 0,05$). В первые сутки развития делирия уровень белка S100B в группе 1 был равен $17,35 \pm 4,5$ пг/мл, в группе 2 – $43,22 \pm 5,72$ пг/мл ($p > 0,04$), на момент разрешения делирия – $36,5 \pm 4,9$ и $63,8 \pm 10,22$ пг/мл в группах 1 и 2 соответственно ($p < 0,05$).

Вывод. На основании предварительных данных можно предположить меньшую степень выраженности делирия и меньшую величину маркера нейронального повреждения белка S100B в группе пациентов, принимающих дексметомидин, по сравнению с принимающими пропофол.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»,
г. Москва



Мониторинг заболеваемости и задачи диспансеризации ликвидаторов Чернобыльской катастрофы на современном этапе

Широкова Е.Б., Талалаева Т.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

На протяжении 30 лет после Чернобыльской катастрофы всесторонне изучается состояние здоровья ее ликвидаторов.

Цель – изучение заболеваемости ликвидаторов катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) для оптимизации ежегодной диспансеризации и ранней диагностики онкологических и соматических заболеваний.

Материал и методы. Проанализированы результаты многолетнего наблюдения и обследования в клинике профпатологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского состояния здоровья ликвидаторов катастрофы на ЧАЭС и данные медико-дозиметрического регистра Московской области за 30 лет с момента аварии.

Результаты. В первые 5–10 лет после аварии на ЧАЭС у ликвидаторов преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта: гастриты, дуодениты, в том числе эрозивные, ассоциированные с хеликобактерной инфекцией умеренной степени (наблюдались у 80,8%, что превышало популяционный уровень). Эти заболевания протекали на фоне нарушения ферментной и резорбтивной функций тонкой кишки, изменений общего (снижение уровня Т-лимфоцитов, угнетение поглотительной способности нейтрофилов) и местного (снижение продукции IgG, IgA) иммунитета, выраженной вегетативно-сосудистой дисфункции. В последние годы у ликвидаторов отмечается рост сердечно-сосудистых заболеваний и сосудистых заболеваний нервной

системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, дисциркуляторная энцефалопатия) с 69,5% в 2010 г. до 86,5% в 2015 г., при этом каждый страдает 3–5 заболеваниями. На протяжении 30 лет после аварии на ЧАЭС отмечается стойкая тенденция к росту онкологической заболеваемости. По данным Медико-дозиметрического регистра Московской области, на 01.01.2015 онкологические заболевания зарегистрированы у 170 ликвидаторов, вновь заболели в 2015 г. 18 человек. На первое место выходят злокачественные заболевания мочеполовой системы (55 (32,3%) человек), на второе – желудочно-кишечного тракта (40 (23,5%)), на третье – эндокринной системы (18 (10,6%)).

Заключение. Основными задачами диспансерного наблюдения на современном этапе следует считать раннюю диагностику онкологических заболеваний и своевременное выявление и лечение артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний. В перечень обязательных методов исследования должны быть включены эндоскопические методы – эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия 1 раз в 3 года, ультразвуковые исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, щитовидной железы, эхокардиография, функциональная диагностика, по показаниям – суточное мониторирование артериального давления и электрокардиография.



Принципы хирургического замещения ороантральных дефектов с применением остеопластики

Шулаков В.В., Лащук С.Ю.

Цель – разработка хирургических способов замещения ороантральных дефектов с применением методов остеопластики в зависимости от их размеров и локализации.

Материал и методы. Обследованы 34 больных в возрасте от 23 до 48 лет с перфорационными дефектами большого диаметра (более 3 мм). Все пациенты были распределены в две группы. В основной группе (n=6) был применен метод сэндвич-техники, основанный на использовании коллагеновых мембран и остеозамещающего материала с применением препаратов гиалуроновой кислоты и аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами. Пациентам контрольной группы (n=28) дефект устраняли традиционным способом – путем перемещения и фиксации слизисто-надкостничного лоскута, заимствованного из области преддверия полости рта. Всем пациентам в динамике (через 6 месяцев и 1 год) проводили мультиспиральную компьютерную томографию с целью контроля степени восстановления костной ткани.

Результаты. По результатам мультиспиральной компьютерной томографии, выполненной через год после операции пластики ороантрального сообщения, выявлено: у пациентов контрольной группы полноценного восстанов-

ления костной ткани в области ороантрального дефекта не произошло ни в одном случае, что в дальнейшем значительно осложняло или делало невозможным реабилитацию больных с использованием дентальных имплантатов. У 16 (57%) пациентов диаметр костного дефекта не изменился, а у 12 (43%) произошло незначительное утолщение и сближение краев дефекта. Отметили следующую тенденцию: чем больше был диаметр костного дефекта и чем тоньше слой костной ткани в области дна верхнечелюстной пазухи, тем менее выраженные положительные динамические изменения были отмечены при контрольном обследовании. У пациентов основной группы во всех случаях через год констатировали полноценное восстановление костной ткани в области ороантрального дефекта.

Вывод. Таким образом, применение у больных с хроническим одонтогенным перфоративным верхнечелюстным синуситом сэндвич-методики обеспечивает правильное анатомическое восстановление формы альвеолярного отростка верхней челюсти в области дефекта, а также позволяет сформировать условия для дальнейшего восстановления дефектов зубных рядов с использованием дентальных имплантатов.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва



Инновационная методика реабилитации больных с афазиями при доминировании импрессивных речевых нарушений

Щербакова М.М.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Исследование проводилось с 2006 по 2008 г. на базе ФГБНУ «Научный центр неврологии», с 2008 по 2012 г. в ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 13» ДЗМ, с 2012 по 2016 г. на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Всего нами наблюдались 286 больных: с акустико-гностической афазией – 156, с акустико-мнестической – 93, с семантической – 99. Давность развития речевого расстройства варьировала от нескольких дней до 5 лет. Возраст больных колебался от 18 до 92 лет, средний возраст составил 56 лет; соотношение мужчин и женщин – 109:177.

Результаты внедрения инновационной методики восстановления речевого мышления у больных с доминированием импрессивных речевых нарушений были следующими:

1. Значительное улучшение при грубых степенях тяжести речевых нарушений наблюдалось в среднем в 61% случаев: 58% при акустико-гностической афазии, 60% при акустико-мнестической, 63% при семантической.

2. Значительное улучшение при средней степени тяжести наблюдалось в 68% случаев: 67% при акустико-гностической афазии, 69% при акустико-мнестической афазии, 72% при семантической.

3. Практическое восстановление при легкой степени речевых нарушений наблюдалось в 90% случаев: 87% при акустико-гностической афазии, 91% при акустико-мнестической, 93% при семантической.

В ходе исследования в инновационной методике восстановления речевого мышления у больных с доминированием импрессивных речевых

нарушений были учтены современные научные данные об особенностях компенсаторных возможностей обработки речевой информации головным мозгом, а именно: опора на сохраненные звенья – низшие уровни мозговой организации, отвечающие за речевую деятельность (субдоминантное полушарие и подкорковые отделы), высшие уровни мозговой организации речевой деятельности (передние отделы коры головного мозга – лобные отделы, отвечающие за регуляцию и контроль вербальной информации; избирательная активность определенных областей головного мозга при решении тех или иных речевых задач (фонологической, семантической, грамматической, лексической); взаимосвязь полушарий – принципы их взаимодействия: комплементарность и реципрокность (торможение либо активизация субдоминантного полушария, поскольку при грубой степени тяжести прогноз зависит от того, способно ли правое полушарие временно взять на себя функцию левого).

Новизна разработанной методики восстановления речевого мышления у больных с доминированием импрессивных речевых нарушений проявляется в систематизации этапов восстановления речи, воздействии на все компоненты речевой системы на протяжении всех этапов восстановления речи, выделении отдельных этапов восстановления при грубых степенях тяжести у больных с акустико-мнестической и семантической афазиями.

Инновационность данной методики заключается также в ее модульной организации и возможности применения каждого этапа восстановления речи независимо друг от друга.