**УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ФГБУ ДПО «ЦГМА»

Москва

14 апреля 2022 г.

УДК 616.1/9
ББК 53/57
Т 299

Составитель Вдовина И.В.

Т 299 Тезисы докладов научно-практической конференции молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» / сост. И.В. Вдовина; ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; Научно-практическая конференция молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» (14 апреля 2022 г.; г. Москва). - М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2022. – 76 с.

ISBN 978-5-6046701-2-5

Данный сборник включает в себя тезисы докладов молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» и других высших медицинских учебных заведений Российской Федерации на научно-практической конференции, состоявшейся 14 апреля 2022 г. в г. Москве. Материалы конференции освещают современные проблемы в области диагностики и лечения внутренних болезней, оториноларингологии, анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, стоматологии, психиатрии, психотерапии и др.

Материалы конференции будут интересны для широкого круга медицинских специалистов.

Утверждено и рекомендовано к печати Ученым советом ФГБУ ДПО «ЦГМА» (протокол от 30.05.2022 № 4)

УДК 616.1/9

ББК 53/57

ISBN 978-5-6046701-2-5

© Авторы, 2022

© Вдовина И.В., составление, 2022

© ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2022

Оглавление

Абаева А.А. Оптимизация лечения внебольничных пневмоний с использованием вспомогательной неинвазивной вентиляции легких 5

Ансимов М.А., Каледа В.Г. Ранние дебюты шизофрении 7

Бирюков А.А., Морозов П.В. Перспективы применения психофармакологических препаратов в лечении COVID-19 10

Гайдаш М.И. Атипичный синдром Гийена-Барре 12

Глушкова В.В., Морозов П.В. Психолого-психиатрические нарушения при COVID-19..... 14

Горюнов И.О. Протокол интраоперационного немедленного протезирования 17

Дороженок И.Ю., Снарская Е.С., Михайлова М.В. Ассоциированные с зудом психосоматические расстройства у пациентов с красным плоским лишаем 19

Елумеева А.Н. Ранняя ревизия ятрогенных перфораций перегородки носа. Клиническая эффективность 21

Закирова А.С. Оценка клинической эффективности применения вспомогательной интраназальной вентиляции лёгких у пациентов, перенесших COVID-19 с развитием двусторонней полисегментарной пневмонии 23

Козачук А.Ю. Пограничное расстройство личности 24

Колпаков Е.А., Самушия М.А. Сенестопатическая шизофрения..... 28

Коновалова Т.А. Состояние слизистой полости рта у пациентов с кислотозависимыми заболеваниями после проведенной эрадикационной терапии 31

Кочерева Е.Д., Титова В.В. Психотерапевтические методы в работе с анорексией и булимией 33

Любивец А.А. Склеродермия: сложности классификации, диагностики, лечения..... 35

Любишева А.Г., Самушия М.А. Роль нейровоспаления в рамках клинико-биологической .. 37

модели патогенеза шизофрении..... 37

Маева В.О. Титова В.В. Обсессивно-компульсивное расстройство 38

Макина А.С., Самушия М.А. Методы нейровизуализации в диагностике болезни Альцгеймера. Основные показания к проведению функциональной магнитно-резонансной томографии 40

Маркелов К.М. Интрапульмональная перкуссонная вентиляция в профилактике послеоперационных осложнений..... 42

Нарсия Е.Б. Изменения в полости рта при гликогеновой болезни b типа (клинический случай) 44

Оханова Е.В. Диагностический путь: псевдолимфомы VS лимфомы..... 46

Пряхин И.С. Роль оценки гемостаза для прогнозирования кровопотери в плановой некардиальной хирургии 48

Садовская А.В., Самушия М.А., Титова В.В. Когнитивно-поведенческая психотерапия в работе с тревожными расстройствами личности 50

Баньковская К.К., Сухоруких М.О. Регулирование кислотно-основного равновесия слюны у женщин с постменопаузальным остеопорозом при приеме таблетированных форм бисфосфонатов 51

Тамразова А.В. Определение факторов риска развития тяжелых форм акне: мета-анализ и данные реальной клинической практики 53

Морозов А.М., Потоцкая Л.А., Рыжова Т.С., Соболь Е.А. Предпосылки профессиональной мотивации при поступлении в медицинский университет 54

Терехина К.Г. Скользящие самофиксирующиеся узлы в эндоскопической хирургии и перспективы их применения в ринологии 56

Туманова Я.М. Дентальная имплантация у пациентов пожилого возраста при атрофии костной ткани челюстей по ширине 58

Уманская Е.А. Индивидуальный подход к адаптации детей перед стоматологическим приемом 60

Федоскин А.О. Комплексный подход к ортопедическому лечению пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава 62

Формалева К.И., Морозов П.В. Постковидный синдром 64

Хоммятов М.Р. , Морозов П.В. Возможности для применения когнитивно-поведенческой терапии в контексте пандемии COVID-19 66

Цымбалова А.А., Цымбалов Д.А. Значимость выявления дополнительных ментальных отверстий на КТ 68

Черенкова В.А. Корреляция между анатомической зоной ротоглотки и полости рта и паттерном строения сосудистого русла слизистой оболочки по данным контактной эндоскопии 70

Шанаева А.А. Техника временной конхотомии при пластике перфораций перегородки носа у детей 72

Элоян А.О.,Самушия М.А., Титова В.В. Психотерапевтические методы в работе с депрессиями 74

Оптимизация лечения внебольничных пневмоний с использованием вспомогательной неинвазивной вентиляции легких

Абаева А.А.

аспирант, кафедра внутренних болезней и профилактической медицины федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: a.abaewa@gmail.com

С конца 80-х годов XX века отмечается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания во всех странах мира. Наиболее распространенными формами болезней органов дыхания являются острые заболевания: острая респираторная вирусная инфекция, острый бронхит и пневмония, составляющие соответственно 94,2%; 4,0%; 1,8%, среди взрослого населения. Согласно данным официальной статистики (Федеральная служба по надзору 13 в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека), заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в 2017 г. составила 412,3 на 100 тыс. населения. В структуре смертности от болезней органов дыхания в Российской Федерации в 2017 г. на долю пневмоний приходилось 42%; смертность в 2017 г. составила 17,3 на 100 тыс. населения. Существует необходимость в эффективном и действенном оказании медицинской помощи, которая может улучшить показатели выживаемости и максимально уменьшить количество осложнений у больных с ВП, а также сократить время пребывания пациентов в стационаре.

За последние два десятилетия заметно возросло использование неинвазивной искусственной вентиляции легких (НИВЛ). Неинвазивная респираторная поддержка является перспективной методикой, позволяющей предупредить развитие тяжелой дыхательной недостаточности, предотвратить осложнения, связанные с традиционной искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), методика проведения НИВЛ является более простой и комфортной для пациента по сравнению с ИВЛ. В настоящее время в ведущих лечебных учреждениях страны вопрос о необходимости применении НИВЛ снят с повестки дня. Однако широкое внедрение этой методики сталкивается с серьезными трудностями, частота применения НИВЛ в России составляет не более 1%, что по-видимому связано с отсутствием нормативной базы и внутренних протоколов применения неинвазивной вентиляции легких в конкретных лечебных учреждениях. Определенная часть трудностей связана с отсутствием ясных критериев выбора адекватной аппаратуры и интерфейсов для проведения неинвазивной вентиляции легких.

Дыхательной недостаточности (ДН), часто развивающейся при пневмонии, придается большое значение в цепи событий, определяющих в конечном итоге исход лечения таких больных. Авторами был произведен обзор современной литературы по использованию вспомогательной НИВЛ для лечения заболеваний легких. Было проанализировано 13 отечественных и 26 иностранных источников. Следует отметить, что данные о применении вспомогательной НИВЛ для лечения пациентов с ДН, развившейся вследствие заболеваний легких, неоднородны. Превалирующая часть исследований показала безусловную эффективность НИВЛ у пациентов с острой и хронической гиперкапнической ДН, развивающейся при таких заболеваниях как: ХОБЛ, бронхиальная астма и др. Однако мнения специалистов по поводу применения НИВЛ при гипоксемической ДН – разнятся, что, по-видимому, связано с нечастым ее

использованием для лечения ВП и других заболеваний органов дыхания, вызывающих данный тип дыхательной недостаточности и отсутствием крупных рандомизированных исследований. Официальные клинические рекомендации European Respiratory Society/American Thoracic Society по неинвазивной вентиляции при острой дыхательной недостаточности (ОДН) от 2017 года, не могут предложить рекомендации по использованию НИВЛ при гипоксемической ОДН [1]. В отечественных клинических рекомендациях Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» от 2019 года говорится о преимуществах НИВЛ при гипоксемической (паренхиматозной) ОДН с невысоким потенциалом рекрутабельности альвеол (пневмония, ушиб легких, тромбоэмболия легочной артерии с развитием инфарктной пневмонии, состояние после резекции легкого), гипоксемической ОДН с невысоким потенциалом рекрутабельности альвеол в сочетании с иммуносупрессией (пневмоцистная пневмония, ОДН в онкогематологии, ОДН после трансплантации солидных органов) [2]. В то же время, рекомендации Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) по использованию неинвазивной вентиляции при ОДН от 2020 года дают более детальные рекомендации касательно использования НИВЛ при гипоксемической ОДН: НИВЛ может использоваться при легкой острой гипоксемической дыхательной недостаточности (соотношение PaO/FiO более 200, но менее 300 мм рт. ст.) под тщательным наблюдением. Настоятельно не рекомендуется использовать НИВЛ у пациентов с острой гипоксемической недостаточностью с соотношением PaO/FiO <150 [3].

Выводы. В настоящее время нет единого алгоритма с доказанной эффективностью для применения НИВЛ в лечении пневмоний в условиях общетерапевтического стационара, направленного как на ускорение выздоровления, так и на эффективность дальнейшей реабилитации пациента в домашних условиях, что говорит о необходимости освоения, усовершенствования и стандартизация методики. Дальнейшее накопление опыта по применению НИВЛ позволит сделать ее рутинным методом лечения у пациентов с пневмониями.

Литература

1. Rochwerg B. et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure //Eur Respir J. – 2017. – Т. 50. – №. 2. – P. 1-20. doi: 10.1183/13993003.02426-2016.
2. Ярошецкий А.И. и др. Применение неинвазивной вентиляции легких (второй пересмотр). Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» //Анестезиология и реаниматология. – 2019. – №. 3. – С. 5-19. doi: 10.17116/anaesthesiology20190615.
3. Chawla R. et al. ISCCM guidelines for the use of non-invasive ventilation in acute respiratory failure in adult ICUs //Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine. – 2020. – V.24. – №. 1. – P. 61-81. doi: 10.5005/jp-journals-10071-G23186.

Ранние дебюты шизофрении

Ансимов М.А.[1], Каледа В.Г.[2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., профессор, руководитель отдела юношеской психиатрии,
заместитель директора по развитию инновационной деятельности
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
E–mail: flamber1@rambler.ru

Впервые термин «шизофрения» был применен швейцарским психиатром Эйгеном Блейлером в 1908 г. Он описал шизофрению как самостоятельное заболевание и ввёл эту нозологию в психиатрию. Автор доказал, что главная особенность болезни – не слабоумие, а «нарушение единства» психики, «схизис». В качестве диагностических критериев Э. Блейер выделял «четыре А» симптома: снижение Аффекта, Аутизм, нарушение Ассоциаций и Амбивалентность. В 1950 году Курт Шнайдер выделил симптомы, обладающие особой ценностью в постановке диагноза шизофрении, так называемые симптомы I ранга: «звучание мыслей, слышание голосов в форме диалога, переживания телесного воздействия, отнятие мыслей и другие виды воздействия на мысли…» Эти и другие симптомы легли в основу современной диагностики заболевания [1,4].

Актуально рассмотреть шизофрению, дебют которой приходится на ранний возраст. В современной психиатрии данная форма стоит особо, поскольку имеет гораздо более тяжелое течение.

При детском типе шизофрении могут присутствовать такие же симптомы, как и у взрослых: бред, галлюцинации, дезорганизованная речь, кататонические расстройства и «негативные симптомы» (например, уплощённый аффект). В России детская шизофрения впервые была описана в 1891 г. Станиславом Никодимовичем Данилло. Но активное изучение этой болезни у детей относится к началу XX в. Стоит отметить, что первые работы о детских психозах, сходных с ранним слабоумием, описанные Эмилем Крепелиным, появились в начале XIX в. Описание детской шизофрении встречается в работах М. Березовского (1909), А. Н. Бернштейна (1912), T. Hollander (1911), R. Wiechbroodt (1918), Ludvig Vogel (1919). К тому же в их работах была показана возможность развития шизофрении с кататоническими, гебефренными, параноидными и аффективными расстройствами у детей школьного возраста и подростков.

Эпидемиологический показатель общей распространенности шизофрении составляет около 1% в популяции (примерно в 4% всех случаев шизофрения начинается до 15-летнего возраста, лишь у 1% больных – до 10 лет). Доля больных шизофренией среди детей-инвалидов от 0 до 17 лет постоянно растет. В 2012 г. она составляла в РФ в целом 4,4%, т.е. увеличилась по сравнению с 2002 г. на 29,0% или в 1,3 раза. Показатели общей заболеваемости детей на период 2018 года в группе психотических расстройств увеличились на 6,5%. А в группе подростков показатель заболеваемости шизофренией возрос на целых 44,7%.

Наряду с общими закономерностями течения детской и взрослой шизофрении имеются и некоторые различия, которые важны для правильной диагностической оценки психической патологии в детском возрасте. Почти все исследователи

указывают на преобладание при детской шизофрении непрерывного, главным образом вялого и, реже, рекуррентного течения. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения встречается в детском возрасте часто и занимает промежуточное место между непрерывнотекущей и рекуррентной. Особенность детской шизофрении состоит также в большом числе атипичных переходных вариантов между основными, что существенно затрудняет определение формы болезни, когда сам диагноз шизофрения сомнений не вызывает. Особенно отчетливо в случаях детской шизофрении обнаруживаются признаки задержки, даже приостановки психического развития. Детскую шизофрению следует дифференцировать с другими психическими расстройствами. Для этого необходимо изучение анамнеза, выделение ведущего синдрома и катамнестическое наблюдение с целью уточнения характера течения болезни. Дифференциальный поиск необходимо проводить с аутизмом, инфантильным психозом, умственной отсталостью, синдромом Геллера, органическими заболеваниями мозга, с аффективными и лекарственно обусловленными психозами.

В диагностике детской шизофрении активно используются электроэнцефалография, которая позволяет обнаруживать связь определённых изменений в электрической активности мозга с клинической симптоматикой, подбирать терапию, оценивать уровень зрелости и функциональной активности мозга. Компьютерная томография, магнитно-ядерно-резонансное исследование проводятся только по показаниям (при подозрении на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы). Недавно в диагностическую практику введен тест тромбодинамики, также используется «Нейро-иммуно-тест». В последнее время появились данные, что детская шизофрения, возможно, возникает вследствие наличия в мозге больных очагов асептического воспаления [2].

При лечении всегда следует учитывать, что чем младше ребенок, тем более ограничены возможности лекарственной терапии, так как не исключены парадоксальные реакции на те или иные медикаментозные средства, а также возникновение побочных явлений и осложнений. Из нейролептических препаратов чаще всего применяют галоперидол, трифлуоперазин, лепонекс, рисперидон, перфеназин, алимемазин, сульпирид. Среди транквилизаторов показаны седуксен, реланиум, феназепам. В период становления ремиссии рекомендуется использование малых нейролептиков. При аффективных нарушениях последние применяют в сочетании с антидепрессантами и солями лития.

Учитывая, что шизофрения (особенно начавшаяся в раннем детстве) часто сопровождается признаками задержки психического развития и формированием олигофреноподобного дефекта на фоне кататонических, стертых аффективных и психопатоподобных расстройств, применяют препараты с ноотропным действием – чаще всего пирацетам.

С первых дней лечения параллельно медикаментозной терапии при детской и подростковой шизофрении проводится восстановительная терапия, направленная на устранение школьной дезадаптации, нормализацию личностных позиций в отношении обучения, ликвидацию педагогической запущенности. Для предотвращения явлений госпитализма и формирования своего рода защитной психологической «ниши» в виде пребывания в психиатрическом отделении, используются домашние отпуска из стационара с попытками обучения в прежнем школьном коллективе. Такие отпуска являются в определенной степени и контролем в отношении эффективности проводимого лечения [3,5,6].

Литература

1. Руководство по психиатрии (под редакцией А.С. Тиганова). Том 1, часть 2, раздел 1. Эндогенные психические болезни. М.: «Медицина», 1999.
2. Каледа В.Г. Юношеский эндогенный приступообразный психоз (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты первого приступа). Дисс. на соискание степени доктора медицинских наук. М., 2010.
3. Шизофрения (детский и подростковый возраст). Клинические рекомендации (протокол лечения). Макушкин Е.В., Симашкова Н.В., Пережогин Л.О., Горюнов А.В. М.: Российское общество психиатров, 2015.
4. Психиатрия: научно-практический справочник (под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицинское информационное агентство, 2016; с. 608.
5. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1980; 248 с.
6. Проект клинических рекомендаций «Шизофрения», 2019 г. https://psychiatr.ru/download/4244?view=1&name=КР_+Шизофрения+25-11.pdf

Перспективы применения психофармакологических препаратов в лечении COVID-19

Бирюков А.А.[1], Морозов П.В.[2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: alex_bir@bk.ru

На сегодняшний день эпидемия коронавирусной инфекции (COVID-19), берущая начало в провинции Ухань, всё еще далека от своего завершения. В контексте лечения данной инфекции одним из важных механизмов воздействия с целью замедления репродукции и репликации вируса в организме человека является влияние на так называемый Сигма-1 рецептор (S1R). Данный белок-шаперон является одним из главных модуляторов и регуляторов внутриклеточного оксидативного стресса, иммунного ответа и адаптационной реакции клетки организма на внешнюю провокацию, такую как стрессовый фактор [1]. Одним из наиболее перспективных в плане применения в качестве ранней терапии COVID-19 является флувоксамин, поскольку данный препарат одномоментно имеет самое высокое сродство к S1R (Ki = 17 nM), относительно хорошую переносимость организмом, невыраженное токсическое воздействие и достаточно широкий терапевтический диапазон применения [2]. Проведенное исследование TOGETHER, результаты которого были опубликованы в журнале Lancet, показало, что в результате ранней терапии флувоксамином снизился риск госпитализации, а летальность у пациентов с высоким риском смертности при COVID-19 уменьшилась на 32% [3]. Помимо применения высокоаффинных и малотоксичных S1R агонистов, таких, как флувоксамин, другим перспективным и многообещающим подходом к лечению инфекции SARS-CoV-2 и профилактике её тяжелого течения является применение синтетических мелатонинергических агонистов. Безопасность применения адъювантного экзогенного мелатонина, его эффективность при лечении COVID-19 в настоящее время уже доказана рядом показательных двойных слепых плацебо-контролируемых рандомизированных исследований. В результате проведения данных исследований экзогенный мелатонин уже включен в национальные протоколы лечения COVID-19 в целом ряде стран, например, в Китае [5]. Исходя из этого можно сделать предположение, что применение синтетических агонистов мелатониновых MT1 и MT2 рецепторов, таких, как агомелатин, возможно также окажет эффективное положительное влияние в качестве адъювантного лечения COVID-19 или профилактики её тяжелого течения, в особенности у пожилых пациентов, когда прослеживаются нарушения сна, ассоциированные депрессивные и тревожные состояния, в течение которых отмечается нарушение мелатонинергической регуляции. В результате ряда клинических случаев, наблюдаемых в Индии, прослеживается эффективность агомелатина не только в качестве лечения собственно психических нарушений, но и в профилактике тяжёлого, неблагоприятного течения COVID-19, уменьшении выраженности метаболических нарушений [6].

Литература

1. Phadke M, Saunik S. COVID-19 treatment by repurposing drugs until the vaccine is in sight. Drug Dev Res. 2020 Aug;81(5):541-543. doi: 10.1002/ddr.21666. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32227357; PMCID: PMC7228332.
2. S. B. Smith, T. P. Su, Advances in Experimental Medicine and Biology, 964 (2017); doi: 10.1007 / 978-3-319-50174-1 11.
3. Effect of early treatment with fluvoxamine on risk of emergency care and hospitalization among patients with COVID-19: the TOGETHER randomized, platform clinical trial; doi: 10.1016/S2214-109X(21)00448-4.
4. G. Anderson, R. J. Reiter. Melatonin: Roles in influenza, Covid-19, and other viral infections. Rev. Medical Virolology., 30(3), e2109 (2020); doi: 10.1002 / rmv.2109.
5. R. Zhang, X. Wang, L. Ni, et al. COVID-19: Melatonin as a potential adjuvant treatment. Life Sci., 250, 117583 (2020); doi: 10.1016 / j.lfs.2020.117583.
6. N. A. Uvais, Prim. Care Companion CNS Disord., 22(4), 20com02675 (2020); doi: 10.4088 / PCC.20com02675.
7. Незнанов Н.Г., Самушия М.А., Мазо Г.Э., Титова В.В., Васильева А.В. и др. Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств, регистрируемых в период пандемии COVID-19 // М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА». - 2021. - 109 с.
8. Психоэмоциональные расстройства и нарушения сна у пациентов с COVID-19 // Самушия М.А., Крыжановский С.М., Рагимова А.А., Беришвили Т.З., Чорбинская С.А., Иванникова Е.И. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. № 4-2. С. 49-54. DOI: 10.17116/jnevro202112104249
9. Psychoemotional disorders and sleep impairments in patients with COVID-19 / Samushiya M.A., Kryzhanovsky S.M., Ragimova A.A., Berishvili T.Z., Chorbinskaya S.A., Ivannikova E.I. // Neuroscience and Behavioral Physiology. - 2022. - № 52. – P. 231–235. DOI: 10.1007/s11055-022-01229-z.

Атипичный синдром Гийена-Барре

Гайдаш М.И.

ординатор, кафедра неврологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: gaydash_maksim@mail.ru

Актуальность. Синдром Гийена–Барре является самой частой причиной нейромускулярного паралича в мире и встречается с частотой 1-3 случая на 100 000 населения в год. При типичном течение заболевание его диагностика не вызывает трудностей, в то время как атипичные формы могут иметь широкий спектр клинических проявлений, что значительно осложняет дифференциальную диагностику и своевременную постановку диагноза.

Больной И., 71 года, госпитализирован с жалобами на нарушение походки, головокружение, нарушение речи, перекос лица справа. До настоящего заболевания пациент считал себя здоровым.

За 2 недели до появления неврологических симптомов перенес острую кишечную инфекцию, сопровождавшуюся субфебрильной температурой, диареей.

На момент поступления в стационар общесоматический статус без патологии. При неврологическом осмотре выявлены: легкая дизартрия, сглажена правая н/г складка, мимические пробы выполняет хуже справа, координационные пробы выполняет с промахиванием с 2-х сторон, в позе Ромберга не устойчив, походка шаткая.

Спустя 5 дней, при неврологическом осмотре выявлено: паралич Белла с двух сторон, легкая дизартрия, нижний проксимальный парапарез до 4-х баллов, дистальная парастезия нижних конечностей, сухожильные рефлексы на ногах отсутствуют, в позе Ромберга падает, походка атактическая. Болевой синдром в икроножных мышцах. Гипалгезия в голенях и стопах по типу высоких гольф.

Анализ крови: лейкоциты 8,1 , лимфоциты 2,2, глюкоза – 5,19 мМоль/л, креатинин 77,8 мкмоль/л, АЧТВ 27,7 с, билирубин прямой 2,9 мкмоль/л (без значимых клинических изменений)

Анализ ликвора: белок в ликворе 0,8 г/л при нормальном цитозе.

По техническим причинам не был взят анализ крови на антитела к ганглиозидам для дифференциальной диагностики формы СГБ.

Для исключения ОНМК, было проведено КТ ГМ, данных за ОНМК не получено.

Электронейромиография (ЭНМГ): признаки аксонально-демиелинизирующих (первично аксональных) изменений исследованных нервов конечностей (преемущественно сенсорных); ЭНМГ– картина сенсо-моторной полинейропатии.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга: Очаговые изменения головного мозга, вероятно, сосудистого генеза. Наружная и внутренняя атрофическая гидроцефалия. (немногочмсленные мелкие очаги, размерами 2-3 мм)

Проведенное лечение: курс плазмообмена N3. Отмечается положительная динамика состояния пациента – наросла сила мимической мускулатуры.

Вывод. Учитывая острое начало заболевания, отсутствие лихорадки и синдрома интоксикации, симметричное поражение нижних конечностей (нижний парапарез, дистальную гипалгезию и парастезию), белково-клеточную диссоциацию в ликворе, первично аксональное повреждение и картину сенсо-моторной полиневропатии по данным ЭНМГ, перенесенное за 2 недели до дебюта заболевая инфекцию, а так же положительный ответ на проводимую терапию (плазмообмен №3), что позволяет

подтвердить аутоиммунный генез заболевания, можно предположить у пациента ОСМАН. Не типичным для данной формы СГБ является дебют заболевания с поражения краниальных нервов.

Психолого-психиатрические нарушения при COVID-19

Глушкова В.В. [1]***, Морозов П.В.*** [2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: Glushkova2626@gmail.com

Эпидемии и пандемии не являются каким-либо исключением в истории человечества, а выступают скорее как правило. Вспомним некоторые из них: «Черная смерть» 1347 года, Великая эпидемия Чумы в Лондоне 1665 года, эпидемия оспы в России 1729-1730 годов, когда заразился и умер царь Петр II. «Испанка» 1918 года унесла 50 миллионов человек. 1997 год – птичий грипп H1N1, 2002 год – тяжелый острый респираторный синдром SARS, 2012 год – респираторный синдром Центральной Азии MERS, 2013 год – эпидемия, вызванная вирусом Эбола, 2015 год – эпидемия, вызванная вирусом Зика.

В декабре 2019 года доктор Li Wenlian, офтальмолог Центрального госпиталя города Ухань провинции Хубей КНР, впервые сообщил о вспышке тяжелого острого респираторного заболевания. В дальнейшем китайские ученые выделили из клинических образцов, взятых у больных ранее неизвестным видом пневмонии, новый вирус, названный SARS-CoV-2 (короновирус-2 тяжелого острого респираторного синдрома) и определили его РНК последовательность. 11 февраля 2020 года Всемирная Организация Здравоохранения назвала эту инфекцию «коронавирусная инфекция 2019 (COVID-19)»

Быстрое распространение COVID-19 и ограниченные возможности лечения заболевания привели к возрастанию анксиозных расстройств у граждан, которые оказались в условиях пандемии. Карантин, изоляция, социальная дистанция, а также эмоциональные реакции на самоизоляцию вносят вклад в психологическое состояние всего населения. При пандемии COVID-19 наблюдается специфический синдром, названный «headline stress disorder»: высокий эмоциональный ответ в виде стресса и тревожности. Этот синдром может затрагивать психосоматическую и вегетативные сферы. Психолого-психиатрические (в том числе клинические) реакции на пандемию включают в себя неадекватное поведение, эмоциональный дистресс и защитные реакции в виде тревожности, страха, фрустрации, гнева, чувства одиночества, скуки, депрессии, поведения избегания, проявления посттравматического стрессового расстройства. Такие же реакции были выявлены и после пандемий, вызванных вирусами SARS-CoV, MERS-CoV и вирусом Эбола.

Пандемия COVID-19 беспрецедентным образом повлияла на жизнь людей во всем мире, включая детей и подростков. Практически во всех странах важным инструментом профилактики инфекции стали стратегии изоляции и социального дистанцирования для снижения риска заражения [2]. Влияние последствий режима самоизоляции на психическое здоровье и психологическое благополучие подростков было исследовано

путем всероссийского онлайн опроса обучающихся 8-10 классов образовательных организаций России [1].

Целью Всероссийского онлайн опроса обучающихся 8-10 классов общеобразовательных организаций в субъектах Российской Федерации (далее – опрос) являлся анализ психического состояния и психологического благополучия обучающихся 8-10 классов после периода карантинных мероприятий и вынужденной изоляции для подготовки рекомендаций психологическим службам школ по обеспечению условий, способствующих преодолению негативных психологических последствий пандемии COVID-19, развитию возрастных и индивидуальных возможностей обучающихся, необходимых для решения задач в рамках федерального проекта «Современная школа» (национальный проект «Образование»). Основой для исследования стал опросник для самостоятельного заполнения обучающимися 8-10 классов общеобразовательных организаций с использованием онлайн-платформы «Google-формы».

Участники отвечали на вопросы анонимно в сети Интернет в период с 16 ноября 2020 г. по 4 декабря 2020 г. В исследовании приняло участие 542 171 человек. Не дали согласие на участие 5 936 родителя (законных представителя) несовершеннолетних обучающихся, данные результаты были исключены из дальнейшего анализа. В итоге были проанализированы данные 536 235 респондентов. Средний возраст респондентов составил 14,8±1,0 лет, 57,4% из них были девочки (307 579 человек), 42,5% – мальчики (228 656 человек).

Опрос показал, что в целом в Российской Федерации подростки адаптивно перенесли изменения обычного уклада жизни и ограничения, связанные с распространением коронавирусной инфекции: только 14,5% испытывали средний или высокий уровень тревожности (85,5% – минимальный или умеренный уровень), более 70% респондентов не отметили ухудшения своего здоровья и отношений с родственниками и близкими людьми, с которыми они проживают, более 50% положительно восприняли дистанционные формы обучения и не отмечали значительных трудностей в усвоении материала в таком формате.

Уровень тревоги был достоверно выше среди респондентов женского пола от 15 лет и старше.

Для подростков 15 лет и старше уровень тревожности был выше у тех, чьи родственники или близкие люди перенесли COVID-19 (особенно у тех, кто живет только с отцом), при этом респонденты женского пола тяжелее переносили болезнь близкого человека.

У респондентов мужского пола высокий уровень тревоги наблюдался среди тех, кто живет только с отцом, а у респондентов женского пола у тех, кто проживает с теткой/дядей/бабкой/ дедом/другое.

На основании проведенного опроса были сделаны следующие выводы: повышенный уровень тревожности у подростков чаще всего был связан со следующими факторами:

-ограниченное общение со своими друзьями;

-сложности в общении со своими одноклассниками / друзьями / знакомыми во время второй волны коронавирусной инфекции по сравнению с аналогичным периодом предшествующего года;

-сниженное желание к обучению;

-отрицательное восприятие дистанционных форм обучения и сложности с усвоением материала в таком формате;

-конфликтные ситуации в семье/ухудшение отношений с родителями.

Как показывает это исследование, есть наиболее уязвимые группы подростков, на которых пандемия оказывает негативное влияние и которым требуются особые формы поддержки для коррекции психологического состояния. Полученные данные могут

лечь в основу создания рекомендаций в отношении дифференцированных подходов к работе с подростками в условиях изоляционных мероприятий и пандемии. Очевидно, что необходимы более глубокие исследования в этом направлении, с использованием сопоставимых методологических подходов в разных странах для выработки научно обоснованных форм помощи и поддержки подросткам в складывающихся условиях [3].

Литература

1. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd9jzMaHoUCTLdA7xnTQP5wpJrbsCBUQjQYJLFe1Tpyh-QEug/closedform
2. https://cdn.stopcoronovirus.ru
3. Holt-Lunstad J. Пандемия социальной изоляции? A pandemic of social isolation? World Psychiatry. 2021;20(1):55-56. DOI:10.1002/wps.20839. https://www.wpanet.org/
4. Незнанов Н.Г., Самушия М.А., Мазо Г.Э., Титова В.В., Васильева А.В. и др. Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств, регистрируемых в период пандемии COVID-19 // М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА». - 2021. - 109 с.
5. Психоэмоциональные расстройства и нарушения сна у пациентов с COVID-19 // Самушия М.А., Крыжановский С.М., Рагимова А.А., Беришвили Т.З., Чорбинская С.А., Иванникова Е.И. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. № 4-2. С. 49-54. DOI: 10.17116/jnevro202112104249
6. Psychoemotional disorders and sleep impairments in patients with COVID-19 / Samushiya M.A., Kryzhanovsky S.M., Ragimova A.A., Berishvili T.Z., Chorbinskaya S.A., Ivannikova E.I. // Neuroscience and Behavioral Physiology. - 2022. - № 52. – P. 231–235. DOI: 10.1007/s11055-022-01229-z.

Протокол интраоперационного немедленного протезирования

Горюнов И.О.

ординатор, кафедра стоматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: ivan-gorjunov00@rambler.ru

Актуальность

Реалии современного мира диктуют нам не только эпидемиологические ограничения в разных сферах деятельности людей и врачей, в частности, но и открывают новые возможности. Конечно, невозможно представить работу врача без очного общения с пациентом, но эту работу можно оптимизировать за счёт использования цифровых методов, сокращающих сроки и этапы лечения.

Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) является одним из самых распространенных заболеваний: по данным Всемирной организации здравоохранения, ею страдают до 75% населения в различных регионах земного шара.

В нашей стране в общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание составляет от 40 до 75% и встречается во всех возрастных группах пациентов[3].

По статистическим данным, полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) в результате удаления зубов, утраты вследствие несчастного случая (травмы) или заболеваний пародонта в нашей стране встречается достаточно часто. Показатели заболеваемости полным отсутствием зубов (полной вторичной адентией) увеличиваются по нарастающей (пятикратно) в каждой последующей возрастной группе: у населения в возрасте 40-49 лет частота встречаемости полной вторичной адентии составляет 1 %, в возрасте 50-59 лет – 5,5 %, и у людей старше 60 лет – 25 %. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля 17,96% пациентов имеют диагноз «полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» одной или обеих челюстей[2].

Актуальность проведенного исследования подтверждается и неуклонно растущим числом научных публикаций на тему реабилитации пациентов с полным отсутствием зубов с опорой на дентальные имплантаты и немедленной нагрузкой. По данным сайта PubMed, за последние 10 лет число публикаций увеличилось на 68% и составило 4690 научных работ и статей[5].

Цель исследования

Сократить сроки и количество посещений для реабилитации пациентов с отсутствием зубов, используя современные цифровые технологии. Повысить эстетические качества протеза. Адаптировать комплекс программного обеспечения для ежедневного использования в условиях стоматологической клиники.

Материалы и методы

Для осуществления выбранного протокола интраоперационного немедленного протезирования были использованы следующие технические и программные продукты: интраоральный оптический сканер CEREC Omnicam, компании Dentsply Sirona. Использовался для получения 3D моделей челюстей и регистрации привычной окклюзии. Конусно-лучевой компьютерный томограф Pointnix Point 3D Combi. Комплекс программного обеспечения компании 3DIEMME Srl. Врачебный модуль 3Diagnosys, позволяющий совместить данные конусно-лучевой компьютерной томограммы, цифровые 3D модели челюстей, запланировать удаление зубов,

произвести первоначальную моделировку будущей ортопедической конструкции, виртуально расставить имплантаты и абатменты. Технический модуль PlastyCAD. Позволяет смоделировать хирургический шаблон полной навигации для установки имплантатов с заданным расположением узла сопряжения. Для изготовления шаблонов использовался 3D принтер Formlabs. Непосредственно для установки имплантатов использовался хирургический набор для протокола полной навигации, совместимый с программной 3Diagnosys.

Результаты исследования

Удалось сократить количесвто посещений, от момента обращения, до момента фиксации временной конструкции с шести до двух визитов. При этом эстетический результат лечения повысился, благодаря незаметному расположению шахт винтов. При использоовании цифрового протокола интраоперационного немедленного протезирования сроки реабилитации сокращаются с 6 месяцев до 2-3 дней. Фиксация временной конструкции из пластмассы происходит непосредственно в день операции.

Выводы

По результатам проведенного исследования были сделаны выводы о возможности значительного сокращения сроков реабилитации пациентов, уменьшения количества визитов с 6 до 2 и повышения качества протезирования, благодаря применению современных CAD/CAM технологий. Помимо этого, была доказана обоснованность применения протоколов интраоперационного немедленного протезирования в клинической практике хирургической и ортопедической стоматологии.

Литература

1. Дентальная имплантация: национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Ортопедическая стоматология: национальное руководство / под ред. И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
3. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология: Учебник. – Изд. 2-е доп. — М.: Медицина, 2001.
4. Цифровое планирование в хирургической стоматологии: Практическое пособие / А.Г. Степанов, С.В. Апресян – М.: Мозартика, 2021.
5. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/

Ассоциированные с зудом психосоматические расстройства у пациентов с красным плоским лишаем

Дороженок И.Ю. [1,3] ***Снарская Е.С.*** [2]***,· Михайлова М.В.*** [2]

[1] кандидат мед. наук, доцент кафедры
психиатрии и психосоматики института клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
[2] доктор медицинских наук, профессор кафедры
кожных и венерических болезней института клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
[3] аспирант 3 года кафедры кожных и венерических болезней
института клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
E–mail: Dermatolog003@mail.ru

У пациентов с красным плоским лишаем (КПЛ) развитию нозогенных психосоматических нарушений способствуют выраженный зуд, социальная стигматизация, ограничения в бытовой и профессиональной деятельности. Зуд является облигатным симптомом и встречается у большинства пациентов с различными фенотипическими формами КЛП. Амплифицированный зуд нередко выступает в структуре коморбидных КПЛ психических расстройств, что особенно проявилось в период пандемии COVID-19.

Цель: типологическая дифференциация ассоциированных с зудом психосоматических расстройств у пациентов с КПЛ.

Материал: на базе клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова обследовано 120 пациентов (77 жен. и 43 муж., ср. возраст 47, 6 $\pm$ 5,2 лет) с диагнозом КПЛ и сопряженными с зудом психосоматическими расстройствами. Фенотипическая стуктура КПЛ была представлена типичной папулезной 73 (60,83%) и атипичными формами 47 (39,16%) случаев. В 89 (74,16%) случаях КПЛ распространялся на слизистые оболочки ротовой полости и/или зону гениталий.

Методы: клинико-дерматологический, с индексом оценки распространенности и тяжести КПЛ в клинической практике (LPASI); опросником выраженности зуда Behavioral rating scores (BRS), опросником дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ); психопатологический, с госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS); клинико-психологический, клинико-катамнестический; статистический.

Результаты

При изучении ассоциированной с зудом психосоматической патологии у пациентов с КПЛ выявлены нозогенные реакции, а также коморбидные эндогенные депрессии.

Депрессивные нозогенные реакции – 55 (45,8%) случаев с типичными и атипичными фенотипами КПЛ. Выраженность депрессивных нарушений (HADS тревога 11/ депрессия 15) и высокий показатель ДИКЖ 22, прямо коррелировали с обширной площадью поражения кожи и слизистых LPASI 40 и мучительным зудом - BRS 5 баллов («очень сильный зуд»). Психопатологическая структура нозогении определялась тревожно-ипохондрической депрессивной реакцией с явлениями соматопсихической гиперестезии, способствующей амплификации идиопатического кожного зуда. Преморбид был преимущественно представлен

конституциональными аномалиями тревожного кластера с невропатической соматоперцептивной акцентуацией в 1/3 наблюдений.

В 5 (4,2%) случаях КПЛ манифестировал в условиях глобального негативного воздействия пандемии новой коронавирусной инфекции на фоне монополярной рекуррентной депрессии с последующим присоединением нозогенной реакции по типу двойной депрессии.

Социофобические нозогенные реакции (n=46, 38,3%); HADS (тревога 13 / депрессия 6); ДИКЖ 19, отмечались на фоне умеренной распространенности и тяжести кожного процесса, затрагивающего открытые участки кожного покрова (LPASI 20). При этом выраженность зуда по шкале BRS в среднем составила 4 балла («сильный зуд»), что указывало на его амплифицированную структуру, включающую несвойственную данному типу нозогений психосоматическую «надстройку». Социальная тревога с навязчивым страхом негативной оценки внешности окружающими сопровождалась ситуационным избегающим поведением, навязчивостями повторного контроля; защитными ритуалами, нацеленными на маскировку изъянов кожи. Преобладали лица драматического кластера с представлениями об эластичной, гладкой коже как необходимом условии, позволяющем добиться успеха в жизни путем принятия и одобрения окружающими (экстернальный вектор тревоги).

Нозогенные реакции с явлениями ипохондрии красоты – 14 (11,6%) случаев с ограниченными высыпаниями в косметически значимых зонах и области гениталий. Умеренные показатели HADS (8 тревога/5 депрессия) и высокий ДИКЖ - 15 контрастировали с легкой степенью тяжести кожного процесса (LPASI менее 9 баллов). Средний балл BRS - 2 («умеренный зуд, раздражающий и причиняющий беспокойство»), что при незначительной площади поражения указывает на его преимущественно соматоформный характер в рамках нозогенной реакции (возможно, при участии глобального стрессогенного влияния пандемии).

Содержание нозогении определяется аффективно заряженными идеями несоответствия собственного облика идеалу безупречной внешности, имеющими интернальную направленность: «главное – нравиться себе». На публике пациенты не испытывают выраженного дискомфорта, неловкости или ограничения социальной активности. Присущую им преморбидную акцентуацию нарциссического и экспансивно-шизоидного круга отличает иррациональная забота о собственном внешнем облике, которому придается несоразмерное значение, на фоне поврежденности, ригидности, низкой чувствительности границы телесности.

Заключение

При всех изученных типах нозогений отмечены значительное снижение качества жизни и выраженный зуд, зачастую не соотвествующие обьективной тяжести дерматоза. Выявленные клинические взаимосвязи также указывают на прямое (перенесенные случаи COVID-19) и опосредованное стрессогенное влияние пандемии новой коронавирусной инфекции, способствующее амплификации зуда, обусловленного массивным обострением дерматоза, и формированию элементов соматоформного зуда в рамках психосоматических расстройств с нарушениями образа тела.

Эффективное лечение сопряженных с зудом психосоматических расстройств с назначением безопасных психокоррекционных препаратов первого ряда наряду с психотерапией и базисной дерматотропной терапией способствует существенной оптимизации течения кожного заболевания и повышению качества жизни страдающих КПЛ.

Ранняя ревизия ятрогенных перфораций перегородки носа. Клиническая эффективность

Елумеева А.Н.

ординатор, кафедра оториноларингологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: a.elumeeva@yandex.ru

Актуальность. Пластическое закрытие перфорации перегородки носа (ППН) является важным аспектом современной ринохирургии. Это обусловлено высокой распространённостью данной нозологии в популяции (от 1 до 2% среди населения в целом) и многообразием симптомов клинически выраженных перфораций, снижающих качество жизни пациентов (заложенность носа, свист при вдохе, носовое кровотечение, образование корок, боль в лице, ринорея, потеря обоняния) [1]. ППН имеют различную этиологию, наиболее распространенными причинами до настоящего времени остаются ятрогенные воздействия (предшествующие операции в полости носа, неадекватное оказание экстренной помощи при переломе костей носа и т.д.) [2].

Послеоперационные перфорации представляют большую проблему для закрытия, поскольку в таких случаях, как правило, нет костно-хрящевого остова, ткани вокруг дефекта представляют собой дубликатуру слизистой оболочки. По классической методике хирургическая коррекция ППН откладывается, как минимум, на 6-12 месяцев от её образования (после заживления операционной раны, формирования рубцов) [3]. Важно отметить, что наличие плотной рубцовой ткани и необратимое сращение листков слизистой оболочки осложняет их разделение при хирургической диссекции, что может привести к дополнительному травмированию слизистой. Данные положения определяют рациональность ранней ревизии ятрогенных перфораций.

Клинический случай: Пациентка М. 38 лет обратилась с жалобами на затруднение носового дыхания, образование корок в полости носа. За месяц до появления вышеуказанных жалоб перенесла внутриносовую операцию. При осмотре полости носа и по результатам КТ – исследования выявлена перфорация в среднем отделе перегородки носа размером 0,4х2,5 см, края дефекта изъязвлены, костно-хрящевой остов отсутствует.

Принято решение о проведении пластического закрытия перфорации в раннем послеоперационном периоде. Операция выполнена посредством сдвигания краёв перфорации и выкраивания лоскута по технике Castelnuovo.

При осмотре пациента через 1 месяц после вмешательства – лоскуты состоятельны, васкуляризированы, начат процесс эпителизации мест перемещения слизистой оболочки, через 6 месяцев – динамика положительная, лоскуты состоятельны.

Заключение. Ранняя ревизия ятрогенных перфораций перегородки носа целесообразна, поскольку минимальное количество рубцовой ткани между листками слизистой оболочки облегчает хирургическую диссекцию и снижает риск развития осложнений.

Литература

1. Alfonso Santamaria-Gadea, Franklin Marino-Sanchez, Beatriz Arana-Fernandez, Joaquim Mullo, Isam Alobid: Innovative Surgical Techniques for Nasal Septal Perforations: Management and Treatment. Current Allergy and Asthma Reports (2021) 21: 17. https://doi.org/10.1007/s11882-021-00992-2
2. Carla Pereira, Alfonso Santamaria, Cristobal Langdon, Mauricio Lopez-Chacon, Jose Hernandez-Rodriguez, Isam Alobid: Nasoseptal Perforation: from Etiology to Treatment. Current Allergy and Asthma Reports (2018) 18:5. https://doi.org/10.1007/s11882-018-0754-1
3. Justyna Dabrowska-Bien, Piotr Henryk Skarzynski, Iwonna Gwizdalska, Katarzyna Lazecka: Complications in septoplasty based on a large group of 5639 patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018; 275(7): 1789–1794. doi: 10.1007/s00405-018-4990-8

Оценка клинической эффективности применения вспомогательной интраназальной вентиляции лёгких у пациентов, перенесших COVID-19 с развитием двусторонней полисегментарной пневмонии

Закирова А.С.

ординатор, кафедра внутренних болезней и профилактической медицины федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: zakirova.a.s.143@gmail.com

Введение

За последние два десятилетия заметно возросло использование неинвазивной искусственной вентиляции легких (НИВЛ). Метод стал общепризнанным и широко распространенным инструментом терапии острой и хронической дыхательной недостаточности. Неинвазивная респираторная поддержка является перспективной методикой, позволяющей предупредить развитие тяжелой дыхательной недостаточности [1].

Цель работы

Оценить эффективность проведения вспомогательной неинвазивной вентиляции лёгких у пациентов после перенесенной полисегментарной пневмонии, вызванной вирусом SARS CoV-2.

Материалы и методы

В исследование включены 40 пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию SARS CoV-2, осложнившуюся двусторонней полисегментарной пневмонией. I группе пациентов (21 человек) кроме стандартного лечения проводилась вспомогательная интраназальная вентиляция лёгких аппаратами CPAP/BiPAP. II группа (19 человек) вентиляционного пособия не получала. Вспомогательная интраназальная вентиляция легких проводилась в режиме CPAP с конечным давлением на выдохе 4-8 см вод. ст. по 60 минут три раза в день 10-12 дней. Перед началом терапии и по окончанию курса проводилась спирометрия, компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки с расчетом объёма пораженной легочной ткани по данным программы Thoracic VCAR.

Результаты

После завершения курса лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов I группы отмечено: уменьшение ателектатических изменений и пневмофиброза, увеличение объемов вентилированных участков легких, объём пораженной легочной ткани по данным КТ значительно уменьшился (в среднем до 26±9,8%), во II группе объем поражения паренхимы снизился в среднем до 44±9,6% ($p<0,05$). Значимо улучшились показатели спирометрии в I группе – прирост ОФВ1 составил 25-32%, ЖЕЛ – 27-31%. При оценке длительной пульсоксиметрии средняя сатурация в ночное время у пациентов I группы увеличилась с 91,2±2,1 до 96,4±1,8 ($p<0,05$), у пациентов II группы она составила 93,38±2,3. Клиническое улучшение у пациентов I группы привело к сокращению койко-дня в среднем до 15,4, в то время как у пациентов II группы он составил в среднем 23,4 дня.

Выводы

Применение вспомогательной интраназальной вентиляции легких возвращает вентиляционно-перфузионное отношение в ателектатированных участках легких, что подтверждается значимым улучшением клинико-инструментальных показателей.

Литература

1. Бородулина Е. А. и др. Новый подход к выбору метода респираторной поддержки в пульмонологии // Современные технологии в медицине. – 2018. – Т. 10. – №. 2. – С. 140-146.

Пограничное расстройство личности

Козачук А.Ю.

ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
Email: alexkozachuk@yandex.ru

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) – Borderline Personality Disorder (BPD) соответствует шифру F60.31 по МКБ 10 - эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (6D11.5 по МКБ-11, 301.83 по DSM-5).

Выделение данного РЛ исторически связано с выдвигаемой в западной психиатрии концепцией пограничных состояний (Borderline states), в свете которой это понятие охватывает патологию, занимающую положение по обе стороны гипотетической черты, разделяющей, с одной стороны, краевые группы, относящиеся к неврозам и психопатиям, а с другой стороны – к психозам [2].

По данным DSM-5 распространенность ПРЛ составляет от 1,6% до 5,9% популяции; обращение за медицинской помощью - около 6% пациентов врачей общей практики, около 10% среди лиц, наблюдаемых в амбулаторных психиатрических клиниках, около 20% среди госпитализированных в психиатрическую больницу пациентов. У лиц с ПРЛ очень высок риск суицида: 8-10% больных завершают жизнь самоубийством [1].

В отечественной медицине данное расстройство личности относят к аномалиям личности с явлениями психопатологического диатеза. Основными элементами ПРЛ, клинически определяющих его структуру и динамику, принято считать явления реактивной лабильности, психопатологические расстройства аффективного и тревожного круга и транзиторные психотические эпизоды [2].

Первая из указанных составляющих представлена конституциональной неустойчивостью, изменчивостью поведения, реализующейся при воздействии даже минимальных внешних вредностей. Начальные патохарактерологические проявления (эмоциональная лабильность, внушаемость, быстрая смена увлечений, нестабильность отношений со сверстниками) обнаруживаются уже в подростковом периоде [2].

Второй отличительный элемент в структуре ПРЛ представляют аффективные и тревожные симптомокомплексы (депрессивные, гипоманиакальные реакции и фазы, смешанные состояния, сезонные депрессии, хронические гипомании). Коморбидность с аффективными и тревожными расстройствами составляет 90 и 70% соответственно [3,14].

В рамках расстройств, относящихся к третьей составляющей ПРЛ, рассматривают транзиторные психотические эпизоды. Последние включают в себя как психогенно/соматогенно-провоцированные реакции – паранойяльные (эротомания, ревность, сутяжничество) и сенситивно-ипохондрические, так и аутохтонные мини-психозы [4]. Наряду с этим наблюдаются транзиторные идеообсессивные (по типу «помешательства сомнений» [5]), а также острые тревожно-диссоциативные психозы, манифестирующие в структуре панических атак [15].

В DSM-5 выделяют 9 критериев ПРЛ [1]:

- избегание реальной или воображаемой участи быть покинутым;
- нестабильные и напряженные межличностные отношения, характеризующиеся крайностями идеализации и девальвации;
- нарушение идентичности: нестабильное представление о себе или самоощущении;
- склонность действовать опрометчиво, в состояниях сильного негативного аффекта;
- повторяющееся суицидальное поведение; жесты, угрозы, нанесение себе самоповреждений;
- аффективная нестабильность из-за выраженной реактивности настроения;
- хроническое чувство пустоты;
- неуместный, трудноконтролируемый гнев;
- преходящие, связанные со стрессом параноидные идеи или тяжелые диссоциативные симптомы.

Пациенты с ПРЛ обычно обращаются за помощью для лечения какого-то сопутствующего расстройства (депрессии, тревоги, расстройств, связанных со стрессом, деперсонализации/дереализации, зависимостей), после суицидальной попытки или значимого самоповреждения, в ситуации межличностного кризиса (разрыв с партнером, потеря работы, отчисление и др.), для исключения какого-либо предполагаемого психического расстройства, которое в действительности отсутствует (шизофрения, БАР, аутизм и др.), по инициативе близких.

Диагноз ПРЛ можно заподозрить в случае длительного безуспешного лечения другого психического расстройства, с которым симптоматика ПРЛ имела внешние сходства.

Для изучения ПРЛ был проведен целый ряд исследований в области нейровизуализации, который показал наличие редукции вещества мозга в гиппокампе, глазнично-лобных участках коры головного мозга (префронтальная кора), миндалевидном теле [9]. Эти отделы в норме вовлечены в регуляцию ответа на стресс и регуляцию эмоциональной сферы.

Миндалевидное тело меньше в абсолютном объёме и более активно у людей с ПРЛ. Уменьшенный объём миндалины так же был обнаружен у пациентов с обсессивно–компульсивным расстройством. Одно из исследований показало аномально высокую активность в левой миндалине у людей с ПРЛ в момент, когда они рассматривали карточки с изображением людей в негативных эмоциях. В связи с тем, что миндалина генерирует все эмоции, в том числе и негативные, это необычно высокая активность может объяснять сильные и продолжительные эмоциональные проявления страха, горя, злости и стыда, испытываемые людьми с ПРЛ. Этим же фактом трактуется и их способность тонко распознавать эмоции других людей [10].

Префронтальная кора имеет тенденцию к меньшей активности у лиц с ПРЛ, особенно в момент оживления воспоминаний об их «эмоциональной заброшенности». Это относительное снижение активности более всего определяется в правой передней извилине. Отдавая должное роли префронтальной коры в регуляции эмоционального возбуждения, относительная неактивность названых участков может объяснять сложности у людей с ПРЛ в регуляции их эмоций и реакции на стресс [11].

Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГГН) ось регулирует продукцию кортизола, который высвобождается в ответ на стресс. Уровень этого гормона надпочечников у людей с ПРЛ фактически более высок, чем в популяции. Это является признаком гиперреактивности ГГН оси. Гиперреактивность может объяснять более высокую биологическую реакцию на стресс и большую уязвимость к тревожащим факторам. Так же высокий уровень кортизола ассоциирован с высоким риском суицидального поведения [10].

Говоря о влиянии семьи на больных ПРЛ, нужно сказать, что маленькие дети в норме эмоционально нестабильны, капризны, непослушны, не принимают границ, требовательны, не учитывают эмоционального состояния родителя, что дестабилизирует состояние родителя с ПРЛ. Существует прочная взаимосвязь между насилием над детьми, особенно детского сексуального насилия, и развитием ПРЛ. Предполагается, что дети, которые в раннем возрасте испытали хроническое плохое обращение по отношению к себе и трудности с формированием привязанностей, встают на путь формирования ПРЛ [8].

Если затронуть тему лечения таких больных, то в первую очередь необходимо проинформировать их об основных проявлениях ПРЛ для формирования верных представлений о проблемах и улучшения терапевтического альянса. Терапией первой линии должны быть психосоциальные вмешательства, ПФТ используют лишь тогда, когда не хватает психосоциальной поддержки, от безысходности [6].

Основными группами препаратов, применяемых при ПРЛ, являются антидепрессанты, нормотимики и антипсихотики, уменьшающие и контролирующие импульсивное поведение, перепады настроения, гневливость и депрессию.

По некоторым исследованиям среди антидепрессантов наибольшую эффективность показал амитриптилин. Кроме того, выявлено, что омега-3 жирные кислоты снижают депрессию и тенденцию к суицидам.

Из нормотимиков хорошо себя зарекомендовали соли вальпроевой кислоты, редуцирующие симптоматику депрессии, межличностных проблем и гнева, а также ламотриджин, ослабляющий импульсивность и гнев.

В группе антипсихотиков применяют галоперидол для снятия приступов гнева, флупентиксол для снижения вероятности суицидального поведения и арипипразол для уменьшения выраженности проблем во взаимоотношениях [7].

Прогнозируя исход заболевания, можно говорить, что если рекомендованное лечение проводится, то основная масса больных с ПРЛ получает постепенное облегчение симптомов и в итоге достигает стойкой ремиссии.

По данным лонгитюдного исследования, 34,5% пациентов достигают ремиссии в течение двух лет с начала исследования. В течение четырёх лет 49,4% пациентов достигают ремиссии, а в течение 6 лет – 68,6%. К концу исследования 73,5% участников находились в стадии стойкой ремиссии. Более того, среди тех, кто достиг выздоровления от симптомов, только 5,9% испытали рецидив [12]. Другое, более позднее исследование, проводимое в течение 10 лет, показало, что стабильной ремиссии достигают 86% пациентов [13].

Литература

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition). American Psychiatric Association. 2013.
2. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: Медицинское информационное агентство. 2012.
3. Perez-Sola V. Treatment resistance in borderline personality disorder. European Psychiatry, V. 26, Issue s2: Abstracts of the 19th European Congress of Psychiatry. 2011 Mar.; 2024.
4. Pfeiffer E. Borderline states. Dis. Nerv. Syst.1974; 35 (5): 212-9.
5. Волель Б.А. Помешательство сомнений (психопатология, клиника, терапия). Дисс. … канд. мед. наук. М.: 2003.
6. Gunderson J. at all. Borderline personality disorder. Nature Reviews Dis Праймеры. 2018 May 24; 4:18029.
7. Borderline personality disorder: recognition and management. Clinical guideline. NICE (Natl. Inst. Health Care Excell). 2009.
8. Links P. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. JS Ball, PS Links - Current psychiatry reports. 2009 Feb; 11 (1): 63.
9. O'Neill A., Frodl T. Brain Structure and Function in borderline personality disorder/ Brain Structure and Function 2012; 217:767–782.
10. Chapman, Alexander L.; Gratz, Kim L. The Borderline Personality Disorder Survival Guide: Everything You Need to Know About Living with BPD. 2007.
11. Szyszko P., Robinson D., Alvir JM, Bilder R., Lencz T., Ashtari M., Wu H., Bogerts B.: Orbital frontal and amygdala volume reductions in obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psyc.1999;56(10): 913-9.
12. Занарини М., Франкенбург Ф., Хэннен Д., Силк К. Лонгитюдный курс пограничной психопатологии: 6-летнее проспективное наблюдение феноменологии пограничного расстройства личности. Американский журнал психиатрии. 2003; 160 (2): 274-83.
13. Занарини М., Франкенбург Ф., Брэдфорд Райх Д., Фитцморис Г. 10-летний курс психосоциального функционирования среди пациентов с пограничным расстройством личности и субъектами сравнения оси II. Acta Psychiatr Scand. 2010 Aug;122 (2): 103-9.
14. К проблеме биполярных аффективных расстройств, заимствующих ритм соматического заболевания / Смулевич А.Б., Иванов С.В., Самушия М.А. // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 2. – С. 4-11.
15. Диссоциативные расстройства в онкологии: психопатология, аспекты коморбидности с расстройствами личности / Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К., Двойников С.Ю., Самушия М.А., Петелин Д.С., // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 3-4. – С. 4-14.

Сенестопатическая шизофрения

Колпаков Е.А. [1]***,Самушия М.А.*** [2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: e.kolpakov0055@yandex.ru

Сенестопатии (от греч. koinos – общий и aesthesis – ощущение) – неприятные, тягостные, часто мучительные ощущения, которые не имеют для своего возникновения объективных причин (констатируемых объективными методами обследования).

Хронологию изучения вопроса сенестопатий можно условно разделить на периоды, представленные на рисунке:

Проблемам нарушения телесного восприятия уделялось значительное внимание в работах многих ученых древности, однако сам термин «сенестопатия» был введён в употребление в 1907 году французскими учеными Дюпре и Камю, которые в своих научных работах давали обобщенную характеристику проблеме патологического телесного восприятия [1].

В 1904 году в своём труде, посвящённом периодическим и основным синдромам раннего слабоумия, Э. Крепелин описывал возникновение патологических телесных ощущений в рамках ипохондрического слабоумия при гебефрении [2].

С.И. Консторум и его сотрудники в 1935 году задавались вопросом выделения ипохондрической шизофрении с многочисленными «сомато-психическими сенсациями» [3]. Высказывалось предположение по поводу связи шизофренического процесса с поражением диэнцефальных структур головного мозга. Отмечалось своеобразие данной клинической формы, отсутствие бредовой интерпретации своих ощущений, а также высокую социализированность этих больных в связи со слабовыраженными негативными изменениями, которые свойственны классическим формам шизофрении.

В 60-е годы XX века данная концепция нашла отражение в работах Г.А. Ротштейна, который предоставил результаты клинического исследования, иллюстрировавшего распространенность неблагополучного исхода сенесто-ипохондрической шизофрении. Он относил ее к одной из разновидностей непрерывнотекущей параноидной шизофрении [4].

Нельзя не отметить монографию И.Р. Эглитиса, написанную в 1977 году [5], в которой автор проводит сравнительную характеристику сенестопатических проявлений в составе различных психопатологических синдромов, основываясь на данных предшественников, подкрепляя своё исследование собственными клиническими наблюдениями. Несколько глав автор отводит для выводов, сделанных в отношении связи сенестопатий и шизофренического процесса. Так, он говорит о доминирующем положении данных явлений в случае вялопротекающей и приступообразной форм сенестопатической шизофрении, однако отводит им второстепенную роль в рамках параноидной формы процесса. Более того, по наблюдениям учёного, сенестопатическая симптоматика при эндогенных заболеваниях демонстрирует значительную резистентность в отношении проводимого лечения, в сравнении с другими психическими заболеваниями, которые могут сопровождаться соматопсихической симптоматикой.

Отдельно стоит остановиться на научной работе G. Huber, опубликованной в 60-е года XX столетия [6]. В ней была представлена наиболее детализированная систематика телесных сенсаций, которые были названы коэнестезиями. Также были определены границы понятия «сенестопатическая шизофрения» – состояния, при котором ведущая роль отведена именно вычурным телесным сенсациям, а также отмечена ее тесная связь с ипохондрической симптоматикой.

Автор предложил собственные критерии сенестопатий, дал развернутую описательную характеристику телесных ощущений, а также обращался к вопросам изучения нейробиологического субстрата данных явлений. Так, он отводил первостепенное значение в данном вопросе повреждению структур промежуточного мозга.

В дальнейшем, большое внимание отечественных исследователей было обращено и на синдромологию сенестопатий, определение закономерностей течения болезненного процесса, который ими сопровождается.

Отдельно остановимся на исследовании закономерностей развития сенестоипохондрии в рамках малопрогредиентной шизофрении, проведенном в конце XX века под руководством А.Б. Смулевича [7]. В нем он выделил «собственно сенесто-ипохондрию» и «сенесто-ипохондрию с синдромом сверхценной одержимости» или «ограниченную», «circumscripta» ипохондрию.

Сенестоипохондрия включает в себя два этапа. Первый – синдром сенестоалгий, где доминируют болезненные ощущения, сходные с соматической патологией, однако возникающие вне локализации конкретных анатомических образований и границ. Второй этап – синдром эссенциальных сенестопатий, который отражает более глубокий уровень поражения психической деятельности. Ощущения на этом этапе уже не имеют сходства с проявлениями соматической патологии, они с трудом поддаются описанию. Также, именно на этом этапе происходит нарастание негативных изменений, свойственных эндогенному заболеванию – это астенические проявления, эгоцентризм, сужение сферы деятельности и прочее.

«Circumscripta» ипохондрия представлена синдромом сенесталгий, который имеет локальный характер (в пределах одного органа), к которому присоединяется органо-невротическая симптоматика. Для этого синдрома характерны также периодические обострения, когда болевые ощущения приобретают характер острой хирургической патологии. Важно заметить, что для таких пациентов свойственна полная охваченность патологическими ощущениями, стремление к многократным оперативным вмешательствам.

В настоящее время диагноз сенестопатической шизофрении сохранен в рубрике «другие формы шизофрении» F 20.8, однако, отсутствуют какие-либо диагностические критерии. Используется также рубрика «шизотипические расстройства» F 21. В МКБ одиннадцотого пересмотра сенестопатическая форма шизофрении отсутствует.

Наиболее близкое по смыслу к сенестопатиям состояние можно найти под шифром MB 27.25 «somatic hallucinations»

Работы многих современных ученых продолжают концентрироваться вокруг вопросов взаимосвязи сенестопатических проявлений и шизофренического процесса [9], [11]. Изучается вопрос связи патологических ощущений и патопсихологических проявлений параноидной формы шизофрении, проводятся катамнестические исследования, дающие характеристику прогнозу течения ассоциированных с сенестопатиями эндогенных расстройств. Так, японские ученые использовали данные 62 пациентов для изучения социального прогноза у больных шизофренией [8],[10]. Пациенты с выраженными сенесто-ипохондрическими расстройствами были отнесены к группе неблагоприятного социального прогноза.

Проблема телесных ощущений при эндогенных расстройствах характеризуется разнообразностью проявлений, которые откладывают специфический отпечаток на клинику и течение болезни. Стоит отметить разнородность подхода в определении четких границ сенесто-ипохондрического синдрома не только при расстройствах шизофренического спектра, но и при других психопатологических состояниях. Кроме того, хочется отметить необходимость дальнейшего изучения психофизиологических и психобиологических основ возникновения данных явлений.

Литература

1. Dupre E, Camus P. Les cénestopathies. L'Encéphale. 1907 Décembre; 616-631.
2. Kraepelin E. Psychiatrie. 7 Aufl. - B.2. 1904: p.192.
3. Консторум С.И., Барзак С.Ю., Окунева Э.Г. Ипохондрическая форма шизофрении (второе катамнестическое сообщение). Труды института психиатрии им. П.Б. Ганнушкина. М., 1939 (3): 85-92.
4. Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. М., 1961.
5. Эглитис И. Г. Сенестопатии. Рига: «Зинатне». 1977:182 с.
6. Huber G.Die coenasthetische Schizophrenie als ein pragnanz-typ Schizophrenen Erkrankungen. Acta Psych. Scand.1971; 3 (47): 349-362.
7. Смулевич А.Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. М., Медицина. 2017: 240 с.
8. Kato, S., & Ishiguro, T. Clinical courses of hypochondriac-cenesthopathic symptoms in schizophrenia. Psychopathology. 1997; 30 (2); 76-82.
9. Driesch, G., Burgmer, M., & Heuft, G. Body dysmorphic disorder. Epidemiology, clinical symptoms, classification and differential treatment indications: an overview. Der Nervenarzt, 2004;75 (9): 917-29; quiz 930-1.
10. Kato, S. Psychopathological study of hypochondriaco-cenestopathic symptoms in schizophrenia. Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica. 1994; 96 (3): 174-219.
11. Rommel, O., Bokeloh, M., Malin, J.P., Bräunig, P., Strumpf, M., & Zenz, M. Coenesthesia - an important differential diagnosis in chronic pain syndromes. Schmerz.1999; 13 (3): 201-4.

Состояние слизистой полости рта у пациентов с кислотозависимыми заболеваниями после проведенной эрадикационной терапии

Коновалова Т.А.

аспирант, кафедра стоматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: konovalovatanya1@gmail.com

Актуальность

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) часто сопряжены с патологией полости рта, ввиду морфофункционального сходства между слизистой оболочкой рта (СОР) и слизистой ЖКТ [1]. Согласно последним данным, распространенность Helicobacter pylori (Hp) среди жителей Российской Федерации составляет 78,5% (67,1-89,9) [2]. В настоящее время, инфекция вызываемая H.pylori, рассматривается как ведущий этиологический фактор возникновения кислотозависимых заболеваний (КЗЗ) ЖКТ [3]. Для лечения данной патологии используется эрадикационная терапия, включающая в том числе применение антибиотиков, способных, согласно инструкции, вызывать побочные действия в полости рта: сухость СОР, глосситы, стоматиты.

Цель исследования

Профилактика и повышение эффективности лечения заболеваний СОР у пациентов с КЗЗ ЖКТ после проведенной эрадикационной терапии.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры стоматологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» в 2021 г. был проведен ретроспективный анализ стоматологических карт (форма №043-У) 140 пациентов с КЗЗ ЖКТ, проходивших в течение последнего года эрадикацию в возрасте от 35 до 65 лет. Учитывалось: жалобы, частота обращаемости за стоматологической помощью, проводимое лечение и его эффективность. Среди обследуемых было выявлено 120 человек с патологией СОР, возникающей после проведения эрадикации. Результаты были обработаны статистическим методом с достоверностью, $p<0.05$.

Результаты

Среди 140 пациентов с КЗЗ ЖКТ, проходивших эрадикационную терапию, патология СОР была обнаружена у 120 человек, что составило 86% от общего числа.

Установлено, основными жалобами при возникновении заболеваний СОР на фоне полученной эрадикационной терапии являлись: сухость и жжение СОР (60%), ввиду недостаточного объема ротовой жидкости, извращение вкуса (20%), чувство горечи в полости рта (20%). При стоматологическом осмотре выявлено: обильный белесоватый налет на языке, легко снимающийся при поскабливании, мягкие зубные отложения с вестибулярной и оральной поверхностей на ½ длины коронки зуба, гиперемия СОР, при этом среднее значение индекса КПУ=8,3±0,05.

У 38% исследуемых был установлен диагноз обострение плоского лишая (ПЛ). Наблюдали серые «жемчужного» цвета папулы полигональной формы (средний размер 2,5±0,5 см) на фоне яркой гиперемированной СОР щеки или языка. В 33% случаев – кандидоз СОР, который проявлялся значительным количеством налета на спинке языка, легко снимающимся при поскабливании. По данным цитологии, обнаружены споры и клетки грибов рода Candida. Остальные 29% обследуемых – ксеростомия, при осмотре отмечалось: недостаточная увлажненность СОР и малое количество свободной слюны в полости рта.

Выводы. Таким образом, после проведенной эрадикационной терапии у пациентов с КЗЗ ЖКТ, ассоциированными с Helicobacter pylori, возникает патология СОР.

Литература

1. Барер, Г.М. Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки рта: учебник / Под ред. Г. М. Барера - 2-е изд. , доп. и перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с.
2. Плавник Р.Г., Бакулина Н.В., Мареева Д.В., Бордин Д.С. Эпидемиология Helicobacter pylori: клинико-лабораторные параллели // Эффективная фармакотерапия №36, Том 15, 2019, с. 16-20. DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-36-16-20
3. Иванова В.В., Прокофьева А.А., Николаенко А.И., Ансимова П.В. Этиология, патогенез и особенности течения язвенной болезни // Поколение будущего: Взгляд молодых ученых- 2019: Сборник научных статей 8-й Международной молодежной научной конференции. В 6-ти томах, Курск, 13–14 ноября 2019 года / Ответственный редактор А.А. Горохов. – Курск: Юго-Западный государственный университет, 2019. – С. 195-197.

Психотерапевтические методы в работе с анорексией и булимией

Кочерева Е.Д.[1] , Титова В.В.[2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]к.м.н., доцент кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: kocherevka@gmail.com

Распространенность нервной анорексии и нервной булимии достигают 0,9%-2% в популяции среди женщин и 0,3%-0,5% среди мужчин соответственно [1], однако, стоит учесть, что ввиду диссимулятивного статуса таких пациентов, реальные цифры могут быть существенно выше. Высокая распространенность данных расстройств пищевого поведения усугубляется тем, что 95% пациентов составляют молодые женщины [2], в то время как данная группа заболеваний определяет один из самых высоких уровней смертности среди психических заболеваний, составляющий по результатам исследований около 5% [3]. Помимо высокого уровня смертности, у пациентов наблюдается широкий спектр различных соматических осложнений – гастроэнтерологического, эндокринологического, гинекологического, кардиологического и других профилей (увеличение интервала QT, синусовая брадикардия, повышенный риск внезапной смерти от фибрилляции желудочков, аменорея, панцитопения, остеопороз и пр.) [4,5,6,7], что приводит к снижению работоспособности и увеличению частоты установления инвалидности при неблагоприятном течении заболевания.

Ввиду диссимулятивного статуса таких пациентов, первичным, в большинстве случаев, становится обращение к врачам соматического профиля, и под наблюдением психиатров они оказываются, в среднем, лишь через 4 года, как правило, в состоянии тяжелой кахексии, со стойкой аменореей, когда тяжесть соматических нарушений бывает столь выраженной, что требует стационирования и лечения по витальным показаниям [8, 9].

С учетом приведенных выше данных, успешное лечение пациентов с данными расстройствами должно включать в себя: раннюю диагностику, которая обеспечивалась бы настороженностью врачей соматических профилей, вкупе с обеспечением их инструментами первичной диагностики (опросниками, использование которых возможно в ходе беседы, с учетом ограниченного количества времени), и мультидисциплинарный подход, благодаря которому пациент одновременно курировался бы специалистами соматических профилей и психотерапевтом в амбулаторных условиях.

Подходы к психотерапевтическому лечению пациентов с нервной анорексией и булимией различаются: для пациентов с нервной анорексией лучшие результаты показывает семейная терапия, в ходе которой ведется работа не только с самим пациентом, но и с его окружением, для пациентов же с нервной булимией «золотым стандартом» терапии стала когнитивно-поведенческая терапия, в ходе которой

основная работа проводится непосредственно с пациентом. Также пациенты с булимией лучше отвечают на фармакотерапию – применение флуоксетина в дозировке 60 мг/сутки существенно снижает риск развития рецидивов после окончания психотерапевтического лечения и ускоряет восстановление.

Восстановление пациентов с вышеописанными расстройствами осложняется многими факторами: несвоевременностью установки диагноза, диссимулятивным статусом пациентов, сниженной критикой к своему состоянию, амбивалентностью по отношению к заболеванию, многочисленными соматическими осложнениями, что обеспечивает актуальность данной темы для врачей всех специальностей.

Литература

1. Hudson J.I. et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol. Psychiatry. 2007; 61(3): 348–58.
2. Скугаревский О. А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения. БГМУ. 2005
3. Crow S.J., Peterson C.B., Swanson S.A., Raymond N.C., Specker S., Eckert E.D., Mitchell J.E. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. American Journal of Psychiatry. 2009; 166: 1342–1346.
4. Гончарик Т.А. Изменения сердечно-сосудистой системы у больных нервной анорексией: Автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 1994.
5. Крылов В.И. Сердечно-сосудистые нарушения у больных нервной анорексией и нервной булимией. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. М 1994: 67—69.
6. Foster D. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: A.S. Fauci, E. Braunwald, K.J. Isselbacher et al. eds. Harrison’s Principles of Internal Medicine. 14th ed. New York, NY: McGraw-Hill 1998: 462—465.
7. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2006; 163: 7 Suppl: 4—54.
8. Крылов В.И. Психопатология пищевого поведения: нервная анорексия и нервная булимия. Журн. психиатрия и психофармакотерапия. 2007; 9 (2): 12—17.
9. Брюхин А.Е. Реабилитация больных нервной анорексией с тяжелыми вторичными соматоэндокринными расстройствами: Автореф. дис… канд. мед. наук. М., 1997.

Склеродермия: сложности классификации, диагностики, лечения

Любивец А.А.

ординатор, кафедра дерматовенерологии и косметологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: lub-anastasia-96@mail.com

Введение

Склеродермия – это собирательное понятие, которое включает в себя системную и локализованную склеродермию. Несмотря на то, что патологический процесс при локализованной склеродермии ограничен кожным покровом, возможно вовлечение внутренних органов (поражение глаз, головного мозга, опорно-двигательного аппарата) с формированием необратимых анатомических и эстетических дефектов, приводящих к снижению качества жизни пациентов [1].

Цель

Выявление и изучение сложностей классификации, диагностики и лечения локализованной склеродермии, а также определение причин их возникновения.

Материалы и методы

Поиск литературных данных осуществлялся в основных базах данных PubMed (MEDLINE) и Google Scholar за последние 15 лет до 30 марта 2022 года. Поиск статей производился по ключевым словам: склеродермия, локализованная склеродермия, морфеа, системная склеродермия, классификация, диагностика, лечение. Условия поиска использовались в различных комбинациях в зависимости от возможностей разных баз данных.

Результаты

Сложности классификации локализованной склеродермии возникают из-за относительно редкого распространения (заболеваемость около 4 человек на 100.000 населения ежегодно) [1,2] и отсутствия единой международной системы классификации и терминологии [3].

Были выявлены следующие сложности диагностики: общие с другими заболеваниями гистологические признаки на ранних и поздних стадиях заболевания [3]; низкая выявляемость B. Burgdorferi при ЛС [4]; атипичная клиническая картина [5]; наличие подобных клинических симптомов двух и более аутоиммунных заболеваний у одного пациента; ограниченная доступность данных о новых клинических особенностях локализованной склеродермии; сложность ранней диагностики генерализованных и глубоких форм ЛС [3]; ограничение использования высокочувствительных методов исследования в рутинной практике врача; ограниченное использование лабораториями специальных методов окраски гистологических препаратов для дифференциальной диагностики [6].

Среди сложностей лечения можно выделить трудности подбора наиболее эффективной терапии; отсутствие единых критериев по выбору тактики лечения: системной, фототерапии или наружной терапии; низкая эффективность препаратов наружной и системной терапии, включенных в клинические рекомендации; зависимость подхода к лечению от специализации врача, а не от клинической формы локализованной склеродермии [7]; резистентность к терапии; сложности подбора методов коррекции осложнений локализованной склеродермии; ограниченное использование современных методов коррекции осложнения; частые рецидивы;

отсутствие полноценных исследований по изучению эффективности и безопасности препаратов, используемых при терапии локализованной склеродермии; высокая частота побочных эффектов от системной терапии [8]; отсутствие таргетных препаратов [9]; наличие коморбидных патологий; поздняя обращаемость; ограниченная доступность некоторых методов терапии; поздняя диагностика в течение 6 месяцев, особенно в отношении взрослых [10].

Выводы

Несмотря на множество рекомендаций мировых сообществ, изучающих локализованную склеродермию, до сих пор отсутствует консенсус в отношении системы классификации, методов диагностики и лечения, что вызывает трудности в постановке диагноза и выборе оптимальных подходов диагностики и лечения и требует дальнейшего изучения, поиска путей их решения.

Литература

1. Fett N, Werth VP. Update on morphea: part I. Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. J Am Acad Dermatol. 2011 Feb. 64(2):217-28; quiz 229-30.
2. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2017-2018 годы (статистические материалы). Москва 2019. С. 208.
3. Knobler R, Moinzadeh P, Hunzelmann N et al. European Dermatology Forum S1-guideline on the diagnosis and treatment of sclerosing diseases of the skin, Part 1: localized scleroderma, systemic sclerosis and overlap syndromes. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Sep
4. Aberer E, Leinweber B, Aberer W. Erythema migrans mimicking early morphea. J Dtsch Dermatol Ges. 2020 Nov
5. Aounallah A, Lahouel I, Mokni S et al. Atypical generalized morphea-like scleroderma occurring in a patient exposed to organic solvents and having chronic hepatitis C virus infection. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2018
6. Ganesan L, Parmar H, Das JK, Gangopadhyay A. Extragenital Lichen Sclerosus et Atrophicus. Indian J Dermatol. 2015 Jul-Aug;60(4):420.
7. Johnson W, Jacobe H. Morphea in adults and children cohort II: patients with morphea experience delay in diagnosis and large variation in treatment. J Am Acad Dermatol. 2012 Nov; 67(5):881-9.
8. Li SC, Zheng RJ. Overview of Juvenile localized scleroderma and its management. World J Pediatr. 2020 Feb;16(1):5-18.
9. Wenzel D, Haddadi NS, Afshari K, Richmond JM, Rashighi M. Upcoming treatments for morphea. Immun Inflamm Dis. 2021 Dec;9(4):1101-1145.
10. Mertens JS, van den Reek JM, Kievit W, van de Kerkhof PC, Thurlings RM, Radstake TR, Seyger MM, de Jong EM. Drug Survival and Predictors of Drug Survival for Methotrexate Treatment in a Retrospective Cohort of Adult Patients with Localized Scleroderma. Acta Derm Venereol. 2016 Nov 2;96(7):943-947.

Роль нейровоспаления в рамках клинико-биологической модели патогенеза шизофрении

Любишева А.Г. [1]***,Самушия М.А.*** [2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: zimovichok@mail.ru

В настоящее время существенно изменились взгляды на роль иммунной системы: от противоинфекционной защиты к всеобъемлющей функции поддержания гомеостаза организма вне зависимости от природы повреждающего фактора. Новый концептуальный взгляд позволил рассматривать главный эффекторный процесс иммунной системы – воспаление – в качестве ключевого участника развития многих хронических неинфекционных заболеваний ЦНС, включая шизофрению [1].

На основе анализа фундаментальных зарубежных исследований, а также результатов изучения нейровоспаления, проводимого совместно биологами и клиницистами Научного центра психического здоровья, разработана клинико-биологическая модель шизофрении. (Клюшник Т.П., Смулевич А.Б., Зозуля С.А., Воронова Е.И.) В рамках концептуализации этой модели была реализована попытка установления связи между нарушениями в сфере биологических процессов, определяемых нейровоспалением/воспалением, и формированием основных процессуальных дименсий – позитивных и негативных расстройств в общем психопатологическом пространстве шизофрении (ШЗ).

Также важно выделить иммуногенетические факторы, которые влияют на риск развития ШЗ, что в свою очередь может привести к сокращению синаптической мощности нейронов префронтальной коры и способствовать уменьшению синаптической плотности в мозге больных ШЗ [2].

Многообразие причин, триггеров и клинических форм ШЗ затрудняет изучение ее этиологии и патогенеза и является основой противоречивости результатов, полученных в области иммунологии этого заболевания. Тем не менее, очевидными стали наличие нейровоспаления и системного воспаления, особенно при острых формах ШЗ.

Литература

1. Клюшник Т.П., Смулевич А.Б., Зозуля С.А., Воронова Е.И. Нейробиология шизофрении и клинико-психопатологические корреляты (к построению клинико-биологической модели). Психиатрия. 2021; 19(1): 6-15.
2. Малашенкова И.К., Крынский С.А., Огурцов Д.П., Мамошина М.В., Захарова Н.В., Ушаков В.Л., Величковский Б.М., Дидковский Н.А. Роль иммунной системы в патогенезе шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018;118(12): 72-80

Обсессивно-компульсивное расстройство

Маева В.О. [1]***, Титова В.В.*** [2]
[1]*ординатор, кафедра психиатрии*
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]*к.м.н., доцент кафедры психиатрии*
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: shchelkonogova97@bk.ru

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) представляет собой наиболее распространенное и инвалидизирующие психическое заболевание. Распространенность ОКР среди населения составляет 1,9-3,3%, распространенность в течение жизни варьирует от 0,6 до 2,5% [1]. Средний возраст начала заболевания 20 лет; не менее 1/3 пациентов заболевают в возрасте 10-15 лет. У пациентов мужского пола начало заболевания, как правило, более раннее, так у 25% из них первые проявления возникают уже к возрасту 10 лет, тогда как у женщин этот процент значительно ниже [3-4]. Основными клиническими проявлениями ОКР являются обсессии (тягостные, возникающие помимо воли идеи, повторяющиеся нежелательные мысли, образы, эмоциональные переживания и побуждения) и компульсии (повторяющиеся стереотипные, нередко ритуализированные действия или психические акты), которые субъективно расцениваются больными как «защитные» [2]. Для ОКР характерны высокие показатели коморбидности с другой психической патологией, так у 76% пациентов отмечаются тревожно-фобические расстройства (паническое расстройство, СФ, ГТР), дисморфофобией, расстройствами пищевого поведения, у 63% — аффективные расстройства (чаще всего рекуррентное депрессивное расстройство (41%), у 23-32 % – сопутствующее расстройство личности, преимущественно с ананкастными чертами [5-8].

В настоящее время, благодаря опыту генетических, нейробиологических и клинических экспериментальных работ произошел прогресс в актуальном осмыслении данного расстройства – ОКР в двух ведущих классификациях болезней исключено из группы тревожных расстройств МКБ-10 и составляет отдельную главу «Обсессивно-компульсивное и сходные расстройства» [9]. В МКБ-11 входят состояния, где фокус диагностики базируется на когнитивном аспекте (нежелательные мысли/озабоченность): 1) ОКР, 2) дисморфофобическое расстройство, 3) расстройство, связанное с обонянием, 4) ипохондрия 5) патологическое накопительство, 6) состояния, где ключевым моторным аспектом служат повторяющиеся действия, — трихотилломания, экскориации, синдром Туретта [10, 14].

Таким образом, всем пациентам с ОКР рекомендовано как можно более раннее начало лечения, регулярное амбулаторное наблюдение, соблюдение надлежащего режима приема психофармакотерапии (СИОЗС, СИОЗСН, ИОЗС) и посещение сессий когнитивно-поведенческой психотерапии с целью коррекции обсессивных и компульсивных симптомов, а также уменьшения сопутствующих факторов риска, связанных со здоровьем и образом жизни [11-13].

Литература

1. Hollander E., Benzaquen S. Focus on obsessive compulsive spectrum disorders. Amsterdam, 1997: 33–44.
2. Mathews C.A. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. Oxford handbook of anxiety and related disorders. Oxford: Univ. Press, 2009: 56–64.
3. Harvard Medical School, 2007. National Comorbidity Survey (NCSSC). (2017, August 21Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity /Grant J.E. [et al.] // Psychiatry Research. – 2007. – Vol. 152. – №1. – P. 21-27
4. Pittenger C., Bloch M.H., Williams K. C. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. Pharmacology & Therapeutics. 2011; 132 (3): 314-332.
5. Fullana M.A. et al. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. The American Journal of Psychiatry. 2009; 166 (3): 329-336.
6. Kessler R.C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry. 2005; 62(6): 617-627.
7. Ruscio A.M. et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Molecular Psychiatry. 2010; 15 (1): 53–63.
8. Pinto A. Personality features of OCD and spectrum conditions. The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders, Steketee G (Ed). New York: Oxford University Press, 2012.
9. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2013.
10. Abramowitz J.S., Blakey S. Obsessive-compulsive and related disorders. Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations. New Jersey: Wiley, 2017: 187–215.
11. Robert L. Leahy. Cognitive Therapy Techniques. S.-Peterburg. 2022: 294-327.
12. МакМилан Р. Практикум по когнитивной терапии. Санкт-Петербург. 2001: 560 с.
13. Стал С. Основы психофармокологии. Теория и практика. Москва, 2021: 656 с.
14. Трихотилломания: современное состояние проблемы и аспекты клинической типологии / Романов Д.В., Самушия М.А., Романова Ю.Ю., Плужников И.В., Парфенов Е.А., Миченко А.В., Львов А.Н. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2018. - № 1. - С. 135-144.

Методы нейровизуализации в диагностике болезни Альцгеймера. Основные показания к проведению функциональной магнитно-резонансной томографии

Макина А.С. [1]***, Самушия М.А.*** [2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: alvmakina@gmail.com

Старение населения является одной из актуальных проблем современного общества. Поскольку в развитых странах мира наблюдается неуклонное устаревание общества, частота нейродегенеративных заболеваний имеет четкую тенденцию к увеличению. С каждым годом растет интерес к этиологии, механизмам развития и возможности прогнозирования и профилактики старческой деменции. Ключевое значение придается максимально ранней диагностике патологического процесса. Достижения клинической и экспериментальной медицины последних лет позволили выяснить механизмы развития этой патологии, разработать их диагностические критерии и усовершенствовать терапию [4,6,7]. В то время как гистологические изменения, лежащие в основе болезни Альцгеймера (БА), известны уже около 100 лет, физиологические принципы и генетические механизмы, регулирующие образование бляшек и нейрофибриллярных клубков, продолжают выясняться [7].

Методы визуализации мозговых структур прошли огромный путь. Изменения, обнаруживающиеся с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), появляются раньше макроструктурных изменений, выявляемых методами КТ/МРТ. Используя ПЭТ с выявлением β-амилоида (Aβ) и тау- белка можно провести раннюю и дифференциальную диагностику болезни Альцгеймера [2]. Функциональная МРТ (фМРТ) сейчас активно используется в психиатрии как один из основных методов исследования мозговых структур и их патологий, позволяя оценить изменения вещества головного мозга при БА на микроструктурном и функциональном уровнях [1,3]. Основными показаниями к проведению фМРТ являются: диагностика ранних форм когнитивных нарушений; выявление лиц с высоким риском развития деменции; дифференциальная диагностика различных типов деменций; быстрое прогрессирование деменции, несмотря на проводимую терапию; подтверждение органической природы заболевания в отсутствие изменений при структурной нейровизуализации; уточнение патогенеза когнитивных нарушений; прогнозирование течения заболевания; оценка эффективности терапии [6]. Изменения, выявляемые с помощью фМРТ при болезни Альцгеймера, показывают сниженную активацию коры, снижение или отсутствие активации медиальных отделов височных долей и гиппокампа по сравнению с контрольной группой испытуемых старшего возраста без когнитивных нарушений [6,9].

Таким образом, применение современных методов нейровизуализации у пациентов с когнитивными нарушениями позволяет выявлять изменения на ранних стадиях развития патологического процесса, проводить дифференциальную диагностику между

различными нозологическими формами заболевания, а также дает возможность уточнить степень выраженности и распространенность поражения в коре и подкорковых структурах с целью определения прогноза и тактики проводимого лечения.

Литература

1. Беляев А., Пек - Кюнг К., Бреннан Н., Холодный А. Применение функциональной Магнитно-резонансной томографии в клинике. Russian electronic journal of radiology. www.rejr.ru. 2014; 4 (1): 14-23.
2. Власенко А.Г., Минтон М.А. Прижизненная оценка накопления β-амилоида в головном мозге человека. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2009; 3 (2): 37-42.
3. Кремнева Е.И., Коновалов Р.Н., Кротенкова М.В. Функциональная магнитно-резонансная томография. Технологии. 2011; 5 (1): 30-34.
4. Селиверстова Е.В., Селиверстов Ю.А., Коновалов Р.Н., Иллариошкин С.Н. Функциональная магнитно-резонансная томография покоя: новые возможности изучения физиологии и патологии мозга. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2013; 4: 39–44.
5. Сергеев А.В., Медведева А. В., Вознесенская Т. Г. Количественные характеристики ЭЭГ при болезни Альцгеймера на фоне когнитивной нагрузки. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2011; 5 (2): 24-28.
6. Синицын В.Е., Гридин В.Н., Перепелова Е.М., Меркулова М.С. Функциональная и диффузионно-тензорная магнитно-резонансная томография в ранней диагностике болезни Альцгеймера. Вестник рентгенологии и радиологии. 2017; 98 (6): 320–6.
7. Anshu R., Dr.Amit Garg. Classification of Brain MRI for Detection of Alzheimer’s disease. Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry (TOJQI). 2021; 6: 6335- 6342.
8. Medvedeva A., Keeser D., Meindl T. et al. Functional connectivity in patients with early Alzheimer’s disease, MCI and healthy controls as assessed by fMRI and EEG. Res. f. Neues aus der psychiatrischen Forschung. Munchen, 2008.
9. Norfray JF, Provenzale JM. Alzheimer's disease: neuropathologic findings and recent advances in imaging. AJR Am J Roentgenol. 2004 Jan;182(1):3-13.

Интрапульмональная перкуссонная вентиляция в профилактике послеоперационных осложнений

Маркелов К.М.

аспирант, кафедра анестезиологии и реаниматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: kira-markelov@yandex.ru

Актуальность. Бронхо-легочные осложнения (БЛО) составляют значительную долю в структуре заболеваемости и смертности у хирургических пациентов в послеоперационном периоде [1]. В настоящее время встречаемость данного типа осложнений составляет от 9 до 40 % всех осложнений после перенесенных оперативных вмешательств (ОВ) [2]. Возникновение послеоперационных легочных осложнений (ПОЛО) ассоциировано с увеличением: длительности госпитализации, вероятности перевода больного в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). ПОЛО относят к важным детерминантам 30-дневной летальности хирургических больных и вероятности реадмиссии [3]. После выписки из стационара у пациентов, перенесших ПОЛО, отмечается более низкое качество жизни. Летальность в группе ПОЛО в течение 5 лет на 66% выше, чем при неосложненном течении послеоперационного периода [4].

Цель. Изучение роли ИППВ в профилактике застойных явлений в легочной ткани, улучшении оксигенации и микроциркуляции в тканях, ускорении репаративных процессов, оптимизации ранней активизации, профилактике рецидивов легочных патологий в послеоперационном периоде, повышении комплаентности пациентов.

Материал и методы. В данное клиническое исследование включено 34 пациента (средний возраст 60 лет), которые были госпитализированы в стационар для плановых некардиальных хирургических операций (27% операции на кишечнике, 23% цистэктомия, платика мочевого пузыря, 13% пангистрэктомия, 10% операции на почке, 10 % операции на предстательной железе, 10% реконструкция позвоночного канала и др.). ИППВ проводилась в реанимации до стабилизации состояния, отсутствия рецидива основного заболевания и сопутствующей патологии 1-2 сеанса в сутки; в профильном отделении при наличии каких-либо дыхательных нарушений или манифестации дыхательных заболеваний до 3-х сеансов за время наблюдения, в некоторых случаях до 10 сеансов (с учетом сопутствующей патологии). Проводилась оценка объема интраоперационной кровопотери и геморрагических осложнений.

Результаты. Всего за время наблюдения выявлено два случая полисегментарной пневмонии в раннем послеоперационном периоде.

Заключение. ИППВЛ – хорошо переносится пациентами, улучшая качество дыхания, увеличивает комплаентность пациентов, не вызывает осложнений, снижает риск развития рецидива сопутствующей патологии (ХОБЛ, БА и пр.).

Литература

1. Пасечник И.Н., Мурашко С.С., Маркелов К.М. Послеоперационные легочные осложнения в некардиальной хирургии. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021; 3: 69-77.
2. Gupta S., Fernandes R.J., Rao J.S., Dhanpal R. Perioperative risk factors for pulmonary complications after non-cardiac surgery. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2020;36(1):88-93. doi: 10.4103/joacp.JOACP_54_19.
3. Ruscic K.J., Grabitz S.D, Rudolph M.I., Eikermann M. Prevention of respiratory complications of the surgical patient: actionable plan for continued process improvement. Curr Opin Anaesthesiol. 2017;30(3):399-408. doi: 10.1097/ACO.0000000000000465.
4. Khuri S.F., Henderson W.G., DePalma R.G., Determinants of long-term survival after major surgery and the adverse effect of postoperative complications. Ann Surg. 2005;242(3):326-41; discussion 341-3. doi: 10.1097/01.sla.0000179621.33268.83.

Изменения в полости рта при гликогеновой болезни b типа (клинический случай)

Нарсия Е.Б.

ординатор, кафедра стоматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: ebnarsiya@mail.ru

Гликогеновая болезнь – наследственная патология углеводного обмена, причиной которой являются мутации различных генов, кодирующих ферменты, ответственные за синтез и распад гликогена. В настоящее время выделяют до 15 типов заболевания.

Гликогеновая болезнь Ib типа – аутосомно-рецессивное заболевание, вызванное дефицитом микросомального транспортного белка T1 (глюкозо-6-фосфат-транслоказы) и ассоциированное с избыточным накоплением гликогена нормальной структуры в печени, почках и слизистой оболочке кишечника. Специфическим проявлением гликогеновой болезни Ib типа является нейтропения и нарушение функции нейтрофильных лейкоцитов [1].

Гликогеновая – орфанное заболевание[2]. Описание стоматологического статуса пациентов, страдающих этим заболеванием, не отражено в литературе.

В клинику обратилась пациентка Е., 2002 года рождения с жалобами на отечность, болезненность, систематическое появление участков изъязвления на поверхности десны; убыль десны; на разрушение и подвижность зубов. На боль, жжение в языке при приеме пищи, появление на нем «язвочек».

Анамнез жизни: с рождения страдает гликогеновой болезнью Ib типа, хронической нейтропенией (в составе основного заболевания).

При осмотре: общее состояние пациентки удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы увеличены незначительно, слабоболезненны при пальпации. Прикус патологический. Гигиена полости рта неудовлетворительная (ИГР-у=3,2). Слизистая оболочка десны в области всех зубов верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, с выраженной рецессией в области первых нижних моляров. Отмечаются единичные очаги некроза десневых сосочков. Пародонтальные карманы глубиной 5-7 мм. На слизистой оболочке языка в области кончика отмечаются две афты размером 0,5 на 0,2 мм, овальной формы, на гиперемированном основании, покрытые фибринозным налетом.

На зубах верхней и нижней челюсти – множественные очаги деминерализации эмали, кариозные полости на контактных и пришеечных поверхностях зубов.

На ортопантомограмме определяются генерализованные деструктивные изменения в костной ткани альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти, на всем их протяжении. Резорбция кости межальвеолярной перегородки составляет ½ величины корней в области моляров верхней и нижней челюсти и 1/3 величины корней во фронтальном отделе.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии обострения, язвенно-некротический гингивит, хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

Необходим комплексный подход к разработке плана лечения данного пациента с привлечением таких специалистов как пародонтолог, врач-стоматолог-ортопед, ортодонт, гематолог.

На первом этапе было проведено:

1. местное симптоматическое лечение язвенно-некротического гингивита и хронического рецидивирующего афтозного стоматита;

2. профессиональная гигиена полости рта после эпителизации очагов поражения на слизистой оболочке полости рта;

3. коррекция индивидуальной гигиены полости рта с подбором средств для ее проведения;

4. закрытый кюретаж, антисептическая обработка пародонтальных карманов, с наложением повязки с препаратом на основе метронидазола.

Рекомендовано продолжение местной противовоспалительной и антибактериальной терапии на приеме и в домашних условиях до ремиссии воспалительного процесса в тканях пародонта. Лечение кариеса и его осложнений. Консультация ортодонта и врача-стоматолога-ортопеда с целью выявления и коррекции окклюзионных взаимоотношений. Регулярное проведение профессиональной гигиены и контроль индивидуальной гигиены полости рта.

Выводы. Развитие язвенно-некротического гингивита, хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени связано с повышением активности фузоспирохетарной и пародонтопатогенной микрофлоры и снижением неспецифической резистентности к ней тканей пародонта на фоне хронической нейтропении (в составе основного заболевания). Прогрессированию резорбции костной ткани межальвеолярных перегородок способствует раннее развитие остеопороза при гликогеновой болезни Ib типа.

Высокая интенсивность кариеса при таком виде генетической патологии связана со специфической диетой, направленной на предупреждение и борьбу с гипогликемией.

Пациент должен находиться на диспансерном наблюдении у врача – стоматолога, не реже 4 раз в год, для быстрого купирования обострения воспалительного процесса, получать регулярную поддерживающую терапию.

Литература

1. Сурков А.Н. Гликогеновая болезнь у детей: новые аспекты патогенеза, современные подходы к диагностике, оптимизация ведения пациентов: дис. д.м.н.: 14.01.08/ Сурков Андрей Николаевич; науч. конс. Баранов А.А.; Москва, 2019. – 25 с.
2. Клинические рекомендации. Гликогеновая болезнь у детей// Министерство здравоохранения Российской Федерации – 2016. – 16 с.

Диагностический путь: псевдолимфомы VS лимфомы

Оханова Е.В.

ординатор, кафедра дерматовенерологии и косметологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E-mail: dr.okhanova@mail.ru

Введение. Псевдолимфома кожи – реактивный дерматоз, возникающий в ответ на экзогенные и эндогенные воздействия: лекарства, химические вещества, инфекционные агенты, металлы, пищевые продукты, алкоголь, травмы, татуировки, укусы насекомых, вакцины, инъекции антигенов, акупунктура, инсоляция и тд. Первичная лимфома кожи – это злокачественная пролиферация лимфоцитов. Заболеваемость злокачественными лимфомами кожи в мире варьирует от 0,3 до 1,18 случаев на 100 тыс. населения и продолжает увеличиваться.

Цель исследования. Представить клинический случай для демонстрации сложности диагностического поиска, роли дерматолога в постановке диагноза лимфома, результатов адекватного лечения лимфомы кожи.

Клинический случай. Пациентка С. обратилась в 2020 году в НМИЦ Гематологии с жалобами на высыпания узловатых элементов на коже лба и правого надбровья. Из анамнеза известно, что впервые изменения кожи в области правого надбровья появились примерно в 2010 году. Проводилась местная терапия мазями, без эффекта. В 2012 году впервые выполнена биопсия кожи в области правого надбровья, проводился дифференциальный диагноз между фолликулярной лимфомой кожи и вторичной лимфоидной инфильтрацией при хроническом воспалении. Рекомендовано ИГХ, которое не проводилось. В 2015 году пациентка консультирована в Гематологическом научном центре, выполнялась биопсия кожных изменений в передне-ушной области справа. При гистологическом исследовании – псевдолимфома. Проводилась терапия интерфероном-альфа около 2 месяцев, с крайне плохой переносимостью препарата. Далее пациентка наблюдалась у дерматологов. В 2016 году с диагнозом атипический ретикулоид проводилась терапия плаквенилом, далее обкалывание дипроспаном, с временным эффектом в виде снижения зуда. В 2020 году проводилась фотодинамическая терапия с в/в введением фотосенсибилизатора, без эффекта.

В сентябре 2020 проводилась повторная биопсия образования кожи на лбу. По данной биопсии выявлена В-клеточная клональность по легким цепям иммуноглобулинов. При гистологическом и ИГХ исследовании – с учетом данных молекулярного исследования морфологическую картину и выявленный иммунофенотип следует отнести к минимальным признакам первичной кожной лимфомы из клеток маргинальной зоны. С сентября 2020 года за последние несколько месяцев пациентка отмечает ухудшение состояния в виде появления кожного образования над верхней губой справа, увеличение кожных образований на лбу, усиление зуда в данных образованиях.

Пациентка обсуждена междисциплинарной комиссией, включая дерматовенеролога, онколога, гематолога. Рекомендовано дообследование. В 2021 году выполнена повторная биопсия кожи. По результатам: с учетом данных молекулярного исследования, ИГХ 2001/20 морфологическую картину в коже следует отнести к субстрату первичной кожной лимфомы из клеток маргинальной зоны.

Проведен онкологический консилиум. Рекомендуемая тактика лечения, учитывая морфологию и первичную локализацию, показано проведение ДЛТ на первичный очаг.

С 06.09.2021 по 24.09.2021 проведена лучевая терапия на линейном ускорителе Varian TrueBeam STX на область очагов лимфомы кожи лица РОД-2 Гр, СОД 30 Гр за 15 фракции. Лечение выполнено в полном объёме, перенесла без осложнений.

В настоящее время – положительный эффект в виде уменьшения размеров очагов и уменьшения инфильтрации ПКК.

Обсуждение. Существующая система статистического учета позволяет судить о заболеваемости злокачественными лимфомами кожи лишь косвенным путем, основываясь на динамике изменений всей группы злокачественных новообразований лимфоидной ткани.

Противоречие между документами, регламентирующими порядок оказания медицинской помощи больным с лимфопролиферативными заболеваниями, обуславливает трудность междисциплинарного взаимодействия врача-дерматовенеролога с онкологами и гематологами.

Выводы. Объективная сложность диагностики на ранних стадиях заболевания часто связана с недостаточной оснащенностью лечебного учреждения и невозможностью проведения необходимых диагностических исследований.

Отсутствие убедительных гистологических признаков опухолевой прогрессии во многих случаях затрудняет постановку диагноза и назначение корректного лечения пациентам.

Литература

1. Диагностика истинной псевдолимфомы кожи. Потекаев Н.С., Олисова О.Ю., Галил-Оглы Г.А. Международный медицинский журнал, 2003
2. Дерматоонкология (злокачественные новообразования кожи, первичные лимфомы кожи) : атлас / под общ. ред. проф. Н. В. Кунгурова. – Екатеринбург, 2016.

Роль оценки гемостаза для прогнозирования кровопотери в плановой некардиальной хирургии

Пряхин И.С.

аспирант, кафедра анестезиологии и реаниматологии федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: vanja.prjakhin@mail.ru

Актуальность. «Глобальные» тесты исследования гемостаза (тест генерации тромбина, тромбодинамики, тромбоэластография) являются перспективными методами периоперационного мониторинга гемостаза в отличие от рутинных исследований (МНО, АЧТВ) и позволяют выявить гипер- или гипокоагуляционные состояния, а также динамические изменения в свертывающей системе крови [1]. Одним из таких методов является тест тромбодинамики (ТД), который обладает высокой чувствительностью к различным нарушениям гемостаза и способен потенциально определить гипокоагуляционные нарушения в периоперационном периоде [2].

Цель. Изучение возможности прогнозирования объема кровопотери и возникновения геморрагических осложнений с использованием ТД в периоперационном периоде при плановых некардиальных оперативных вмешательствах с помощью оценки скорости формирования сгустка (V) и начальной скорости формирования сгустка (Vi)

Материал и методы. В исследование включено 146 пациентов (средний возраст 63,3±12,3 лет), которые были госпитализированы в стационар для плановой некардиальной хирургической операции. Всем пациентам проводилась оценка объема интраоперационной кровопотери и геморрагических осложнений и осуществлялся мониторинг гемостаза (МНО, АЧТВ) и ТД (оценка V и Vi) по следующей схеме: первые сутки до оперативного вмешательства;1 сутки, 3-4 сутки, 5-7 сутки послеоперационного периода.

Результаты. У больных с интраоперационной кровопотерей ≥ 400 мл отмечались меньшие значения V и Vi до операции по сравнению с пациентами с объемом кровопотери менее 400 мл.: V 29,0 ± 6,7 против 36,1 ± 9,1 мкм/мин. (p = 0,021) , Vi 54,5 ± 3,5 против 58,1 ± 7,5 мкм/мин (p = 0,029). Выявлены достоверно значимые различия в кровопотере у пациентов со значениями Vi до операции менее 56 мкм/мин и у пациентов свыше данной отрезной точки (163,3 ± 144,73 против 84,0 ± 118,64 мл; p = 0,009???).

В исследовании выявлены 2 случая послеоперационных геморрагических осложнений (тампонада мочевого пузыря и массивная гематома в области послеоперационной раны), при этом у пациентов с послеоперационными геморрагическими осложнениями отмечалась лишь тенденция к меньшим значениям Vi в первые послеоперационные сутки против остальных (36,0±20,6 против 60,5±0,76 мкм/мин; p=0,88). Оба случая были у онкохирургических пациентов. При анализе когорты пациентов, госпитализированных по поводу онкологической патологии (46 пациентов) выявлены меньшие значения Vi в первые послеоперационные сутки у пациентов с послеоперационными кровотечениями (36,0±20,6 против 62,5±1,1 мкм/мин; p=0,05).

Статистически значимых различий в показателях МНО и АЧТВ у всех обследованных пациентов выявлено не было.

Заключение. Проведение до операции глобального теста тромбодинамики эффективно для прогнозирования объема интраоперационной кровопотери. У онкохирургических пациентов отмечается эффективность данного теста в прогнозировании геморрагических осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. Пасечник И. Н., Бернс С. А. Нарушение гемостаза у хирургических больных: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 296 с. DOI: 10.33029/9704-6395-6-НАЕ-2021-1-296.
2. Баландина А. Н., Кольцова Е. М, Шибеко А. М. и др. Тромбодинамика: новый подход к диагностике нарушений системы гемостаза // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2019; 4 (17): 114-126. DOI: 10.24287/1726-1708-2018-17-4-114-126.

Когнитивно-поведенческая психотерапия в работе с тревожными расстройствами личности

Садовская А.В. [1]***,Самушия М.А.***[2]***, Титова В.В.***[3]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[3]к.м.н., доцент кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: zhi.ana1996@yandex.ru

Распространённость каждого из специфических расстройств личностей (СРЛ) колеблется в диапазоне от 0,5% до 7,8% [2]. Среди городских жителей Российской Федерации, которые не обращались за психиатрической помощью, специфические расстройства личности, относящиеся к кластеру С («тревожно-боязливые»), имеют наибольшее распределение: избегающие 1,8%, зависимое 3,5%, обсессивно-компульсивное 3% [3].

На сегодняшний день доказанным методом немедикаментозного лечения СРЛ кластера С является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) [1].

В литературе освещаются основные характеристики и механизмы формирования автоматических установок избегающего, зависимого и обсессивно-компульсивного расстройств личности. Основной акцент данной работы направлен на изложение техник КПТ, которые разработал и использовал для лечения данных расстройств основоположник когнитивной терапии Аарон Бек, а именно: выявление автоматических установок, ведение дневников «Записи дисфункциональных мыслей», «Позитивных переживаний», «Дневника тревоги», метод когнитивного реструктурирования [1].

В настоящее время применение описанных методик КПТ остается актуальным для практикующих врачей-психотерапевтов.

Литература

1. Бек А., Кларк Д. Тревога и беспокойство. Когнитивно-поведенческий подход. Издат.: Вильямс. 2019.
2. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации. Специфические расстройства личности (утв. Минздравом России). 2021 г. Пункт 1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). Пункт 3.1. Немедикаментозная терапия.
3. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. Москва. Медицинское информационное агентство. 2012 г. С.14

Регулирование кислотно-основного равновесия слюны у женщин с постменопаузальным остеопорозом при приеме таблетированных форм бисфосфонатов

Баньковская К.К., *ординатор,*
Сухоруких М.О., *ассистент*

кафедра стоматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: marietta2323@mail.ru

Актуальность. В лечении постменопаузального остеопороза (ОП) широко используются бисфосфонаты (БФ) в таблетированной форме, длительный прием которых может провоцировать развитие ряда побочных эффектов, в том числе девиация кислотно-основного равновесия ротовой жидкости в кислую сторону [1].

D.M. Black, D.C. Bauer etc. (2012) отмечают, что в 20–30% случаев прием пероральных БФ вызывает кислые гастроэзофагеальные рефлюксы, достигающие слизистой оболочки рта. В результате забрасывания соляной кислоты, происходит снижение pH смешанной слюны ниже значений 7.0 [2].

Ранее А.П. Леус (2007) доказал, что при понижении pH до 6.4 слюна приобретает деминерализирующие свойства, что впоследствии обуславливает возникновение кариеса твердых тканей зуба [3]. Другие авторы утверждали, что при смещении pH в кислую сторону возникает воспаление тканей пародонта [4]. Одним из способов коррекции хронических воспалительных болезней пародонта и твердых тканей зуба является применение фитотерапевтических средств. Одно из них, десневые природные лечебно-профилактические пластины на желатиновой основе с кальцием [5]. Обладают противовоспалительным, противомикробным, дезинфицирующим действием, улучшают регенеративные и обменные процессы в пораженных тканях, стимулируют местный иммунитет.

Цель исследования – изучить изменение pH смешанной слюны у пациенток после приема таблетированных бисфосфонатов, оценить влияние и длительность воздействия резорбируемых десневых фитопластин с кальцием на динамику показателей кислотно-основного баланса слюны.

Материалы и методы. Обследовали 30 женщин с постменопаузальным ОП в возрасте от 55 до 65 лет, которые находились на наблюдении в ревматологическом отделении ФГБУ «Поликлиники №1» УДП РФ. Пациентки принимали еженедельно по схеме алендроновую кислоту (70 мг) в таблетках, не менее 3 лет. Контролем служили 30 женщин аналогичного возраста без ОП. У всех пациенток для индикации кислотно-щелочного равновесия смешанную слюну собирали в стерильную чашку Петри дважды, через час после приема таблетки БФ и перед следующим введением (через неделю), pH ротовой жидкости определяли с помощью универсальной индикаторной бумаги («Лач-Нер»). Затем в полученную слюну пациенток, принимающих таблетированную форму БФ, добавили резорбируемые десневые фитопластины с кальцием, далее чашки Петри с содержимым помещали в термостат, поддерживающий температуру 36,6 С°. Мониторинг изменения pH секрета слюны проводили в течение 12 минут, с периодичностью каждые 3 минуты. 30 пациенткам с постменопаузальным ОП, спустя час после приема БФ, были зафиксированы десневые фитопластины с кальцием на слизистую десны альвеолярной части и отростка челюстей. После их

рассасывания производили забор слюны в чашку Петри для определения длительности динамики цифровых показателей pH секрета в период 1, 2, 3, 4 и 7 часов.

Результаты исследования. Выявлено, что в контрольной группе обследованных без ОП показатель pH соответствовал нормальным значениям 6.79±0.06. В 100% случаев у женщин с постменопаузальным ОП, через час после приема БФ (per os), происходила девиация pH смешанной слюны в сторону кислых значений 4.81±0.08. Смещение исследуемого параметра сохранилось и в течение недели после приема БФ 4.56±0.06. После добавления десневых пластин в чашку Петри со слюной пациенток в течение каждых трех минут установлена динамика смещения кислотно-основного баланса секрета в сторону увеличения, при этом на 12 минуте были достигнуты показания контроля. У пациенток через 1 час после рассасывания фитопластин, pH смешанной слюны была в пределах контрольных значений 6.6±0.07. Аналогичные параметры сохранялись во временном отрезке от 2 до 4 часов, после чего достигли уровня 6.2±0.08, что по данным авторов Яковлевой П.О., Ерышкиной Ю.В. (2017) является критическим и уже представляет собой деминирализирующую жидкость [4]. Необходимо подчеркнуть, что данный показатель ротовой жидкости был в состоянии константы до 7 часов с последующим резким смещением в кислую сторону 5.9±0.08. Следовательно, рекомендуемая кратность применения десневых пластин два раза в день, что позволяет сохранять pH слюны в нейтральных значениях.

Выводы. Таким образом, заключаем, что в 100% случаев, прием БФ в таблетках вызывает смещение pH смешанной слюны в сторону кислых значений. В процессе изучения особенностей применения десневых пластин природного происхождения с кальцием впервые доказано их положительное влияние на девиацию показателей pH секрета полости рта у данной категории больных.

Литература

1. Дмитриева Л.А., Атрушкевич В.Г. Сравнительная оценка состояния минерального обмена у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и системным остеопорозом // Маэстро стоматологии. – 2009. – №1. – С. 30–33.
2. Higuchi D., Sugawa C., Shah S. et al. Etiology, treatment, and outcome of esophageal ulcers: a 10-year experience in an urban emergency hospital //Gastrointest Surg. – 2003. – №7(7). – P. 836—42. doi: 10.1007/s11605-003-0027-7.
3. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология //М.: Медицинская книга. – 2008. – 444 с. [Leus P.A. Prophylactic communal dentistry Moscow: Medical book. –2008. – 444 p. In Russian].
4. Яковлева П.О., Ерышкина Ю.В. Основные принципы гигиены ротовой полости. Роль слюны. Учебно-методическое пособие //ТюмГМУ. – 2017. с.40. [Yakovleva P.O., Eryshkina Y.V. Basic principles of oral hygiene. The role of saliva //Tyumen state medical university of Health Ministry of the Russian Federation, Tyumen, Russia. – 2017. –p.40. In Russian].
5. Гончарова Е.И. Растительные средства в профилактике и лечении заболеваний пародонта //Российский стоматологический журнал. – 2012. − №3. – С. 48-52. [Goncharova E.I. Herbal remedies in the prevention and treatment of periodontal diseases //Russian Dental Journal. – 2012. – №.3. – P. 48-52. In Russian].

Определение факторов риска развития тяжелых форм акне: мета-анализ и данные реальной клинической практики

Тамразова А.В.

аспирант, кафедра дерматовенерологии и косметологии федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: anaittamrazova@gmail.com

Тяжелые формы вульгарных угрей сопровождаются выраженным снижением качества жизни и приводят к образованию рубцов.[1] Ранняя и эффективная терапия акне является профилактикой образования стойких косметических дефектов.[2]

Цель. Определение факторов риска и предикторов развития тяжелых форм вульгарных акне.

Материалы и методы. Поиск литературы произведен в базах данных PubMed, Google scholar и Cochrane Central Register of Controlled Trials за период 15 лет до 25.10.2021 года по ключевым словам «severe acne», «predictors» и «risk factors». Мета-анализ был подготовлен с использованием программы Review Manager (RevMan). Версия 5.4.1, The Cochrane Collaboration, 2020 в соответствии с международными рекомендациями для систематических обзоров и мета-анализа (PRISMA).

Результаты. 38 публикаций были включены в обзор. Факторы риска развития тяжелых форм вульгарных акне можно разделить на немодифицируемые (наличие акне у ближайших родственников, мужской пол, жирный тип кожи, изменения в генах) и модифицируемые (повышенный ИМТ, употребление молочных продуктов, легкоусвояемых углеводов и т.д.). При проведении мета-анализа было определено статистически-значимое возрастание риска тяжелых форм вульгарных угрей при наличии у ближайшего родственника в анамнезе акне в 2,54 раз (95% ДИ [1.63, 3.91]). Также было установлено, что мужчины имеют более высокий риск развития тяжелых форм, чем женщины (в 1,16 раз (95% ДИ [1.04, 1.30])). Риску образования глубоких форм вульгарных угрей больше подвержены лица с ИМТ>25 (в 2,54 раз (95% ДИ [1.63, 3.91])) и те, кто употребляет молочные продукты чаще 3 раз в неделю в 1,59 раз (95% ДИ [1.37, 1.85]).

Выводы. Понимание основных факторов риска развития глубоких форм вульгарных угрей поможет на ранних сроках заподозрить тяжелое течение болезни и вовремя назначить эффективную терапию.

Литература

1. Gandolfi F., Hansson M. A global perspective on the non-financial consequences of downsizing //Review of International Comparative Management. – 2015. – Т. 16. – №.2. – С. 185-204.
2. Layton A. M., Henderson C. A., Cunliffe W. J. A clinical evaluation of acne scarring and its incidence //Clinical and experimental dermatology. – 1994. – Т. 19. – №. 4. – С. 303-308.

Предпосылки профессиональной мотивации при поступлении в медицинский университет

Морозов А.М., *доцент кафедры,* ***к.м.н., Потоцкая Л.А.,*** *студент,*
Рыжова Т.С., *студент,* ***Соболь Е.А.,*** *студент*
кафедры общей хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тверской государственный медицинский университет», г. Тверь, Россия
ammorozovv@gmail.com

Образование и здравоохранение являются важнейшими сферами жизни общества. Население нуждается в грамотных специалистах и качественных медицинских услугах, в связи с этим главная задача системы здравоохранения стоит не только в предоставлении специалистов высокого уровня, но и в предоставление квалифицированной и специализированной медицинской помощи [1,2]. В процессе становления высококвалифицированного специалиста важную роль играет профессиональная мотивация, основанная на внутренних и внешних стимулах. У абитуриентов и студентов медицинских вузов ключевую роль должны играть сильные внутренние волевые качества, чтобы не только поступить в университет, но и закончить его высококвалифицированным и уверенным в своих знаниях специалистом [3,4].

Согласно результатам анонимного анкетирования, проведенного среди студентов 1-5 курсов Тверского ГМУ, 93,6% опрошенных утверждают, что решение о выборе вуза было взвешенным и осознанным. При этом 76,6% респондентов сами принимали решение в выборе своей будущей профессии, 23,4% студентов прибегли к помощи родственников, чьи советы повлияли на окончательный выбор [5]. При этом, 74,5% респондентов удовлетворены результатами зачисления в университет, 19,1% – частично.

Первые мысли о выборе профессии большинству из опрошенных (55,3%) пришли в школьный период. Это связано с тем, что именно в этот период происходит становление человека как личности, адаптация в социальной среде и предоставление большого спектра наук для выбора дальнейшей профессиональной деятельности. 27,7% респондентов утверждают, что решение о выборе специальности им было принято в детстве. Для кого-то – это осуществление мечты «стать доктором», для другого – это пример родителей. Так, среди опрошенных 29,8% имеют родственников, работающих в медицинской сфере. Для некоторых участников опроса (10,6%) решение о поступление в медицинский вуз было принято после окончании школы, что нередко для мужской части населения, которая на территории Российской Федерации вынуждена проходить военную службу в возрасте от 18 до 27 лет.

66% опрошенных твердо уверены в своем профессиональном решении и никогда не думали о смене деятельности. 34% задумывались о переходе в другую специальность. Это может быть связано с эмоциональным выгоранием, с большой нагрузкой в первые 2-3 года учебы, с индивидуальной непереносимостью медицинских аспектов в будущей профессии и некоторыми другими причинами, которые дают понять, насколько важно в период обучения повышать и закреплять мотивацию студентов.

Более 50% участников опроса удовлетворены результатами поступления в медицинский университет, никогда не задумывались о смене профессиональной деятельности и твердо знают, к чему они хотят прийти.

Врачевание – предназначение врача. Большинство абитуриентов поступают в медицинские вузы именно с этой целью. Есть небольшой процент студентов, кто сомневается в выборе или уже успел поменять сферу деятельности. Процент отчисления из медицинских вузов зависит напрямую от желания студента добиться

результата и закончить вуз. Стоит помнить, что на выбор профессии косвенно может повлиять смена экономической, политической и социальной сферы жизни населения.

Литература

1. Геец Н.Ф., Ерохин А.К. Мотивация студентов медицинских вузов к образовательной и профессиональной деятельности / Н.Ф. Геец, А.К. Ерохин // Карельский научный журнал. - 2020. - Т.9 №4(33). - С.15-19.
2. Толканюк З.А. Профессиональное самоопределение молодежи как фактор подготовки компетентного специалиста / З.А. Толканюк // Балканское научное обозрение. - 2019. - Т. 3. № 2 (4). - С. 57-59.
3. Рабаданова П.М., Алимова И.Б., Баштукаева З.И. Мотивация как стимул успешности обучения и овладения будущей профессии врача / П.М.Рабаданова, И.Б.Алимова, З.И.Баштукаева // Актуальные вопросы современной науки и образования. - 2021. - С.95-97.
4. Рогожкина Ю.А., Мищенко Т.А., Климина Л.В., Бесфатер А.Д. Особенности мотивации студентов медицинского университета в образовательной деятельности / Ю.А.Рогожкина, Т.А.Мищенко, Л.В.Климина, А.Д.Бесфатер // Университетская медицина Урала. - 2019. - Т.5 №.3(18). - С.54-56.
5. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2021661873 Российская Федерация. Программа для проведения дистанционного социологического анкетирования: № 2021660772: заявл. 05.07.2021 : опубл. 16.07.2021 / С. В. Жуков, М. В. Рыбакова, П. И. Дементьева [и др.].

Скользящие самофиксирующиеся узлы в эндоскопической хирургии и перспективы их применения в ринологии

Терехина К.Г.

ординатор, кафедра оториноларингологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: : Katerina.g.terekhina@inbox.ru

Актуальность. Навыки вязания хирургических узлов имеют многовековую историю и их формирование превратилось в незаметную вспомогательную процедуру. Однако, проблема усовершенствования техник шовной фиксации вновь стала актуальной ввиду бурного развития эндоскопической хирургии. Одним из ее наиболее развивающихся направлений хирургии в оториноларингологии является эндоскопическая ринохирургия, основанная на подходе, благодаря которому становятся доступными глубокие отделы полости носа и околоносовых пазух, при этом достигается минимизация травмы и хороший визуальный контроль операционного поля. Применять в данных условиях общепринятые классические способы завязывания узлов одной рукой в узких и глубоких анатомических полостях крайне затруднительно [1]. Учитывая данные обстоятельства, возникает необходимость в модернизации узла таким образом, чтобы он обладал скользящими и самофиксирующимися свойствами.

Цель. Аналитический обзор научных публикаций, касающихся применения скользящих самофиксирующихся узлов в эндоскопической хирургии.

Материалы и методы. Проанализированы публикации, представленные в базе данных PubMed. Выбор материала осуществляли по ключевым словам: скользящие узлы, самофиксирующиеся узлы, эндоскопические узлы.

Результаты. На сегодняшний день, скользящие самофиксирующиеся узлы нашли наибольшее распространение в ортопедии, в частности, в артроскопической хирургии. Значительными преимуществами такого узла является отсутствие ослабления первого узла и возможность его самостоятельного исполнения без помощи ассистента. В силу разнообразия предложенных конфигураций узлов, артроскописты имеют возможность выбирать наиболее удобный для исполнения вариант [2]. Ведь главной задачей является не запоминание многочисленных конфигураций, а умение быстро и качественно формировать удобный для себя вариант. Наиболее надежными и простыми в исполнении являются узлы «Dines knot», «Chula knot» и «Sliding-lock-knot» [3-5]. Использование этих узлов представляется крайне перспективным в эндоскопической ринохирургии, особенно для надежной фиксации лоскутов и тканей в глубоких отделах полости носа.

Вывод. Обобщены данные научной литературы, касающиеся скользящих самофиксирующихся узлов в эндоскопической хирургии. Применение таких узлов представляется крайне перспективным в эндоскопической ринохирургии, особенно для надежной фиксации перемещаемых васкуляризованных лоскутов в глубоких отделах полости носа.

Литература

1. Ramirez OM, Tezel E, Ersoy B. The Peruvian fisherman's knot: a new, simple, and versatile self-locking sliding knot. Ann Plast Surg. 2009 Feb;62(2):114-7. doi: 10.1097/SAP.0b013e31817e2c9e. PMID: 19158516
2. Banieghbal B. Locking sliding knots in laboratory model of thoracoscopic repair of esophageal atresia. J Pediatr Surg. 2009 Feb;44(2):329-32. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.10.082. PMID: 19231528.
3. Hassinger SM, Wongworawat MD, Hechanova JW. Biomechanical characteristics of 10 arthroscopic knots. Arthroscopy. 2006 Aug;22(8):827-32. doi: 10.1016/j.arthro.2006.04.094. PMID: 16904578.
4. Kuptniratsaikul S, Promsang T, Kongrukgreatiyos K. The chula knot: a new sliding locking knot with a special property. Arthrosc Tech. 2014 Jul 21;3(4):e465-7. doi: 10.1016/j.eats.2014.05.007. PMID: 25276605; PMCID: PMC4175540.
5. Sakamoto N, Akutsu H, Takano S, Yamamoto T, Matsumura A. Useful 'sliding-lock-knot' technique for suturing dural patch to prevent cerebrospinal fluid leakage after extended transsphenoidal surgery. Surg Neurol Int. 2013;4:19. doi: 10.4103/2152-7806.107546. Epub 2013 Feb 20. PMID: 23493948; PMCID: PMC3589849.

Дентальная имплантация у пациентов пожилого возраста при атрофии костной ткани челюстей по ширине

Туманова Я.М.

ординатор, кафедра стоматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: yaroslavna96@bk.ru

Актуальность

В России количество людей с полной вторичной адентией выявлено у 25,2-46,7% людей старше 60 лет [1]. При данной патологии, происходит активная убыль костной ткани, связанная с ускорением физиологической резорбции кости [2]. Дисбаланс костного ремоделирования приводит к атрофии костной ткани по высоте и ширине [3]. Современным методом реабилитации пациентов, с полным отсутствием зубов, является протезирование с опорой на имплантаты [4]. Некоторые авторы отмечают, что каждая третья операция по установке дентальных имплантатов на верхней и нижней челюсти сопровождается необходимостью проведения реконструктивных операций по увеличению объема костной ткани. Костно-пластические операции включают в себя ряд травматических этапов, которые увеличивают риск осложнений во время лечения у пациентов старше 60 лет, с признаками нарушения репаративно-метаболических процессов [5].

Цель исследования

Усовершенствовать протокол дентальной имплантации у пациентов пожилого возраста с полным отсутствием зубов и с недостаточным объемом костной ткани челюстей по ширине.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры стоматологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» в 2020-2021гг. под нашим наблюдением находилось 6 человек с полным отсутствием зубов и атрофией костной ткани по ширине, из них у двух на нижней челюсти, а у четырех на верхней. Критерием включения были больные с атрофией по ширине, в области отсутствующих зубов от 4 до 5 мм.

На этапе планирования имплантации проводился анализ данных, полученных при конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ). У всех пациентов в кросс-секциях определялась сохранность наружной кортикальной пластинки (выполняющей удерживающую функцию) и достаточный объем губчатой кости.

При проведении хирургического лечения использовались имплантаты корневой формы с узкой апикальной частью (d=2.0 mm) и самонарезающейся резьбой. По официальному протоколу имплантации при объеме кости 4–5 мм по ширине, первым этапом проводится расщепление гребня, после чего формируется костное ложе под имплантат, начиная с фрезы Линдеманна (d=1.7mm), далее используя сверло-формирователь (d=2.7mm). Затем проводят окончательное сверление до необходимого диаметра имплантата. Так, например, при диаметре имплантата 3.5 мм применяется финальное сверло (d=3.0 mm).

По предложенному нами протоколу дентальная имплантация проводится без операции расщепления гребня, и используется только первая фреза Линдеманна (d=1.7mm) и сверло-формирователь (d=2.7mm).

Результаты

В ходе исследования, у 6 пациентов с полным отсутствием зубов и атрофией костной ткани по ширине равной 4 мм, было проведено хирургическое лечение с использованием усовершенствованного протокола имплантации. В процессе лечения двум пациентам установили 4 имплантата на нижней челюсти и четырем пациентам по 3 имплантата на верхней челюсти. Через 6 месяцев на верхней и через 3 месяца на нижней челюсти (после завершения периода остеоинтеграции), были установлены формирователи десны.

Корневая форма имплантатов с узкой апикальной частью (d=2mm) и самонарезающейся резьбой обеспечила расширение кости с сохранением губчатой и кортикальной кости, во время установки имплантата по усовершенствованному протоколу, что позволило избежать костнопластических операций, включающие в себя этапы, создающие дополнительную травму.

Литература

1. Дмитриенко С.В., Шкарин В.В., Доменюк Д.А., Давыдов Б.Н. Алгоритм определения размеров искусственных зубов по морфометрическим параметрам лица у людей с полной адентией. Стоматология. 2018;97(6):57-60.
2. Каламкаров А.Э. Экспериментально-клиническое обоснование применения дентальных внутрикостных имплантатов при ортопедическом лечении пациентов с полным отсутствием зубов: дис. – 2017.
3. Козлова М.В. Регуляция метаболических процессов кости при дентальной имплантации / М.В. Козлова, А.М. Мкртумян, А.С. Белякова // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2018. – № 2. – С. 30-39.
4. Путь В.А., Солодкий В.Г., Кумачков Д.А., Калашникова О.Ю., Селиверстов С.С. Ангулярная имплантация, предпротезная восстановительная хирургия, регенеративные технологии в челюстно-лицевой области // ТМЖ. 2014. №3 (57).
5. Кулаков А.А., Королев В.М., Караян А.С., Ашуев Ж.А. Использование аутокостных трансплантатов с целью увеличения альвеолярных отростков и замещения костных дефектов челюстей при дентальной имплантации // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 30-34.

Индивидуальный подход к адаптации детей перед стоматологическим приемом

Уманская Е.А.

ординатор, кафедра стоматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: e-u.med@mail.ru

Актуальность. Страх стоматологического лечения у детей разных возрастов бывает настолько силен, что у некоторых пациентов переходит в дентофобию, которая сохраняется на всю жизнь. Признаки дентофобии определяются у каждого десятого ребенка [1]. На формирование негативного отношения (тревожности) к стоматологическим манипуляциям влияет лечение зубов, причинившее боль, лечение у нескольких стоматологов (если не было постоянного врача), лечение с удержанием, нечуткое отношение врача и персонала. И чаще всего негативное отношение (стоматологическая тревожность) формируется уже при первичной консультации [2]. Немаловажным фактором формирования стоматологической тревожности является влияние родителей, их эмоциональное состояние (тревога, беспокойство, страх) перед и во время визита ребенка к врачу провоцирует некооперативное поведение детей [3].

Цель исследования. Индивидуальная адаптация детей к стоматологическому приему в зависимости от выявленного уровня тревожности с помощью разработанных практических рекомендаций детским стоматологам.

Задачи исследования. Проанализировать научную литературу о методах определения уровня детской тревожности; составить анкету родителям для объективной оценки основных характерных черт ребенка и его эмоционального состояния перед посещением врача-стоматолога; провести наблюдение за поведением ребенка непосредственно перед лечением (доброжелательность, заинтересованность или беспокойство, подавленность); сопоставить данные анкеты и субъективного наблюдения; разделить детей на группы в зависимости от уровня тревожности; дать рекомендации для детских стоматологов по общению с детьми из каждой выделенной группы для их адаптации и последующего качественного лечения.

Материалы и методы исследования. На базе двух стоматологических клиник был проведен психологический анализ 46 детей в 2 возрастных категориях: 4-7, 8-10 лет. До приема родители заполняли составленную анкету, включающую в себя, помимо стандартной общей информации, вопросы стиля поведения ребенка в бытовых ситуациях, эмоциональной привязанности/согласия, его отношения. Кроме этого, объективную оценку психологического состояния непосредственно перед приемом дает врач: самостоятельно и с удовольствием проходит ли пациент в игровую комнату, кабинет или с родителями, разговорчив или молчалив. Исходя из ответов анкетирования и наблюдений врача, дети были разделены на 3 группы по уровню тревожности (низкая, средняя, высокая).

Результаты исследования. В ходе анализа выявлено: 26% (12 детей) – дети с высоким уровнем тревожности, 48% (22 ребенка) – дети со средним уровнем тревожности, 26% (12 детей) – дети с низким уровнем тревожности.

Выводы. На основании проанализированной литературы, касаемо детской тревожности, были сделаны следующие выводы – дополнена анкета для родителей по объективной оценке эмоционального состояния ребенка и разработаны рекомендации детским врачам по грамотной коммуникации. Задачей врача-стоматолога является не

только оказание стоматологической помощи, но и формирование у пациента позитивного отношения к лечебным манипуляциям. Значительна роль родителей – ребенок чувствует эмоциональное состояние папы и мамы, поэтому возникает необходимость в проведении информационно-профилактических бесед врача с родителями для подготовки ребенка к посещению стоматолога. Разработанные практические рекомендации для детских стоматологов помогут в снижении уровня тревожности перед врачами.

Литература

1. Маслак Е.Е., Родионова А.С., Алаторцева Е.В., Романчук Е.В., Власова Д.С. Немедикаментозное преодоление страха стоматологического лечения у дошкольников // Дентал Юг. - 2008. - № 9 (58). - С. 58-59.
2. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. Том VI. Врач, ребенок, родитель, 2013, 520 с.
3. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. Том VII. Сервис – детям, 2012, 200 с.

Комплексный подход к ортопедическому лечению пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава

Федоскин А.О.

аспирант, кафедра стоматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: fedoskin.ao@mail.ru

Актуальность

По данным клинических исследований, проблемы височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются у 70-80% взрослого населения и занимает третье место после кариеса и заболеваний пародонта.

Причинами развития патологических процессов в суставе являются многие факторы местного и общего характера. Установлено, что в развитии ранних признаков функциональных нарушений, приводящих, в последующем к возникновению анатомических изменений мягкотканых и костных структур непосредственное отношение имеет состояние окклюзии, состояние мышечной системы и опорно-двигательного аппарата, состояние анатомических структур самого сустава, психоэмоциональное состояние [2].

Болевую дисфункцию ВНЧС развивают различные факторы, среди которых можно отметить нарушения зубочелюстной системы, мышечного аппарата, психологического состояния; наибольшая интенсивность болевого синдрома отмечалась у пациентов с выраженной психологической дезадаптацией[4].

Цель

Повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС в зависимости от психоэмоционального статуса.

Материалы и методы

На базе поликлиники №1 УДП РФ было проведено исследование 30 пациентов, в возрасте от 18 до 64 лет, имеющих дефекты зубных рядов, нуждающихся в ортопедическом лечении, среди них было 73.85% женщин и 26.15% мужчин.

Всем пациентам был проведен сбор анамнеза, обследованы гипсовые модели в артикуляторе, проведены электромиографические исследования жевательных мышц с помощью аппарата «Синапсис», интенсивность боли оценена по шкале VAS (Визуально-аналоговая шкала боли), HADS (Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии). Так же в исследовании участвовала группа контроля (n=10), соответствующего возраста и пола, практически здоровых и без дефектов зубных рядов, без ортодонтического лечения в анамнезе.

30 исследуемых с дефектами зубных рядов, нуждающихся в протезировании разделили на две группы. Первая группа (n=14) – с болевым синдромом ВНЧС, вторая группа (n=16) – без болевого синдрома ВНЧС. Обе группы получали ортопедическое лечение.

Результаты

Тестирование по HADS выявило средние значения для группы контроля 3,5±2,2, что интерпретируется как клинически-допустимая норма. Результаты анализа исследуемых групп выявило схожие результаты во второй группе 3,6±2,7 и значимое повышение в первой группе 10,1±2,4, что является проявлением субклинической тревоги или депрессии. На фоне завершения ортопедического лечения спустя 6 месяцев у первой группы наблюдалось прохождение симптомов в трех случаях.

Показатели состояния тревоги и депрессии свидетельствуют о снижении адаптативных способностей центральной нервной системы, что влечет за собой особенные трудности для достижения успешного результата реабилитации пациента.

Выводы

Проводимое исследование показало необходимость привлечения смежных специалистов и воздействия на адаптивные способности центральной нервной системы, мышечного компонента, окклюзии и сустава, что позволяет наметить и провести наиболее эффективный курс ортопедического лечения, в частности у пациентов с выраженной психологической дезадаптацией[1,3].

Литература

1. Атлас Е.Е., Киреев С.С., Купеев В.Г. Лазерофорез серотонина и транскраниальная электростимуляция при психоэмоциональном стрессе (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2017. No2. Публикация 2-13. URL: http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2017-2/2-13.pdf (дата обращения: 17.05.2017)
2. Клинический протокол медицинской помощи при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава. Утвержден на: заседании Секции СтАР «Ассоциация челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов» 21 апреля 2014 года
3. Троицкий М.С., Токарев А.Р., Гладких П.Г. Возможности коррекции психоэмоционального стресса (краткий обзор литературы). Перспективы вузовской науки к 25-летию вузовского медицинского образования и науки Тульской области (сборник трудов). Тула, 2016. С. 66-77.
4. Miettinen O.S. Clinical of temporomandibular joint // Ed J Olesen, PR Saxena, Raven Press. – 2002. – Vol. – P. 233-284.

Постковидный синдром

Формалева К.И. [1]***, Морозов П.В.*** [2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: ntksufor@gmail.com

Постковидный синдром (ПКС) – это последствия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которые длятся >12 недель и не являются результатом другого диагноза [1]. Исследования показывают, что до 20 % людей, перенёсших коронавирусную инфекцию, страдают от долгосрочных симптомов ПКС. Диапазон психических расстройств ПКС расстройств очень широкий: от апатии до затяжных депрессий, панических атак и проблем с памятью.

Астения является ядерным, или одним из ведущих, симптомов постковидного синдрома, что в целом соответствует наблюдениям, сделанным в прежних коронавирусных эпидемиях. При них часто описывался синдром хронической усталости, который включал в себя наличие сильной утомляемости, не проходящей после длительного отдыха, головные боли, повышенную сонливость, снижение продуктивности и способности концентрироваться, мышечную слабость, миалгический энцефаломиелит [2].

Длительно сохраняется высокий уровень тревоги, депрессии и нарушений сна у пациентов, перенёсших COVID-19 пациентов. Среди тревожных расстройств наблюдаются диагнозы генерализованного тревожного расстройства (15–30%), панического расстройства (10–22%), агорафобии, соматоформных и других фобических расстройств (12–18%). Тревожные и депрессивные расстройства часто сопровождаются нарушениями сна, среди которых преобладают трудности засыпания. Тревога и депрессия чаще наблюдаются у женщин при более тяжёлом течении и более длительной госпитализации. Высокий уровень тревоги и депрессии в рамках постковидного синдрома повышает суицидальный риск.

Посттравматическое стрессовое расстройство является одним из наиболее мучительных и длительно персистирующих последствий у пациентов с тяжёлым течением COVID-19. Наиболее часто развиваются иллюзии, психосенсорные расстройства и диссоциативные симптомы с тахикардией, удушьем, неприятными ощущениями в груди, сопровождающиеся острой тревогой и вегетативной реакцией [3]. Пациенты избегают разговоров на тему COVID-19 и стараются не вспоминать о своём пребывании в больнице, испытывают трудности в сосредоточении внимания, жалуются на несвойственную ранее повышенную раздражительность и утрату эмоционального резонанса с близкими.

Когнитивные нарушения, которые ухудшают качество жизни и ежедневное социальное функционирование, очень часто наблюдаются у пациентов с постковидным синдромом. Выраженность когнитивных нарушений прямо коррелирует с тяжестью заболевания, уровнем гипоксемии и повышенной концентрацией D-димера в остром периоде, а также с резидуальной лёгочной недостаточностью, повышенным уровнем С-

реактивного белка, повышенной плотностью белого вещества мозга при проведении МРТ и с диагнозом депрессии или ПТСР в постковидном периоде [2]. Одним из основных клинических факторов риска развития когнитивного дефицита в рамках постковидного синдрома является делириозная симптоматика в остром периоде [2].

Частота неврологических осложнений на настоящий момент точно неизвестна, но прослеживается тенденция к тому, что пациенты с тяжёлой формой COVID-19 чаще имеют неврологические симптомы, чем пациенты с лёгкой формой. К основным неврологическим проявлениям постковидного синдрома относятся: интенсивные головные боли; нарушения терморегуляции; нарушения зрения; парестезии; нарушения обоняния, вкуса [4].

При постковидном синдроме могут наблюдаться колебания артериального давления, и, нередко, развивается синдром постуральной ортостатической тахикардии и ортостатический коллапс. При синдроме постуральной ортостатической тахикардии нервная регуляция сужения сосудов и ускорения ритма сердца в ответ на изменение положения тела нарушена. Из-за этого доставка крови к мозгу и сердцу ухудшается. В результате могут появляться слабость, головокружение, сердцебиение, тошнота, одышка, головная боль, обмороки, затуманенность сознания, плохая переносимость физических нагрузок [4].

Комплексные клинические проявления постковидного синдрома часто недооцениваются. Учитывая периодические послабления симптоматики, пациенты с ПКС обычно не спешат обращаться к врачу общей практики и, тем более, к врачам психиатрического профиля. Между тем поздняя диагностика и задержка квалифицированного лечения приводят к затягиванию психических расстройств, ухудшают прогноз их течения, снижают уровень социального функционирования и качества жизни больных, а также могут иметь значительные социально-экономические последствия и накладывать дополнительное бремя на бюджет здравоохранения.

Литература

1. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2020 Dec 18. (NICE Guideline, No. 188.) Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567261/
2. Мосолов С. Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARSCoV-2. Современная терапия психических расстройств. 2021; 3: 2–23. DOI: 10.21265/PSYPH.2021.31.25.001
3. Chang M.C., Park D. Incidence of post-traumatic stress disorder after coronavirus disease. Healthcare (Basel). 2020; 8: p. 373. DOI: 10.3390/healthcare8040373
4. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Бойко А.Н. и соавт. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120 (6): 7-16.
5. Незнанов Н.Г., Самушия М.А., Мазо Г.Э., Титова В.В., Васильева А.В. и др. Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств, регистрируемых в период пандемии COVID-19 // М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА». - 2021. - 109 с.
6. Психоэмоциональные расстройства и нарушения сна у пациентов с COVID-19 // Самушия М.А., Крыжановский С.М., Рагимова А.А., Беришвили Т.З., Чорбинская С.А., Иванникова Е.И. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. № 4-2. С. 49-54. DOI: 10.17116/jnevro202112104249
7. Psychoemotional disorders and sleep impairments in patients with COVID-19 / Samushiya M.A., Kryzhanovsky S.M., Ragimova A.A., Berishvili T.Z., Chorbinskaya S.A., Ivannikova E.I. // Neuroscience and Behavioral Physiology. - 2022. - № 52. – P. 231–235. DOI: 10.1007/s11055-022-01229-z.

Возможности для применения когнитивно-поведенческой терапии в контексте пандемии COVID-19

Хоммятов М.Р. [1]***, Морозов П.В.*** [2]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: khommarat38@gmail.com

Среди пациентов с COVID-19 достоверно выше уровень тревожных, аффективных и ассоциированных со стрессом расстройств [1]. Вследствие этого, своевременное психотерапевтическое вмешательство способно обеспечить резкое снижение интенсивности симптомов и предотвратить развитие состояний, которые уже можно классифицировать как нозологические единицы. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) представляет собой наиболее научно обоснованное направление психотерапии, имевшее широкую доказательную базу в профилактике и лечении тревожных и депрессивных расстройств еще до пандемии COVID-19, в связи с чем исследование эффективности КПТ в контексте текущей эпидемической обстановки приобретает исключительное значение [2,3,4]. Данный обзор посвящен разбору нескольких исследований, затрагивающих проблему эффективности КПТ при различных психических патологиях, ассоциированных непосредственно с вирусом SARS-Cov-2 или с социально-экономической обстановкой, вызванной текущей пандемией.

Результаты исследований показали, что КПТ демонстрирует доказанную эффективность по целому ряду направлений – противодействие острым проявления тревоги, депрессии [1], общего дистресса, облегчение восприятия острых травмирующих факторов с целью превенции постравматического стрессового расстройства (ПТСР) [4], борьба с целым рядом сопутствующих соматических симптомов, в т.ч. с бессонницей [3] - как в общей популяции при самых разных патологиях, так и в рамках пандемии COVID-19. Безусловно, имеется явная нехватка данных по возможности применения КПТ в случаях развития пост-COVID-19, поэтому необходимы дальнейшие исследования эффективности КПТ именно в данной группе пациентов.

Литература

1. Jinzhi Li , Xiuchuan Li , Jie Jiang, Xuexue Xu, Jing Wu, Yuanyuan Xu, Xin Lin, John Hall , Huashan Xu, Jincheng Xu and Xiaoyue Xu. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Patients With COVID-19: A Randomized Controlled Trial. Front. Psychiatry. 2020 oct. doi: 10.3389/fpsyt.2020.580827.
2. Rinaldo Livio Perri, Paola Castelli, Cecilia La Rosa, Teresa Zucchi, Antonio Onofri. COVID-19, Isolation, Quarantine: On the Efficacy of Internet-Based Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for Ongoing Trauma. Brain Sci. 2021 May; 11(5): 579. doi: 10.3390/brainsci11050579.

3. Philip Cheng, Melynda D Casement, David A Kalmbach, Andrea Cuamatzi Castelan, Christopher L Drake. Digital cognitive behavioral therapy for insomnia promotes later health resilience during the coronavirus disease 19 (COVID-19) pandemic. Sleep. 2021 Apr; 44(4). doi: 10.1093/sleep/zsaa258.
4. Mark Vink and Alexandra Vink-Niese. Could Cognitive Behavioural Therapy Be an Effective Treatment for Long COVID and Post COVID-19 Fatigue Syndrome? Lessons from the Qure Study for Q-Fever Fatigue Syndrome. Healthcare (Basel). 2020 Dec; 8(4): 552. doi: 10.3390/healthcare8040552.
5. Незнанов Н.Г., Самушия М.А., Мазо Г.Э., Титова В.В., Васильева А.В. и др. Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств, регистрируемых в период пандемии COVID-19 // М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА». - 2021. - 109 с.
6. Психоэмоциональные расстройства и нарушения сна у пациентов с COVID-19 // Самушия М.А., Крыжановский С.М., Рагимова А.А., Беришвили Т.З., Чорбинская С.А., Иванникова Е.И. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. № 4-2. С. 49-54. DOI: 10.17116/jnevro202112104249
7. Psychoemotional disorders and sleep impairments in patients with COVID-19 / Samushiya M.A., Kryzhanovsky S.M., Ragimova A.A., Berishvili T.Z., Chorbinskaya S.A., Ivannikova E.I. // Neuroscience and Behavioral Physiology. - 2022. - № 52. – P. 231–235. DOI: 10.1007/s11055-022-01229-z.

Значимость выявления дополнительных ментальных отверстий на КТ

Цымбалова А.А., ординатор**,**
Цымбалов Д.А., ординатор

кафедра стоматологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: anikin-w97@mail.ru

В условиях глобализации мира, когда в кресле стоматолога может оказаться пациент из разных этнических групп, знание топографо-анатомических особенностей ментального отверстия рассматривается как стратегия профилактики осложнений при оперативных вмешательствах в области подбородочного отдела нижней челюсти. В своей практике врач – стоматолог может встретиться и с таким явлением, как наличие дополнительного ментального отверстия. Оно является следствием ответвления подбородочного нерва до его выхода на поверхность тела нижней челюсти и формируется вследствие внутрикостной бифуркации.

Игнорируя знания о месте расположения ментального отверстия и дополнительного образования, можно вызвать в ходе оперативного вмешательства следующие осложнения:

- отсутствие адекватного уровня анестезии;
- повреждение вспомогательных нервов с нейросенсорными нарушениями;
- образование травматической невромы;
- кровотечение.

Также топография ментального и дополнительных ментальных отверстий непосредственно влияет на планирование будущего лечения при проведении дентальной имплантации, во время процедур остеотомии и профилактики сосудисто-нервных осложнений после инвазивных процедур на нижней челюсти. [2,3] Знание особенностей анатомии также необходимы при гениопластике, резекции корней нижних премоляров, ортогнатической хирургии, микроскопической и макроскопической морфологии, активности костного ремоделирования и палеоантропологических особенностей лицевого скелета в различных популяциях. [1]

В нашей работе мы решили определить частоту встречаемости дополнительных ментальных отверстий, наличие которых является потенциальным риском развития осложнений и сформулировать четкие критерии, позволяющие точно дифференцировать дополнительное ментальное отверстие от питательного отверстия кости.

Нами были изучены снимки 160 пациентов, выполненные при помощи конусно-лучевой компьютерной томографии, в том числе с 3D реконструкцией костных структур. Рентгенологически ментальное отверстие визуализируется в форме округлой или овальной рентгенопрозрачной области на уровне верхушек корней нижних премоляров, хотя на снимке оно может визуально накладываться на них.

В результате проведения ряда последовательных аксиальных срезов в краниокаудальном направлении, парасагиттальных срезов толщиной 2 мм в мезиодистальном направлении и фронтальных срезов в задне-переднем направлении было диагностировано присутствие двух ментальных отверстий на правой стороне нижней челюсти, в то время как с левой стороны находилось лишь одно аналогичное образование. Дополнительное ментальное отверстие находилось несколько выше и

позади основного. Основное ментальное отверстие на левой стороне было единственным аналогичным образованием, расположенным на той же высоте.

Подобная картина была описана нами у трех пациентов. Следовательно, если брать 160 изученных снимков за статистическую единицу, то около 2% людей обладают дополнительным ментальным отверстием.

Описано много случаев, когда дополнительное ментальное отверстие и его нервно-сосудистые компоненты случайно были обнаружены прямо во время операции, так как на предоперационной панорамной рентгенограмме не было обнаружено каких-либо изменений.

Таким образом, можно сделать вывод, что точная верификация и анализ дополнительных ментальных отверстий возможны лишь с использованием КЛКТ, которые обеспечивают изображение более высокого качества и с более низким искажением по сравнению с обычными рентгенограммами. Также мы рекомендуем обращать внимание на принадлежность пациента к этнической группе при проведении проводниковой анестезии и других хирургических вмешательствах.

Литература

1. Singh R, Srivastav AK. Study of position, shape, Size and incidence of mental foramen and accessory mental foramen in Indian adult human skulls. Int J Morphol 2010;28:1141-6.
2. Agthong S, Huanmanop T, Chentanez V. Anatomical variations of the supraorbital, infraorbital, and mental foramina related to gender and side. J Oral Maxillofac Surg 2005;63:800-4.
3. Мастерова И. В., Пустовая Е.П., Габриелян И.К., Мастерова М. М. Профилактика осложнений при хирургических вмешательствах в области ментальных отверстий.

Корреляция между анатомической зоной ротоглотки и полости рта и паттерном строения сосудистого русла слизистой оболочки по данным контактной эндоскопии

Черенкова В.А.

аспирант, кафедра оториноларингологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: cherenkova_vika@mail.ru

Актуальность

По статистике, треть всех злокачественных новообразований головы и шеи выявляется в ротоглотке и полости рта [1]. Несмотря на визуально доступную локализацию в 60% случаев они диагностируются на поздних стадиях [2], что приводит к высокому уровню смертности и низкому качеству жизни [3]. Стандартом обследования полости рта и ротоглотки является обычный осмотр без использования дополнительных методов исследования, при котором не всегда удается верифицировать изменения слизистой оболочки, характерные для раннего диспластического процесса [4]. Поэтому очень важным остается поиск дополнительных малоинвазивных и эффективных методов диагностики, которые можно использовать в рутинной практике. Контактная эндоскопия является одним из перспективных методов в этом отношении [5]. Однако, учитывая значительную гетерогенность слизистой оболочки ротоглотки и полости рта, применение устоявшейся классификации для интерпретации результатов контактной эндоскопии не правомерно. Требуется более детальное понимание нормы строения сосудистого русла слизистой оболочки полости рта и ротоглотки по данным контактной эндоскопии для корректной интерпретации результатов данного исследования.

Материалы и методы

В наше исследование было включено 100 некурящих добровольце в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст 61 ± 14,3 лет) с отсутствием видимой патологии ротоглотки и полости рта. При помощи контактной эндоскопии мы оценивали паттерн строения сосудистого русла слизистой оболочки каждой анатомической зоны ротоглотки и полости рта в отдельности. Паттерн строения сосудистого русла сопоставлялся с ранее применяемой классификацией для интерпретации результатов контактной эндоскопии при диагностике патологии полости рта [6].

Результаты

В зоне слизистой оболочки верхней и нижней губы в 89.3% случаев бал выявлен первый тип строения сосудистого русла, в 7.5% - 2a тип строения, а в оставшихся 3.2% случаев 2b тип. В зоне дна полости рта первый тип строения сосудистого русла определялся в 96.7% случаев, в 3.3% - 2a тип строения. В зоне слизистой оболочки щек в 98.9% случаев был выявлен 2b тип строения. В зоне ретромалярного треугольника в 76.5% случаев визуализировался 1 тип строения, в 12.6% - 2a тип строения, в 10.9% 2b тип строения сосудистого русла. В зоне языка определить тип строения сосудистого русла удалось только в 17% случаев и во всех из них паттерн представлял 2b тип. В зоне слизистой оболочки передней небной дужки в 98.2% случаев был выявлен первый тип строения сосудистого русла.

Заключение

Результаты нашего исследования позволили адаптировать классификацию и определить норму строения сосудистого русла по данным контактной эндоскопии для каждой изучаемой анатомической зоны ротоглотки и полости рта в отдельности. Так, в зоне слизистой оболочки щек и ретромалярного треугольника абсолютно преобладающим в норме паттерном строения оказался 2b тип, который в других локализациях интерпретируется как гиперплазия. Также, ни в одной анатомической зоне полости рта и ротоглотки не был выявлен нулевой тип строения сосудистого русла, при котором сосуды идут не только параллельно поверхности слизистой оболочки, но и по отношению друг к другу. Наоборот, основным преобладающим выступа первый тип строения, когда сосуды идут параллельно поверхности слизистой оболочки, однако имеют большое количество ответвлений.

Литература

1. International Agency for Research on Cancer GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 World Health Organization
2. Marioni G., Marchese-Ragona R., Carteri G. et al. Current opinion in diagnosis and treatment of laryngeal carcinoma. Cancer Treat Rev. 2006; 32: 504–515
3. Neal R.D., Tharmanathan P., France B. et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. British journal of cancer. 2015; 112(1): 92
4. Muto M., Minashi K., Yano T. et al. Early detection of superficial squamous cell carcinoma in the head and neck region and esophagus by narrow band imaging: a multicenter randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2010; 28: 1566–1572
5. Arens C., Piazza C., Andrea M. et al. Proposal for a descriptive guideline of vascular changes in lesions of the vocal folds by the committee on endoscopic laryngeal imaging of the European Laryngological Society. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016; 273: 1207-1214
6. Carta, F., Sionis, S., Cocco, D., Gerosa, C., Ferreli, C., & Puxeddu, R. (2016). Enhanced contact endoscopy for the assessment of the neoangiogenetic changes in precancerous and cancerous lesions of the oral cavity and oropharynx. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 273(7), 1895-1903

Техника временной конхотомии при пластике перфораций перегородки носа у детей

Шанаева А.А.

аспирант, кафедра оториноларингологии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: nastyalbdv@yandex.ru

Актуальность. Пластическое закрытие перфораций перегородки носа (ППН) остается одной из сложно решаемых проблем в педиатрической оториноларингологии. Данная патология оказывает значительное влияние на качество жизни ребенка [1,2]. Несмотря на неоспоримые преимущества хирургического закрытия, большое разнообразие техник, эффективность и отдаленные результаты у детей оставляют желать лучшего, нежели у взрослых [3,4]. Узкий носовой ход ребенка существенно затрудняет манипуляции на данной области. С целью решения этой проблемы мы стали применять технику временной конхотомии для расширения доступа к выкраиваемому лоскуту.

Цель. Усовершенствовать хирургический доступ при эндоскопической пластике ППН у детей.

Материалы и методы. Мы отобрали 4 пациента (12,2 ± 2,1 лет), проходящих лечение на базе ФГАУ «Национальный научнопрактический центр здоровья детей» Минздрава России. У всех пациентов были сопутствующие изменения внутриносовых структур, затрудняющими эндоскопическую пластику ППН (выраженная деформация перегородки носа и гипертрофия нижних носовых раковин). Средний размер перфорации составил 11,7х11,2 мм.

Информированное согласие, подписанное родителями, содержало также информацию о данной модификации хирургического подхода. Предварительно всем детям исключили системную патологию. Предоперационная подготовка включала в себя интраназальное использование мазей и солевых растворов для увлажнения и эпителизации краев перфорации. Длительность наблюдения пациентов составила 12 месяцев.

Для пластического закрытия ППН применялась техники перемещения мукоперихондреальных лоскутов на передней решетчатой артерии, которые подробно описаны в ранее опубликованных работах [5,6]. Отличительной особенностью стал способ обеспечения наилучшего хирургического доступа во время выкраивания лоскута, который достигался за счет временной частичной резекции и смещения кверху нижней носовой раковины. Разрез слизистой оболочки начинался перед передним краем нижней носовой раковины, далее переходил в разрез слизистой оболочки в области основания, вдоль линии прикрепления нижней носовой раковины, и сопровождался также рассечением двух передних третей костной пластинки в данной области. После завершения операции нижняя носовая раковина возвращалась в исходное положение и фиксировалась двумя рассасывающимися швами (Викрил 6/0). Все этапы операции проводились в условиях общего обезболивания под эндоскопическим контролем. Данная модификация ранее не была описана в общедоступной литературе.

Результаты. Все перфорации были успешно закрыты и в течение 12 месяцев наблюдения рецидива не возникло. Анатомия латеральной стенки полости носа была

полностью восстановлена после операции. Следы разреза в области нижней носовой раковины не визуализировались уже через 3 недели во всех представленных случаях.

Заключение. Описанная нами техника модифицированного хирургического доступа позволяет с большей точностью контролировать формирование лоскута, добиваться большей маневренности инструментов, снижает риск повреждения слизистой оболочки и позволяет сократить время выкраивания лоскута.

Литература

1. Taylor C.M., Gnagi S., Bansberg S.F. Bilateral mucosal flap septal perforation repair in the adolescent. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020;138:110290. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110290
2. Chua D.Y., Tan H.K. Repair of nasal septal perforations using auricular conchal cartilage graft in children: report on three cases and literature review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70(7):1219-24. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2005.12.021
3. Chang D., Irace A., Kawai K., Rogers-Vizena C., Nuss R., Adil E.. Nasal septal perforation in children: presentation, etiology, and management, Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2017;92:176–180. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.12.003
4. Jennings J., Shaffer A., Stapleton A. Pediatric nasal septal perforation, Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2019; 118:15–20. https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.12.001
5. Русецкий Ю.Ю. Спиранская, О.А., Сергеева, Н.С., Липский, К.Б., & Садиков, И.С. Эндоскопическое закрытие перфорации перегородки носа у детей возвратным транссептальным лоскутом на ветвях решетчатых артерий. Вестник оториноларингологии.2019;84(4):25-27. https://doi.org/10.17116/otorino20198404125
6. [Ruseckij Ju.Ju. Spiranskaja, O.A., Sergeeva, N.S., Lipskij, K.B., & Sadikov, I.S. Jendoskopicheskoe zakrytie perforacii peregorodki nosa u detej vozvratnym transseptal'nym loskutom na vetvjah reshetchatyh arterij. Vestnik otorinolaringologii. 2019;84(4):25-27 (In Russ.)]
7. Rusetsky Y. et al. Endoscopic repair of septal perforation in children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2020; 130:109817. https://doi.org/10.1016/ j.ijporl.2019.109817

Психотерапевтические методы в работе с депрессиями

Элоян А.О. [1]***, Самушия М.А.*** [2]***, Титова В.В.*** [3]

[1]ординатор, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[3]к.м.н., доцент кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: eloyananna@bk.ru

В настоящее время ведущим методом лечения депрессивных расстройств является фармакотерапия, во многом благодаря тому, что исследования о влиянии психофармакопрепаратов на депрессивные расстройства достаточно хорошо финансируются. Работ о влиянии психотерапии на депрессию значительно меньше, но существуют исследования, демонстрирующие весьма высокую эффективность лечения депрессии методами психотерапии.

В настоящий момент известно, что при использовании когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) и интерперсональной психотерапии [4,6,7,8] наблюдались ремиссии с качеством, приближающимся к таковым в случаях применения психофармакотерапии. Достоверно установлено, что когнитивно-поведенческой психотерапии более качественно удается улучшать настроение пациентов, устранять «деморализацию». Таким образом, методы психотерапии являются эффективной профилактикой рецидива и возврата симптомов депрессивных расстройств. Психотерапия при лечении депрессии как основной лечебный метод показывает более высокую эффективность, чем применение психотехник лишь в качестве дополнительной терапии [1,2,3,5].

Ученые провели достаточное количество исследований, которые подтвердили эффективность КПТ при депрессивных расстройствах. Так, например, мета-анализ 115 исследований показал, что КПТ является эффективной стратегией лечения депрессии, а комбинированное лечение с медикаментозной терапией значительно эффективнее, чем только медикаментозная терапия [5]. Получены данные о том, что частота рецидивов у пациентов, использующих лечение КПТ, ниже по сравнению с пациентами, получавшими только медикаментозную терапию. Психологическое вмешательство является эффективной и приемлемой стратегией лечения. Оно чаще всего применяется при депрессивных эпизодах легкой и средней степени тяжести.

Литература

1. https://psyfactor.org/lib/depression5.htm
2. https://www.psychoanalyst.ru/depression_2/treatment_of_depression.php
3. Джудид Бэк. Когнитивно-поведенческая терапия. Полное руководство. М.: Вильямс, 2006.
4. Фил Джойс, Шарлотта Силлс. Гештальт терапия шаг за шагом. И.: Институт общегуманитарных исследований, 2017.
5. Pim Cuijpers, Ioana A. Cristea, Eirini Karyotaki, Mirjam Reijnders, Marcus J.H. Huibers. Насколько эффективна когнитивно-поведенческая терапия в лечении большого депрессивного расстройства и тревожных расстройств? Актуальный метаанализ данных. World Psychiatry. 2016 oct.: 243-256.
6. Сокол Лесли, Фокс Марси Г. Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство. М.: Вильямс, 2021.
7. Мак-Вильямс Нэнси. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2001.
8. Dorothy E. Siminovitch. A Gestalt Coaching Primer: The Path Toward Awareness IQ. Kindle Edition Dr. MCC. 2017.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ФГБУ ДПО «ЦГМА»

Составитель: **Вдовина** Ирина Владимировна

Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко д. 19, стр. 1А
тел + 7 (499) 140-20-78

Подписано в печать 01.06.2022
Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура «Times». Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии «ОТТИСК»
101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д.17, стр. № 1

ISBN 978-5-6046701-2-5

9 785604 670125