УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Москва
21-22 декабря 2020г.

УДК 616.1/9
ББК 53/57
Т 299

Тезисы докладов научно-практической конференции молодых ученых (21-22 декабря 2020г., г. Москва / Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ ФГБУ ДПО «ЦГМА». - М.: ЦГМА, 2021. - 111 с.

ISBN 978-5-6045807-6-9

Данный сборник содержит материалы конференции молодых ученых, состоявшейся 21-22 декабря 2020г в ФГБУ ДПО «ЦГМА» в онлайн формате. В сборнике содержатся тезисы докладов молодых ученых – ординаторов и аспирантов кафедр ФГБУ ДПО «ЦГМА» и других высших медицинских учебных учреждений РФ. Материалы конференции освещают современные проблемы из области внутренних болезней, гастроэнтерологии, оториноларингологии, дерматовенерологии, анестезиологии и реаниматологии, урологии, стоматологии, психиатрии, медицинской реабилитации и др.

Сборник представляет интерес для представителей широкого круга медицинских специальностей

СОДЕРЖАНИЕ

Валиева Г.А., Гуляева А.Н., Образцова М.А., Уткина Е.А., Артамонов Н.А., Гусакова Е.В., Иванова И.И. Мультидисциплинарный подход в реабилитации при раке молочной железы…….5
Ващенко М.О. Акне у подростков и взрослых с локализацией на коже туловища….……7
Гажва С.И., Тетерин А.И., Янышева К.А. Преимущества керамических вкладок для замещения дефектов твердых тканей зубов, оценка их долгосрочной эффективности.....9
Геворгян М.А. Современные методы восстановления кожного рельефа у пациентов с постакне……11
Горбунов С.А., Кудряшов С.Е. Назальные катетеры при остром синусите: анализ опыта оториноларингологов……..…13
Григорян А.М., Пинчук И.С. Сравнительный анализ методов формирования уретероилеоанастомоза……..…….15
Гуляева А.Н., Уткина Е.А., Валиева Г.А., Образцова М.А., Артамонов Н.А., Гусакова Е.В., Иванова И.И. Реабилитация больных с заболеваниями органов дыхания…….....17
Дё А.Е., Арутюнян Б.А. Магнитно-резонансная сиалография в диагностике синдрома Шегрена……..……..19
Дмитренко К.Ю., Хайкина И. А, Садкова О.А., Романов Д.В. Нозогенные реакции при манифестации болезни Грейвса……..……..21
Егоян Г.Г. Современные представления о реакции трансплантат против хозяина……..….24
Завьялов О.В. Роль дифференцированного подхода при проведении респираторной терапии у детей с экстремально низкой массой тела в раннем неонатальном периоде…...26
Завьялов О.В. Особенности лечения респираторного дистресс – синдрома новорожденных у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела: предикторы выбора неинвазивной респираторной поддержки в отделении неонатальной реанимации……...……28
Закревский А.И. Расслоение аорты: трудности диагностики……..……30
Иванникова Е.И., Рагимова А.А. Психическая патология при цервикальной дистонии……..…….32
Иванов С.И., Степанова А.И., Алёхин М.Н. Работа миокарда левого желудочка у здоровых лиц при стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой на тредмиле……...35
Карпицкий Н.В., Кочин В.В. Вспомогательная терапия при инфекции COVID-19……..…37
Коваленко Ю. А. Дерматологические нежелательные явления ингибиторов PD1…..……..40
Ковешникова О.А., Семенова А.Н., Беришвили Т.З. Проблемы психоэмоционального благополучия медицинского персонала, работающего в условиях пандемии COVID-19……..…….42
Коновалова Т.А. Методы выявления малигнизации предопухолевых заболеваний слизистой оболочки рта……..……...…….44
Коровин Е.В., Резвая А.А. Перспектива применения глутатиона и ацетилцистеина в качестве суплементарной терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19……..…..46
Кузнецова А.Н., ДворниковаТ.А. Симультантные операции в практике детского оториноларингологического отделения ФГБУ ЦКБ УДП РФ……48
Легкова К.С., Минушкин О.Н., Масловский Л.В .Опыт применения метапребиотиков в лечении некотрых функциональных заболеваний кишечника(ФЗК)……..…….50
Лобачёва Е.В. Оптимизация методов диагностики поражений слизистой оболочки рта различной этиологии……...……52
Магарамова Ж.А., Щекочихин В.А., Даренков С.П. Анализ и предикторы рецидивирования рака мочевого пузыря……54
Майоров Р. Ю. Дерматоскопические особенности кожного мастоцитоза……..……...56
Маркелов К.М. Коморбидный пациент хирургичского профиля……..……..58

Мартыненко Д.М. Современные аспекты эпидемиологии паранеопластических дерматозов……..……..60
Нийноя И.Н.В., Садкова О.А., Нодель М.Р., Романов Д.В. Аспекты реактивной лабильности в рамках депрессий при болезни Паркинсона……..……62
Новиков Е.М. Новые подходы к анализу ЭКГ при стрессэхокардиографии……..……...64
Образцова М.А., Уткина Е.А., Артамонов Н.А., Гуляева А.Н., Валиева Г.А., Гусакова Е.В., Иванова И.И. Ранняя реабилитация больных после инсульта……..……66
Образцова М.А., Уткина Е.А., Валиева Г.А., Гуляева А.Н., Артамонов Н.А., Гусакова Е.В., Иванова И.И. Мультидисциплинарный подход в онкореабилитации……..……...68
Павлова А.В. Корреляция показателей индекса застоя в воротной вене с результатами эластометрии у пациентов с диффузными заболеваниями печени……70
Панасенко Е.И. Изолированная остеома клиновидной пазухи в сочетании с гнойным сфеноидитом у ребенка 15 лет……...……72
Переверзина Н. О. Факторы риска и предикторы псориатического артрита……..……..74
Пискарев М.В., Лобанова В.М. Небредовая ипохондрия у больных шизофренией……..…76
Полонская А.С. Оптимизация восстановительного лечения пациентов с акнеподобной сыпью, индуцированной моноклональными антителами к рецептору эпидермального фактора роста……..…78
Пряхин И.С. Рациональный подход к антитромботической терапии в некардиальной хирургии……..…80
Редько С. Д. Розацеа и нейродегенеративные заболевания…….....82
Рубан К.Э. Использование липофилинга при лечении линейной склеродермии……..…...84
Самуйлов А.А. Сорбционная экстракорпоральная детоксикация в интенсивной терапии тяжелого сепсиса……....……...85
Сименская Е.М. Современные подходы к лечению вирусных бородавок……....86
Скандарян А. А, Харькова Г. С. Кататония в структуре аффективных расстройств….....88
Смирнова Е. И., Гажва С. И., Тетерин А. И. Методы сохранения и создания возможности протезирования зубов при значительном разрушении ниже уровня десны или зубов с минимальным феррул-эффектом – обзор литературы……...……..……..90
*Тамразова А.В.*Современные аспекты течения и диагностики Синдрома Блоха-Сульцбергера……..……..92
Уткина Е.А., Образцова М.А., Артамонов Н.А., Гуляева А.Н., Валиева Г.А., Гусакова Е.В., Иванова И.И. Реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренного сустава……..……95
Фариков С.Э. Опыт применения экзоскопа с объемной визуализацией при проведении кохлеарной имплантации……..……..97
Федонникова М.Н. Комплексная диагностика рака предстательной железы с применением МРТ/ТРУЗИ-fusion навигации……..……98
Фролова Е. С. Провокационные тесты в диагностическом поиске индуцированной крапивницы……..……..100
Черенкова В.А., Савлевич Е.Л. Исследование показателей врожденного звена клеточного системного иммунитета при полипозном риносинусите с непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов……..…...102
Шанаева А.А., Терехина К.Г., Азаров П.В. Анализ структуры пациентов оториноларингологического отделения……..……104
Шуляк М.А. Применение ингибиторов кальциневрина при очаговой склеродермии.....106
Юзбашян П.Г., Львов А.Н., Терещенко А.В., Романов Д.В. Глоссалгия: психопатологическая структура и нозологическая принадлежность……..……107
Юрченко Д.О. Системная антибиотикотерапия терапия пациентов с розацеа……....109

Мультидисциплинарный подход в реабилитации при раке молочной железы

Валиева Г.А., Гуляева А.Н., Образцова М.А., Уткина Е.А., Артамонов Н.А., Гусакова Е.В., Иванова И.И.

ФГБУ ДПО "Центральная государственная медицинская академия" Управления делами Президента РФ

Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом клинической психологии и педагогики

Москва, Россия

E-mail: lisamraks5@mail.ru

В Российской Федерации одним из самых частых злокачественных новообразований у женщин является рак молочной железы.

Актуальность проблемы состоит в том, что большинство больных, пролеченных по поводу рака молочной железы, нуждаются в медицинской реабилитации, целью которой является повышение качества жизни и возвращение женщины в семейный и общественный социум.

Анализ литературы позволил выделить следующие задачи медицинской реабилитации: повышение качества жизни, возможность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены, коррекция нутритивного дефицита, улучшение психо-эмоционального состояния, уменьшение болевого синдрома, а также профилактика лимфовенозной недостаточности верхней конечности и сохранение объема движений в суставах верхней конечности [3,4].

Программа реабилитации разрабатывается отдельно для каждой пациентки с учетом общего состояния, возраста, стадии заболевания, условий жизни и труда. Реабилитация должна быть комплексной. В реализации реабилитационной программы принимают участие онколог, радиолог, химиотерапевт, медицинский психолог, врач по лечебной физкультуре и физиотерапевт. Программа медицинской реабилитации больной раком молочной железы включает, прежде всего, мероприятия, направленные на профилактику осложнений после хирургического вмешательства [1].

В онкореабилитации используются комплексные программы, направленные на применение консервативных методов лечения и профилактики постмастэктомических лимфатических отеков [2,5]. При выраженном отеке верхней конечности в реабилитационные программы входят периодическая элевация конечности, медицинский массаж, эластическое бинтование верхней конечности, занятия лечебной физкультурой, гидрокинезотерапия в бассейне, пневмокомпрессия, электростимуляция мышц плечевого пояса, магнитотерапия и другие процедуры.

Противопоказаниями к применению физических факторов являются рак молочной железы IV стадии, прогрессирование процесса, выраженная сердечно-сосудистая патология, а также общетерапевтические противопоказания для проведения электростимуляции мышц.

Заключение. Лечение больных раком молочной железы является сложной проблемой, в которой на первый план выступает необходимость индивидуализации лечебной стратегии в каждом конкретном случае. Лечение, направленное, в первую очередь, на предотвращение ранних послеоперационных осложнений, таких как длительная лимфорея, некроз и рас-

хождение краев раны, нагноение, позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре, снизить процент первичного выхода пациенток на инвалидность, уменьшить количество постмастэктомических лимфатических отеков.

Литература

1. Боголюбов В.М. Физиотерапия и курортология. БИНОМ, 2008
2. Герасименко, В. Н. Комплекс консервативных восстановительных мероприятий при постмастэктомическом отеке / В. Н. Герасименко, Т. И. Грушина // Вопросы онкологии. – 1990. – №12. – С. 1479-1485.
3. Грушина, Т. И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия / Т. И. Грушина. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 240 с.
4. Левченко, К. П. Современные методы дифференцированного подхода к реабилитации пациенток после радикальной мастэктомии: Всероссийская науч.-практич. конф. 13-14 мая, 2004 г. / К. П. Левченко, А. М. Поздняков / под ред. В. И. Петрова. – Волгоград: ВолГМУ, 2004. – С. 213-214.
5. Мясникова, М. О. Обоснование и оценка эффективности методов диагностики и лечения больных постмастэктомическим отеком верхней конечности: автореф. … дисс. д-ра мед. наук / М. О. Мясникова. – СПб., 2002. – 39 с.

Акне у подростков и взрослых с локализацией на коже туловища

Ващенко М.О.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра Дерматовенерологии и Косметологии
Москва, Россия
E–mail: marielle7@bk.ru

Актуальность. По данным Всемирного проекта по изучению бремени болезней (TheGlobalBurdenofDiseaseProject) акне занимает 8 место среди распространенных заболеваний во всем мире: им страдает 9,4% населения планеты. Для клинических проявлений акне свойственны воспалительные и невоспалительные высыпания с преимущественной локализацией на лице, также в процесс вовлекается кожа предплечий, туловища и спины [1].

По данным различных авторов, высыпания на коже спины и груди возникают у 61% и 45% пациентов с акне соответственно. Примерно у 50% пациентов с вульгарными угрями наблюдались поражения на туловище и/или спине, а более 3% имели поражения исключительно на туловище. Причем каждый четвертый пациент не сообщал врачу о наличии высыпаний на туловище, что обнаруживалось при клиническом осмотре [2, 3, 4].

Цель. Изучение факторов, влияющих на развитие акне на коже туловища.

Результаты. В исследование включены данные 32 пациентов, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в «Научно – исследовательском центре «Клиника Дерматологии» в 2019-2020гг., в возрасте от 14 до 23 лет. Пациентов мужского пола было 20 (62,5%), женского – 12(37,5%). Давность процесса варьировала от 2 до 10 лет. Локализация высыпаний: у 20 (62,5%) человек высыпания были на коже лица, плеч и груди, у 10 (31,3%) – на лице и спине, у 2(6,2%) – на спине и ягодицах. У 11 (34,4%) пациентов заболевание протекало тяжело, с образованием множественных рубцов.Провоцирующими факторами у мужчин являлись интенсивные занятия спортом, плавание, нарушения диеты (частое употребление фастфудов, преобладание в пище углеводов) и спортивное питание, неправильный уход за кожей (принудительное обезжиривание). У женщин триггерными факторами являлись эндокринные нарушения, в том числе нарушения менструального цикла, неправильный уход за кожей (травмирование, неправильный подбор косметических средств, самолечение). В процессе сбора анамнеза все пациенты отмечали низкую эффективность лечения высыпаний на коже спины наружными средствами. В то же время почти половина пациентов (53,1%) до обращения к врачу-дерматологу опасалась приема системного изотретиноина.

Выводы. Акне с локализацией в области туловища является актуальной проблемой, которой до сих пор уделялось недостаточное внимание. Анализ факторов риска необходим для оптимизации тактики лечения данной группы пациентов.

Литература

1. Sutaria AH, Masood S, Schlessinger J. Acne Vulgaris. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Aug 8.
2. Blume-Peytavi, U., Fowler, J., Kemény, L., Draelos, Z., Cook-Bolden, F., Dirschka, T., Eichenfield, L., Graeber, M., Ahmad, F., Alió Saenz, A., Rich, P., &Tanghetti, E. (2020). Long-term safety and efficacy of trifarotene 50 μg/g cream, a first-in-class RAR-γ selective topical retinoid, in patients with moderate facial and truncal acne. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV, 34(1), 166–173.
3. Bagatin, E., Timpano, D. L., Guadanhim, L. R., Nogueira, V. M., Terzian, L. R., Steiner, D., &Florez, M. (2014). Acne vulgaris: prevalence and clinical forms in adolescents from São Paulo, Brazil. Anais brasileiros de dermatologia, 89(3), 428–435.
4. St Surin-Lord, S., & Miller, J. (2020). Topical Treatment of Truncal Acne with Tretinoin Lotion 0.05% and Azelaic Acid Foam. Case reports in dermatological medicine, 2020.

Преимущества керамических вкладок для замещения дефектов твердых тканей зубов, оценка их долгосрочной эффективности.

Гажва С.И., Тетерин А.И., Янышева К.А.

Профессор, ассистент, ординатор

ФГОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии ФДПО

Россия, Нижний Новгород

e-mail: yanysheva.k@mail.ru

Одними из главных задач ортопедической стоматологии являются восстановление функции и эстетики зуба. Физико-механические свойства композитных материалов недостаточны для длительной эксплуатации в связи с их разрушением в ротовой жидкости и функциональными нагрузками. В то же время керамические материалы обладают большей прочностью и устойчивостью в полости рта. В отличие от коронок, керамические вкладки не требуют препарирования большого количества тканей зуба, максимально сохраняя их, тем самым делая зуб более устойчивым к воздействию внешних факторов.

Цель работы: оценить преимущество керамических вкладок и их долгосрочной эффективности.

Материалы и методы: аналитический метод.

Результаты исследования:

После проведения обзора литературы были сделаны следующие выводы:

1. Многие авторы отмечают преимущества вкладок: высокая прочность, отсутствие усадки и неполяризованных связей (от 5 до 20 % присутствуют в композитных материалах), цветостойкость, устойчивость к истиранию и длительный срок службы. С точки зрения гигиены на ней не скапливается зубной налет, и она инертна к тканям полости рта [1].
2. Модуль эластичности эмали равен 80 Gpa, что близко к модулю эластичности керамики, равному 90–95 Gpa (модуль эластичности композитного материала = 8 – 20 Gpa). Из этого следует, что при восстановлении дефектов твердых тканей зубов с разрушением от 50 до 80% следует использовать керамические вкладки для правильного распределения жевательной нагрузки на стенки зуба [2].
3. При дефектах твердых тканей зуба по 1 классу Блека теряется 14-44% прочности зуба, при дефектах твердых тканей зуба по 2 классу Блека происходит потеря 20 – 63%, в таких случаях дефлекция бугров значительно возрастает, увеличивается напряжение в мезио–дистальном направлении и растет риск отлома стенки зуба при использовании композитного материала [3].
4. Функциональная норма жевательного аппарата в отдаленные сроки после фиксации керамических вкладок при множественном кариесе обеспечивалась у 94,3% пациентов и только у 77,1% пациентов с пломбами из композита [4].
5. Анализ состояния зубочелюстной системы у пациентов с композитными реставрациями показал более частое выявление гингивита, пародонтита, повышенного стирания зубов в сравнении с пациентами с керамическими вкладками. Индекс КПУ и его компоненты у пациентов с замещением дефектов твердых тканей зуба композитными реставрациями были статистически значимо выше по сравнению с пациентами с керамическими вкладками [4].

6. Более негативные показатели стоматологического статуса у лиц с пломбами из композитного материала в отдаленные сроки можно объяснить не только более низкими физико-химическими свойствами композитных материалов, подверженных биодеградации и микробной колонизации, а также стиранию, но и применением композитного материала при значительном разрушении окклюзионной поверхности боковых зубов сверх показаний, ограничивающих эффективность композитов пломбами не более 50% ИРОПЗ [4].

Разработаны рекомендации для препарирования зубов под керамические вкладки:

1. Полости придается наиболее целесообразная форма, чтобы вкладка могла беспрепятственно выводиться. Легкая дивергенция стенок зуба (3-5 градусов) для осуществления пути введения вкладки [5].

2. Стенки полости формируются с плавными переходами без острых углов. Угол, образованный боковыми стенками и основанием должен быть четко выраженным и приближаться к прямому, тогда протез будет устойчивым.

3. При полостях 2 класса по Блеку апроксимальные поверхности зуба должны быть раскрыты.

4. При толщине стенок менее 1, 5 мм производится редукция бугров зуба, при этом толщина стенок зуба должна быть равна 2 – 2,5 мм.

5. Расстояние между стенками полости должно быть больше или равно, чем высота стенки. Если высота будет больше, то возникает ярко выраженный эффект рычага.

6. Формирование полости заканчивают созданием скоса по ее краю на глубину эмалевого слоя (фальц). Полость следует формировать таким образом, чтобы исключить образование эмалевых призм, не опирающихся на дентин. Угол скоса эмали может колебаться в пределах от 15 – 45 градусов [5].

Таким образом, керамические вкладки обладают значительным рядом преимуществ по сравнению с композитными реставрациями, предотвращают окклюзионно-артикуляционные нарушения и дисфункцию жевательного аппарата, характерные в отдаленные сроки для пациентов при замещении дефектов пломбами из композитного материала.

Литература

1. Жабина Ю.А. Сравнительная характеристика прямого и непрямого методов реставрации // БМИК. 2017. №10.

2. Pascal Magne, DMD, PhD Composite Resins and Bonded Porcelain: The Postamalgam Era? // CDA.JOURNAL.2006.VOL.34.N.2.

3. Reeh ES, Messer HH, Douglas WH. Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures. J Endod. 1989

4. Олесов Е.Е., Новоземцева Т.Н., Тихонов В.Э., Олесова В.Н., Каганова О.С. Керамические коронковые вкладки как альтернатива замещения дефектов боковых зубов светоотверждаемыми композитами // Клиническая практика. 2018. №1.

5. Арутюнов С.Д., Жулев Е.Н., Волков Е.А. Одонтопрепарирование при восстановлении дефектов твердых тканей зубов вкладками. - М.: Молодая гвардия, 2007. 136 с.

Современные методы восстановления кожного рельефа у пациентов с постакне

Геворгян М.А.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра Дерматовенерологии и Косметологии
Москва, Россия
E–mail: 1304margo@mail.ru

В общей мировой популяции, почти 85% подростков страдают акне. Рубцовые изменения наблюдаются у 95 % больных с 3-й и 4-й степенью акне. У 10-40 % пациентов постакне может существенно влиять на социальную и психологическую функции, способствовать снижению их самооценки и развитию тревожно-депрессивных расстройств, что приводит к снижению качества жизни [1]. Целью нашей работы является выявление наиболее эффективных методов коррекции кожного рельефа у пациентов с рубцами постакне.

Под наблюдением находилось 12 пациентов, в возрасте от 18 до 25 лет. Пациенты были разделены на 2 группы по 6 человек в зависимости от формы рубцов: 1 группа -пациенты с V-образными атрофическими рубцами, группаIPL; 2группа - пациенты с M- и U- образными типами рубцов, сочетанное применение CO2 лазера +IPL.

Методами оценки клинического эффекта после лечения, явились: оценка кожного рельефа дерматоскопомFotoFinder и по качественной шкале D.Goodmanetal. (2006); фотодокументирование аппаратом FotoFinder; оценка степени удовлетворенности пациентов.

Протокол проведения процедуры IPL в 1 группе: 1 проход фильтр 640 нм (энергия соответственно фототипу) в режиме ST (SkinRejuvenation/ SkinTreatments - AgeSport/Teleang., глубина Deep; 2 проход- фильтр 590нм или 560нм в режиме ST- AgeSport/Teleang., глубина Medium или Shallow.

2 группа пациентов:

Протокол проведения процедур во 2 группе: IPL+ лазер CO2 через месяц: сканер AcuScan*120*: режим MultiModeCOMBO Глубина воздействия 40-800 мкм.

В результате работы было выявлено, что в обеих группах был достигнут эффект ремоделирования глубоких слоев кожи и сосудистого компонента, выравнивание рельефа кожи и борьба с пигментацией. В 1группе пациенты достигли улучшения состояния кожи на 30% после первой процедуры. Во второй группе, при сочетанном применении двух методик, результаты достигли улучшения на 50%. Также наблюдалось, что степень удовлетворенности процедурой на лазерном аппарате CO_2-лазера в комбинации с IPL, у пациентов была выше на 25%, что составляло 85%, то время как широкополосный IPL-60%. Таким образом среди современных методов световых и лазерных технологий широкополосный импульсный свет IPL является наиболее эффективным при работе с V-образными рубцами постакне, в то время как, сочетанное применение аблятивногоCO2 лазера+ IPL являются максимально эффективным в восстановлении кожного рельефа у пациентов с M- и U-рубцами.

Литература

1. PerlamutrovYu.N., Olkhovskaya K.B. Therapy of patients with severe and moderate acne. Journal of Dermatology and Venereology. Russian Journal (Vestnikdermatologiiivenerologii). 2015; 3:141–6. (in Russian)

Назальные катетеры при остром синусите: анализ опыта оториноларингологов

Горбунов С.А., Кудряшов С.Е.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра оториноларингологии
Москва, Россия
E–mail: gorbunov.ent@gmail.com

В настоящее время согласно клиническим рекомендациям Министерства Здравоохранения Российской Федерации для лечения острого бактериального риносинусита (ОБРС) используют системные (САБ) и местные антибиотики (МАБ), топические деконгестанты, топические глюкокортикостероиды (тГКС), ирригационную терапию (ИТ), муколитики, антигистаминные препараты (АП), пункцию верхнечелюстных пазух (ВЧП), а также дренирование околоносовых пазух (ОНП) при помощи НК [1]. Несмотря на многочисленные публикации, отношение к применению НК неоднозначное. Опыт использования НК более 30 лет как у нас в стране, так и за рубежом свидетельствует о высокой эффективности такого метода местного лечения ОБРС. Однако непонятно, почему метод не применяют многие врачи.

Цель. Проанализировать опыт применения НК при ОБРС среди оториноларингологов.

Материалы и методы. Посредством электронной почты было проведено анкетирование 30 оториноларингологов с различным опытом применения НК (от двух до 27 лет). Анкета включала 16 вопросов с возможностью выбора предложенного ответа или с открытым ответом.

Результаты. Согласно результатам опроса, пациенты с ОБРС попадают на прием к ЛОР-врачам в сроки от первого до десятого дня от начала заболевания и позже, при этом 48% пациентов обращается напрямую, а 52% по направлению других врачей. В 38% случаев врачи начинают лечение ОБРС с применения НК первично, в 39% после одного, а в 23% случаев после двух курсов САБ, в 24% после неэффективной пункции ВЧП, в 16% при фронтите и в 13% случаев при сфеноидите. Клиническими данными обоснования начала лечения с помощью НК в 76,6% случаев являются боль в области лица, в 73,3%, гнойные выделения из носа, в 69,9% длительность заболевания, в 59,9% головная боль, в 43,3% случаев снижение и/или потеря обоняния, в 36,6% лихорадка выше 38°С, в 30% заложенность носа, в 27% увеличение СОЭ или повышение С-реактивного белка, а в 50% случаев их различные комбинации. Среди инструментальных данных обоснования начала лечения с помощью НК 83,3% врачей указали результаты компьютерной томографии или рентгенографии ОНП. По мнению 63,3% респондентов, основанием для применения НК является эндоскопически верифицированное наличие гнойного секрета в носовых ходах. 43,3% врачей считают, что должно пройти от шести до семи дней от начала ОБРС до старта терапии с НК, 30% считают достаточным от одного до пяти дней, по мнению 20% респондентов, необходимо от восьми до десяти дней, а 6,7% врачей считают, что должно пройти более десяти дней. Дополнительно к НК 69,9% респондентов назначают САБ, 53,3% деконгестанты, 46,6% тГКС, 40% ИТ, 30% фитопрепараты, 20% АГП, 20% МАБ, 16,7% муколитики, 10% сГКС, а 3,3% бактериофаги. Всегда назначают САБ совместно с НК при лечении ОБРС

69,9% респондентов, 23,3% только при низкой эффективности САБ, а 6,7% вообще не назначают САБ. Считают необходимым для достижения выздоровления провести от трех до пяти процедур 69,9% врачей, 30% считают достаточным от шести до десяти процедур. При этом интервал между процедурами «через день» указали 60% респондентов, интервал «раз в два-три дня» 26,6% опрошенных, а интервал «ежедневно» указали 13,3% врачей. Эффективность процедур с НК 66,6% оценивают на вторые-третьи сутки от старта терапии, 33,3% на четвертые-седьмые, 20% производят оценку после первой процедуры, 40% после второй, 33,3% после третьей, а 6,6% после пятой процедуры. При этом критерием эффективности 69,9% врачей считают регрессию симптоматики, 43,3% данные эндоскопии полости носа, 33,3% данные передней риноскопии, 33,3% увеличение объема раствора препарата, вводимого в ОНП, 23,3% данные лучевой диагностики и 10% уменьшение объема получаемого аспирата. При проведении процедуры с НК 36,6% опрошенных вводят в ОНП АБ, 16,7% АБ в сочетании с ГКС, 16,7% физиологический раствор, 10% антисептик, 10% ГКС, 6,6% бактериофаги, а 3,3% респондентов предпочитают ничего не вводить. Половина врачей считает, что эффективность лечения выше при введении в ОНП АБ, 23,3% указали, что она выше при введении АБ в сочетании с ГКС, а 26,6% считают, что эффективность не зависит от вводимого лекарственного раствора. На вопрос «Какой процент больных ОБРС, обращающихся за медицинской помощью, получает терапию с НК?» 30% участников исследования ответили «Менее 20%», 30% врачей «От 20 до 39%», 20% респондентов «От 40 до 59%» и 20% опрошенных ответили «60% и более». На вопрос «Какой процент больных ОБРС, которые получают терапию с применением НК, выздоравливают?» 33,3% респондентов ответили «80% и более» и 66,6% врачей ответили «90% и более».

Выводы. Назначение врачами процедур с НК при ОБРС происходит эмпирически, что связано с отсутствием достоверных данных о показаниях, длительности и сопутствующей терапии. Требуется проведение исследования для создания лечебного алгоритма при ОБРС, включающего применение НК для различных клинических ситуаций.

Литература

1. Рязанцев С.В., Карнеева О.В., Гаращенко Т.И., Гуров А.В., Свистушкин В.М., Сапова К.И., и др. Острый синусит // Клинические рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации. 2016.

Сравнительный анализ методов формирования уретероилеоанастомоза

Григорян А.М.

Клинический ординатор кафедры урологии

Пинчук И.С.

Доцент кафедры урологии, к.м.н.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра урологии

Москва, Россия

E–mail: grigoryanarman777@yandex.ru

Инвазивный рак мочевого пузыря является одной из самых частых причин радикальных цистэктомий с формированием кишечных мочевых резервуаров. Выбор оптимального метода деривации мочи - актуальная проблема современной онкоурологии. Одним из наиболее частых методов отведения мочи является формирование гетеротопического мочевого кондуита по Брикеру. Значимым этапом этой операции является создание уретероилеоанастомоза. Наиболее популярными способами формирования илеоуретерального соустья являются 2 метода — по Wallace и по Nesbit. Исходя из литературных данных частота формирования постоперационных стриктур анастомоза варьирует от 1 до 6%. [1,2,3]

Целью исследования являлся ретроспективный сравнительный анализ двух методик наложения уретероилеального анастомоза при выполнении операции Брикера с целью оптимизации хирургической тактики.

В период с января 2014 по февраль 2020 года в центре урологии ФГБУ «Клиническая больница» находилось 113 пациентов с различными заболеваниями, требующими формирования гетеротопического мочевого кондуита. Пациенты были разделены на 2 сравниваемые группы по принципу различия в методе формирования уретерокишечного анастомоза. В первую группу, где анастомоз накладывался по методике Nesbit вошли 31 пациент (27,4%). Вторая группа состояла из 82 человек (72,6%), методом выбора был анастомоз по Wallace. Удаление наружных мочеточниковых стентов производили через 4-6 недель от момента операции. Оценка достоверности исследования оценивалась по t-критерию Стьюдента.

В послеоперационном периоде осложнение в виде стриктуры анастомоза развилась у 4-х пациентов (3,5%). Дебют стриктуры возникал в среднем через 2 недели после удаление мочеточникового стента. При сравнении разницы в частоте формирования стриктур между двумя группами достоверных различий не было: по методике Nesbit у 1 пациента (3,2%), Wallace – у 3-х (3,6%). Статистически значимых различий в гендерной и возрастной структуре выявлено не было. У 3-х пациентов (2,7%) стриктура локализовалась в соустье с левым мочеточником. У 1 (0,9%) пациента со стриктурой правого соустья в анамнезе отмечена проксимальная инвазия опухоли в правый мочеточник, в связи с чем производилась высокая резекция. Вышеуказанные факторы обуславливают натяжение мочеточника, сопровождающееся ишемией его стенки.

Учитывая результаты исследования можно сделать следующие выводы:

1. Применяемые методы формирования уретероилеоанастомозов по Nesbit и Wallace состоятельны, равнозначны и обеспечивают хорошие результаты хирургического лечения. 2. Частота формирования стриктуры не превышает 4% и не зависит от метода формирования анастомоза. 3. Единственным достоверным предрасполагающим фактором к развитию стриктуры является ишемия стенки мочеточника, вызванная его натяжением вследствие недостаточной мобилизации, либо избыточной резекцией мочеточника. 4. Значение сроков удаление мочеточникового стента в развитии стриктуры не исследовалась в рамках данного анализа, однако первичные данные позволяют сделать предположение о таковом, что требует продолжения исследований.

Литература

1. Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышов А.Е. Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря. Урология 2003;(4):3−8.
2. Даренков С.П., Самсонов Ю.В., Чернышов И.В. и др. Качество жизни больных после радикальной цистэктомии при инвазивном раке мочевого пузыря. Онкоурология (прил.) Тез. VI Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний». Обнинск, 2005. С. 44−5.
3. Wein A.J., Kavoussi L.R., Novick A.C. et al. Ureterointestinal anastomoses. Campbell-Walsh Urology.-9th ed. 2007. P. 2554−61.

Реабилитация больных с заболеваниями органов дыхания

Гуляева А.Н., Уткина Е.А., Валиева Г.А., Образцова М.А., Артамонов Н.А.,

Гусакова Е.В., Иванова И.И.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом клинической психологии и педагогики
Москва, Россия
E–mail: gusakova07@mail.ru

Актуальность. Заболевания органов дыхания занимают значительное место в патологии внутренних органов и имеют тенденцию к росту, поэтому важной медико-социальной задачей системы здравоохранения является организация и проведение медицинской реабилитации пациентов с бронхо-легочными заболеваниями [2].

Комплексная реабилитация при заболеваниях органов дыхания направлена на достижение регрессии обратимых и стабилизации необратимых изменений в легких; восстановление и улучшение функции внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы, психологического статуса и трудоспособности. Реализация этих задач может различаться в зависимости от нозологической формы, особенностей и характера течения заболевания, индивидуальных особенностей пациента, формы и степени поражения дыхательной системы. Наилучшие результаты в реабилитации достигаются при использовании междисциплинарного подхода, объединяющего различные лечебные направления. Такое объединение наряду с контролем со стороны лечащего врача и его взаимодействием с другими специалистами являются важнейшими [1,3].

Медицинская реабилитация, проводящаяся на базе ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации включала в себя оценку клинического состояния пациента; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.

Реабилитационная команда охватывала следующие этапы реабилитационного процесса: формирование цели проведения реабилитационных мероприятий, формирование программы реабилитации, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов) терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе, посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования, а также оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз.

Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями органов дыхания осуществлялась в три этапа. Первый этап медицинской реабилитации проводился в острый период течения заболевания в отделении реанимации и интенсивной терапии по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации. Второй этап медицинской реабилитации осуществлялся

в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях. Третий этап медицинской реабилитации проводился в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в кабинетах реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии.

В программы реабилитации при заболеваниях органов дыхания были включены следующие технологии: дыхательная гимнастика, дренажные упражнения, звуковая гимнастика, физические упражнения в бассейне, ингаляционная терапия и технологии, мануальная терапия, рефлексотерапия, психотерапия, диетотерапия, фитотерапия, занятия с применением современных дыхательных систем.

Таким образом, реабилитация при патологии бронхолегочной системы является актуальной проблемой современной медицины. Комплексная медицинская реабилитация играет важную роль в профилактике фиброза легких, развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Она строится индивидуально с учетом характера основного процесса и его патогенетических механизмов, осложнений и сопутствующих заболеваний.

Литература

1. Ачкасов Е.Е., Таламбум Е.А., Хорольская А.Б., Руненко С.Д., Султанова О.А., Красавина Т.В., Мандрик Л.В. / Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания / М.: Триада – Х, 2011. 100 с.
2. Малявин А.Г., Глазкова И.И., Епифанов В. А. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания / ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
3. Шевченко А.С., Шлемова М.В., Чернышева И.В., Егорычева Е.В. Основы методики ЛФК при заболеваниях органов дыхания // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 7-2. – С. 89-90.

Магнитно-резонансная сиалография в диагностике синдрома Шегрена

Дё Артем Енганович
Ординатор
Арутюнян Б.А.
ассистент кафедры
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра стоматологии
Москва, Россия
E-mail: deartem4696@gmail.com

Синдром Шегрена (СШ) – это системное аутоимунное заболевание, которое сопровождается лимфогистиоцитарной инфильтрацией слюнных и слезных экзокринных желез, с дальнейшей фиброзно-жировой инволюцией паренхимы и стромы, приводящей к развитию ксеростомии и ксерофтальмии. Распространенность СШ среди заболеваний больших слюнных желез, составляет от 0.1 до 3.3%. Ведущим диагностическим методом выявления паренхиматозных изменений при СШ является контрастная сиалография. Для ее проведения необходимо внутрипротоковое введение йодсодержащего препарата, что противопоказано пациентам с аллергией на йод, при тироидной патологии, обострении сиаладенита и наличии обструкций протоков [1,2,3].

Цель исследования: определить эффективность магнитно-резонансной сиалографии при диагностике синдрома Шегрена в сопоставлении с данными биопсии малых слюнных желез.

Материалы и методы: обследовано 42 человека в возрасте от 25 до 75 лет, из них 30 пациентов с синдромом Шегрена, в зависимости от данных силометрий были разделены на группы: I – 17 обследуемых с клинически выраженной стадией СШ, II – 13 больных с поздней. Контрольную группу составили 12 человек без патологии околоушных слюнных желез. МР-сиалографию проводили на аппарате МРТ GE Signa 3.0 Тесла с предварительной обтурацией устья выводного протока ОУСЖ и стимуляцией слюноотделения 2 % раствором аскорбиновой кислоты. Биопсию МСЖ выполняли с подслизистого слоя нижней губы, гистологичекие препараты изготавливали и оценивали в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой».

Результаты исследования

На МР-сиалограммах у пациентов контрольной группы железистая часть околоушных слюнных желез (ОУСЖ) имела однородную структуру, протоковая система с четкими ровными контурами на всем протяжении заполнялась естественным секретом. Гистологический препарат МСЖ представлен ацинусами с выводными протоками, которые образуют дольки, разделенные между собой тонкими прослойками соединительной ткани – стромы.

У обследуемых I группы при клинически выраженной стадии СШ на МР-сиалограммах ОУСЖ отмечались интерстициально-фиброзные изменения с явлениями жировой инволюции. Основной проток визуализировался до бифуркации и был равномерно заполнен естественным секретом. На гистологических препаратах МСЖ отмечалась выраженная диффузная лимфоидная инфильтрация паренхимы и стромы, а также перидуктальная лимфоидная инфильтрация. Прослеживался умеренно выраженный междольковый фиброз, снижение количества секреторных ацинусов, которые замещены фиброзно-жировой тканью.

У больных II группы с поздней стадией СШ при анализе данных МР-сиалограмм, паренхима имела диффузно-ячеистую структуру, определялось значительное фиброзно-жировое замещение органа. Протоковая система прослеживалась лишь фрагментарно. На гистологических препаратах МСЖ аналогично данным полученных МР-сиалограмм имелось выраженное фиброзное перерождение железистой ткани МСЖ, отмечалось нарушение долькового строение органа, количество ацинусов было резко снижено,

выводные протоки расширены. Наблюдалась умеренно выраженная лимфоидная инфильтрация в строме и паренхиме.

Выводы

1. МР-сиалография позволяет выявить типичные изменения околоушных слюнных желез характерные для синдрома Шегрена, в виде фиброзно-жирового замещения органа.
2. Изменения, происходящие при синдроме Шегрена в околоушных слюнных железах на МР-сиалограммах и в малых слюнных железах на гистологических препаратах – однотипны. На МР-сиалограммах определялось кистозно-фиброзно-жировое замещение органа, на гистологических препаратах – фиброз и жировое перерождение железы с нарушением долькового строения, лимфоидной инфильтрации стромы и паренхимы.

Литература

1. Васильев, В. И. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена // Русский Медицинский Журнал. – 2008. – №10. – С. 638-648. [Vasiliev, V. I. Clinic, diagnostics and differential diagnosis of Sjogren's disease // Russian Medical Journal. – 2008. – №. 10. – P. 638-648. In Russian].
2. Yan-De Ren, Xiang-Rong Li, Jing Zhang, Li-Ling Long, Wei-Xiong Li, Yao-Qi Han. Conventional MRI techniques combined with MR sialography on T2-3D-DRIVE in Sjögren syndrome // International Journal of Clinical and Experimental Medicine – 2015. V. 8. №3. – P. 3974-3982.
3. Vitali C., Bombardieri S. et al. European Study Group on Classification Criteria for Sjögren's Syndrome: Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group // Ann Rheum Dis. – 2002. – V. 61. – P. 554-558.

Нозогенные реакции при манифестации болезни Грейвса

Дмитренко Кирилл Юрьевич[1], Хайкина Ирина Анатольевна[2], Садкова Ольга Александровна[3], Романов Дмитрий Владимирович[4]

[1] ординатор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

[2] ассистент кафедры Эндокринологии №1, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

[3] младший научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ НЦПЗ

[4] д.м.н., профессор кафедры Психиатрии и психосоматики, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Кафедра психиатрии и психосоматики

Москва

E-mail: kirill.dmitrenko.msc@gmail.com

Актуальность исследования заключается в высокой распространенности психических расстройств среди пациентов с болезнью Грейвса (БГ).

Цель исследования: психопатологическая характеристика нозогенных реакций при манифестации болезни Грейвса.

Материал и методы: выборку пилотного исследования составили 8 пациентов с верифицированной в результате эндокринологического обследования БГ (из них 7 женщин, возраст – 38,5±13,5, возраст манифестации БГ – 36,4±12,9; Т3 – 15,0, Т4 – 31,3, ТТГ<0,001, антитела к рТТГ – 7,3). Все обследуемые обнаружили психические расстройства в дебюте БГ и не имели сопутствующих хронических соматических заболеваний за исключением БГ. Обследование проводилось психопатологическим методом и психометрическими шкалами (HADS, SOMS-2).

Результаты и обсуждение: квалифицировано три типа нозогенных реакций, сопряженных с манифестацией БГ – (1) откладывания, (2) ипохондрические, (3) депрессивные. В 7 набл. реакции зафиксированы на момент обследования (длительность БГ – 4-12 мес), в 1 набл. – ретроспективно (спустя 10 лет после дебюта БГ).

Реакции откладывания [2] (5 пациентов, из них 4 женщины, средний возраст – 33,2±10,45, возраст манифестации БГ – 30,6±8,1). Психометрически пациенты характеризуются сопоставимым уровнем депрессии/тревоги (*6,8±2,8/7,2±1,3),* но повышенным уровнем соматизации (SOMS-2 – 23±5,4). Такие реакции приводят к промедлению с обращением за медицинской помощью и терапией БГ, по психопатологической картине дифференцировались на паранойяльные и диссоциативные с явлениями компартмент- либо детачмент-диссоциации.

Паранойяльная реакция откладывания с явлениями аберрантной ипохондрии реализуется в виде отчуждения проявлений БГ на фоне сверхценной охваченности гражданским/уголовным судебным разбирательством. Поводом для обращения к врачу-эндокринологу (спустя год от момента появления симптомов), послужившим основанием для прекращения собственно откладывания, становится косметический дефект в результате эндокринной орбитопатии. В дальнейшем факт заболевания включается в сутяжную систему и используется для доказательства вреда здоровью, нанесенного ответчиком, с целью выиграть прежнюю тяжбу. Нозологически – хроническое бредовое расстройство (F22 в МКБ-10).

Диссоциативная реакция откладывания с явлениями компартмент-диссоциации проявляется феноменом «двойного сознания» с частичным отрицанием болезни и психопатологически сопоставима с таковыми, описанными в литературе [2]. С одной стороны, транзиторное (2-4 мес.) показное игнорирования БГ, заключений и назначений эндокринологов, с другой - анксиозная реакция с наплывами тревожных опасений утяжеления недуга, эпизодическими нарушениями сна и системными соматизированными феноменами, амплифицирующими симптомы БГ. Нозологически – диссоциативная реакция у личности драматического кластера (F60.4 в МКБ-10).

Диссоциативная реакция откладывания с явлениями детачмент-диссоциации проявляется полным вытеснением факта собственного соматического неблагополучия с продолжением трудовой деятельности в условиях персистирующей гипомании. В психопатологической структуре реакции – явления коэнестезиопатического ряда (гетерономные сенсации по типу телесных фантазий в области проекции щитовидной железы). Обращение к эндокринологам – после тяжелой экзацербации БГ, знаменующей отказ от откладывания и формирование сверхценных идей полного излечения от недуга. Дальнейшая динамика - за счет сверхценно-ипохондрического развития у личности шизотипического круга (F21 в МКБ-10).

Ипохондрические реакции [3] (n = 2, возраст - 39±8 лет, пол – женский, возраст манифестации БГ – 37,5±8,5. Психометрически пациенты характеризуются более высоким уровнем тревоги, чем депрессии (HADS – 7,0±0/9±1,0,) и повышенным уровнем соматизации (SOMS-2 – 21,0±3,0). Уже в дебюте БГ – явления «тревоги о здоровье» с опасениями неблагоприятного исхода болезни, неизбежности хирургического лечения БГ, страхом перед препаратами, показанными для лечения БГ («лекарственные фобии)». Нозологически – расстройства адаптации (F43) с преобладанием тревожных симптомов (реакции на траектории тревожно-истерического расстройства личности).

Депрессивная реакция [4] (n = 1, возраст - 64, пол – женский, возраст манифестации БГ – 63). Психометрически – более высокий уровень депрессии, чем тревоги (HADS – 10,0±0/5,0±0,) и повышенный – соматизации (SOMS-2 – 21,0±3,0). Характеризуется возникновением депрессивной симптоматики вслед за манифестацией БГ. Психопатологически проявляется гипотимией с пессимистической идеацией о неизлечимости БГ, апатией, нарушениями сна и аппетита, ангедонией. Характерная для БГ соматогенная астения включается в соматический комплекс депрессии по типу «общего симптома». Учитывая аффективные фазы в анамнезе, не связанные с соматическим неблагополучием, а также психопатологическую сопоставимость актуальной фазы с ранее перенесенными, нозологически речь идет о рецидиве аффективного заболевания (F33 по МКБ-10). Соответственно, состояние относится к реакциям лишь условно, а фактически является реактивно спровоцированной дебютом БГ экзацербацией эндогенной депрессии.

Выводы: нозогенные реакции при манифестации БГ клинически более гетерогенны, нежели это представлено в литературе [1], что обнаружено нами при психопатологическом обследовании небольшой пилотной выборки. Наряду с конституционально обусловленными в генезе обсуждаемых расстройств играют роль эндогенные факторы (расстройства шизофренического спектра, аффективное заболевание).

Литература

1. Bové K. B. et al. Anxiety and depression are more prevalent in patients with graves' disease than in patients with nodular goitre //European thyroid journal. – 2014. – Т. 3. – №. 3. – С. 173-178.

2. Иванов С. В., Петелин Д. С. Типология нозогенных реакций с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях //Психические расстройства в общей медицине. – 2016. – №. 3. – С. 17-25.

3. Смулевич А. Б., Волель Б. А. Психопатологические аспекты небредовой ипохондрии //Психические расстройства в клинической практике/под ред. акад. РАМН АБ Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ. – 2011. – С. 310-333.
4. Смулевич А.Б. Депрессии в пространстве психической и соматической патологии / А.Б. Смулевич. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. — 640 с.: ил.

Современные представления о реакции трансплантат против хозяина

Егоян Г.Г.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Россия
E–mail: gg.egoyan@gmail.com

Актуальность. Реакция трансплантат против хозяина (РТПХ) является одним из наиболее тяжелых осложнений аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) [1]. Несмотря на широкий спектр показаний к ТГСК, а также современные подходы к лечению и профилактике осложнений, РТПХ остается основной причиной смерти пациентов [2]. Частота РТПХ после аллогенной ТГСК может достигать 60-70%, а летальность – 15% [3].

Цель. Анализ современных представлений о патогенезе, подходов к классификации РТПХ и ведению пациентов с РТПХ после ТГСК.

Материалы и методы. Поиск литературных источников проводился с использованием баз данных медицинских и биологических публикаций PubMed (MEDLINE) и GoogleScholar за период 15 лет до 15 ноября 2020 года. Поиск текущих зарегистрированных исследований проводился в реестрах: клинических исследований США (Clinicaltrials.gov), ClinicalTrialRegistry, а также из рекомендаций WBMT, EBMT, ASTCT, European LeukemiaNet (ELN). Поиск статей производился по ключевым словам: реакция трансплантат против хозяина, РТПХ, острая, хроническая, терапия, лечение, профилактика, классификация, патофизиология.

Результаты. В соответствии с последней классификацией, предложенной в 2014 году на Консенсусной Конференции Национальными институтами здравоохранения США (NIH), РТПХ принято разделять на острую (оРТПХ) и хроническую (хРТПХ) формы. При этом острая подразделяется на: классическую (при возникновении симптомов в первые 100 дней), отложенную (при возникновении симптомов спустя 100 дней), стойкую, рецидивирующую. Хроническая – на классическую (при отсутствии симптомов оРТПХ) и синдром перекрытия (при наличии симптомов как оРТПХ, так и хРТПХ). Классификация разграничивает клинические симптомы, относящиеся к оРТПХ или к хРТПХ, что делает использование данной классификацией предпочтительней для более точной постановки диагноза, относительно классификаций, разделяющих форму РТПХ по времени выявления симптомов: до 100 дней – оРТПХ, после 100 дней – хРТПХ [6-7].

Наряду с хорошо изученными механизмами развития РТПХ [4], установленным дополнительным фактором в его развитии является поражение микрофлоры желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и кожи, что способствует проникновению (липополисахаридов) через нарушенный эпителиальный барьер вследствие длительного использования режимов кондиционирования перед ТГСК. Это индуцирует синтез фагоцитирующими макрофагами дополнительных цитокинов, атакующих клетки мишени реципиента [5]. Данное обстоятельство актуализирует вопрос поиска оптимальных подходов в использовании режимов кондиционирования для профилактики РТПХ.

Традиционные методы лечения пациентов с РТПХ основаны на применении стероидов. В последние годы специалисты стали все чаще сталкиваться с проблемой стероидной резистентности (СР), что привело к поиску новых эффективных подходов к ведению пациентов данной группы [8]. Руксолитиниб стал предпочтительным лекарственным препаратом для лечения СР-оРТПХ, при этом альфа-1-антитрипсин и экстракорпоральный фотоферез (ЭКФФ) являются альтернативой. Руксолитиниб и ибрутиниб предпочтительны для лечения СР-хРТПХ, при этом ритуксимаб и ЭКФФ являются альтернативой, особенно при кожных поражениях.

Ряд экспериментальных методов, в том числе воздействующих на активность регуляторных Т-клеток, показали большие перспективы в ранней фазе исследований [9].

Выводы. Несмотря на множество рекомендаций мировых сообществ, изучающих РТПХ, оптимальные методы профилактики или лечения до сих пор не определены, а доступные современные препараты требуют дальнейшего исследования в рамках клинической практики в целях поиска наиболее эффективных комбинаций и дозировок.

Литература

1. Zeiser R, Blazar BR. Pathophysiology of Chronic Graft-versus-Host Disease and Therapeutic Targets. N Engl J Med. 2017 Dec 28; 377(26):2565-2579.
2. Moreno DF, Cid J. Graft-versus-host disease. Med Clin (Barc). 2019 Jan 4; 152(1):22-28.
3. Ramachandran V, Kolli SS, Strowd LC. Review of Graft-Versus-Host Disease. DermatolClin. 2019 Oct;37(4):569-582.
4. Ferrara JL et al. Graft-versus-host disease. Lancet. 2009 May 2;373(9674):1550-61.
5. Ghimire S et al. Pathophysiology of GvHD and Other HSCT-Related Major Complications. Front Immunol. 2017 Mar 20;8:79.
6. Jagasia MH et al. National Institutes of Health Consensus Development Project on Criteria for Clinical Trials in Chronic Graft-versus-Host Disease: I. The 2014 Diagnosis and Staging Working Group report. Biol Blood Marrow Transplant. 2015 Mar;21(3):389-401.
7. Filipovich AH et al. National Institutes of Health consensus development project on criteria for clinical trials in chronic graft-versus-host disease: I. Diagnosis and staging working group report. Biol Blood Marrow Transplant. 2005 Dec; 11(12):945-56.
8. Ruutu T et al. Prophylaxis and treatment of GVHD: EBMT-ELN working group recommendations for a standardized practice. Bone Marrow Transplant. 2014 Feb; 49(2):168-73.
9. Shapiro RM, Antin JH. Therapeutic options for steroid-refractory acute and chronic GVHD: an evolving landscape. Expert Rev Hematol. 2020 May; 13(5):519-532.

Роль дифференцированного подхода при проведении респираторной терапии у детей с экстремально низкой массой тела в раннем неонатальном периоде

Завьялов О.В.
Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Москва, Россия
E-mail:Oleg.zavyaloa@mail.ru

Актуальность. Выхаживание детей с массой тела менее 1000 г (ЭНМТ –экстремально низкой массой тела), рожденных ранее 28-й недели гестации – актуальная проблема неонатальной реаниматологии. Трудности проведения неинвазивной стартовой респираторной и/или пролонгированной респираторной терапии у детей с ЭНМТ определяются степенью выраженности синдрома дыхательных расстройств (СДР) при респираторном дистресс – синдроме и/или врожденной пневмонии в раннем неонатальном периоде.

Цель. Оценить роль дифференцированного подхода при проведении респираторной терапии в режиме DUOPAP (duo positive airway pressure) через назальные канюли (НК) у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении реанимации новорожденных родильного дома ГКБ им С. С. Юдина г. Москвы с января 2018 по декабрь 2019 г. Клинический протокол исследования одобрен локальным Этическим комитетом. Обследовано и пролечено 55 детей. Временной период: ранний неонатальный (0-168 часов). Средняя масса тела: 850 +/- 149 граммов, средний срок гестации: 28 + /- 4 недели. Все пациенты в зависимости от оценки синдрома дыхательных расстройств (СДР) по шкале Сильверман – Андерсен [W.A.Silverman – D.Anderson] (С-А) и мониторной предуктальной сатурации (SpO2) были разделены на 3 группы: 1) оценка по С-А >\= 6 баллов и SpO2 < 88 % -ИВЛ в режиме SIMV (synchronized intermittent mandatory ventilation) через интубационную трубку; 2) оценка по С-А = 4-5 баллов и SpO2 = 88 – 92 % - ИВЛ в режиме DUOPAP (аналог режима BIPAP – biphasic positive airway pressure) через НК; 3) оценка по С-А </= 4 баллов и SpO2 > 92 % - ИВЛ в режиме DUOPAP через НК.

Результаты. Сформированы основные и дополнительные группы критериев и противопоказания для стартового проведения DUOPAP через НК. Предикторы эффективного проведения DUOPAP: стабильный кардиореспираторный статус, регулярное спонтанное дыхание и внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) не > 1 степени. Основные лимитирующие факторы стартового проведения DUOPAP: вес < 750 граммов и гестация < 26 недель + лактатемия > 8 м/моль. Тяжелое клиническое течение врожденной пневмонии (ЛИИ >5,6) и/или прогрессирование ВЖК 3 степени – ведущие факторы риска пролонгированного проведения DUOPAP. У 10 % пациентов проведение DUOPAP через НК прекращено с риском развития компартмент – синдрома на фоне прогрессирования НЭК. Разработаны практические рекомендации для эффективного проведения DUOPAP через НК.

Выводы: 1) анализ кислотно – основного состояния (КОС) и газового состава крови, оценка респираторных индексов и гемограммы – надежные показатели эффективности и безопасности стартового и/или пролонгированного проведения DUOPAP через НК; 2) клиническая оценка СДР по С-А < / = 4 баллов с SpO2 > 92 % и регулярное спонтанное дыхание допускают стартовое проведение DUOPAP через НК; 3) клиническая оценка СДР в динамике по С-А = 4-5 баллов с SpO2 = 90 -94 % и стабильная гемодинамика позволяют пролонгированное проведение DUOPAP через НК; 4) тяжелая асфиксия, нерегулярное спонтанное дыхание и клиническая оценка СДР по С-А > 6 баллов с SpO2 < 88 % - неонатальные факторы, исключающие стартовое проведение DUOPAP через НК; 5) формирование группы показаний и противопоказаний – важный профилактический инструмент по ми-

нимизации вентилятор – ассоциированных повреждений легких. бронхолегочной дисплазии и ВЖК в раннем неонатальном периоде; 6) дифференцированный подход с персонализированным выбором врачом тактики респираторной терапии по отношению к каждому ребенку с ЭНМТ позволяют снизить продолжительность ИВЛ, перинатальные потери и повысить качество жизни новорожденных.

Особенности лечения респираторного дистресс – синдрома новорожденных у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела: предикторы выбора неинвазивной респираторной поддержки в отделении неонатальной реанимации

Завьялов О.В.
Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Москва, Россия
E-mail: Oleg.zavyaloa@mail.ru

Введение. У глубоко недоношенных новорожденных детей наиболее часто развивается респираторный дистресс – синдром новорожденных (РДСН). Основой РДСН являются: незрелость структуры легочной ткани и дефицит сурфактанта (Н.П. Шабалов,2019). Побочные эффекты и осложнения инвазивной респираторной терапии заставляют искать альтернативные варианты лечения дыхательной недостаточности. В клиническую практику непрерывно внедряют новые концепции и виды респираторной терапии. (Ю.С.Александрович,2020). Высказывается точка зрения, что оптимальный стандарт стартовой респираторной поддержки – неинвазивные методы искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (Sfugstad O.D., 2019). Развитие современной респираторной техники позволяет проводить ИВЛ в режиме DUOPAP (Duo positive airway pressure) – двухуровневом положительном давлении в дыхательных путях – аналоге режима BIPAP (Biphasic positive airway pressure) (Paula L.Marino, 2019).

Цель. Изучить предикторы выбора и определить противопоказания проведения неинвазивной респираторной поддержки в режиме DUOPAP (BIPAP) у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в отделении неонатальной реанимации в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Ретроспективно – проспективный анализ проведен на клинической базе отделения реанимации новорожденных родильного дома ГКБ им С. С. Юдина г. Москвы в период с января 2018 по декабрь 2019г. Согласно нашему дизайну, критериям включения и исключения, в данное исследование в первые 168 часов жизни было включено 55 новорожденных с клинической картиной РДСН и массой тела при рождении <1000 граммов. Стандартное клинико-лабораторное и инструментальное обследование проводили в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Газовый состав и кислотно-основное состояние (КОС) капиллярной крови определяли на газовом анализаторе ABL 800 Flex Radiometr, Дания). Респираторную терапию проводили на аппарате ИВЛ Acutronic Fabian Drager, Германия.

Результаты. В процессе исследования сформированы основные и дополнительные группы предикторов выбора неинвазивной респираторной поддержки в ОРИТН. Основная группа: 1) целевые показатели газового состава и КОС капиллярной крови: pH>7,30; pO2>40; pCO2<60; BE>10; 2) возможность поддержания насыщения крови (целевой сатурации) в пределах 88-92 %. Дополнительная группа: 1) оценка тяжести по шкале Апгар на 1-ой минуте >3 баллов; 2) частота сердцебиения ЧСС >100 в минуту и показатель среднего артериального давления > / = гестационному возрасту в неделях; 3) наличие регулярного спонтанного дыхания и / или наличие грантинга («стонущего» дыхания) в течение не > 15 минут; 4) оценка по шкале Сильверман – Андерсен [W.A.Silverman – D.Andersen] < 6 баллов и /или потребность в кислороде (FiO2 не > 0,35); 5) отсутствие случаев апноэ (кратковременной остановки дыхания) и/или брадикардии ЧСС < 100 в мин не > 2-х случаев в течении первых 30 минут мониторинга; 6) эпизоды снижения насыщения крови (сатурации: SpO2< 88 %) не >2-х случаев в течении первых 30 минут мониторинга.

Определены противопоказания для проведения стартовой и /или пролонгированной неинвазивной респираторной поддержки в режиме DUOPAP (BIPAP) у детей с ЭНМТ в

условиях ОРИТН: 1) состояние новорожденного по данным клинико–лабораторного мониторинга не соответствует одному из основной группы и /или более чем 2 –м дополнительным критериям из группы дополнительных предикторов; 2) наличие у ребенка проявлений сердечно-сосудистой недостаточности и кардиотонической поддержки (титровании допамина в дозе > 5 мкг/кг/мин и /или титрование добутамина в дозе > 3 мкг/кг/мин); 3) наличие и /или подозрение на наличие у ребенка с ЭНМТ врожденных пороков развития, особенно, челюстно-лицевой области.

Выводы:

1. Острая отслойка плаценты, преэклампсия тяжелой степени, инсулинопотребный гестационный сахарный диабет и хориамнионит – материнские факторы, служащие противопоказанием для стартового проведения неинвазивной респираторной терапии в режиме DUOPAP у детей с ЭНМТ в ОРИТН.

2. Отсутствие антенатальной стероидной профилактики РДС плода, асфиксия тяжелой степени тяжести, нерегулярное спонтанное дыхание, клиническая оценка РДСН по шкале Сильверман – Андерсен > 6 баллов с пульсоксиметрией (SpO2 <88 %), наличие сердечно-сосудистой недостаточности и/или выраженного инфекционного процесса – неонатальные факторы, исключающие стартовое проведение DUOPAP у детей с ЭНМТ в ОРИТН.

Расслоение аорты: трудности диагностики

Закревский А. И.
Аспирант

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Москва, Россия

E–mail: antonzakrevskiy@gmail.com

Актуальность. Расслоение (диссекция) аорты – наиболее частое заболевание из спектра острых аортальных синдромов, требующее экстренной диагностики и выполнения хирургического вмешательства [1]. Одной из главных проблем ведения больных с диссекцией аорты является широчайший спектр клинических проявлений данного состояния, что создает объективные трудности в диагностике и откладывает постановку диагноза, что в свою очередь увеличивает смертность от данного состояния. Низкая чувствительность клинических признаков и вариабельность манифестации симптомов заболевания обуславливают высокую летальность, достигающую 50% [2]. При этом смертность после плановых хирургических вмешательств составляет 0,5–4 %, а после экстренных – превышает 80% [3].

Материалы и методы. Анализ литературы и клинического случая.

Результаты. Проведен анализ клинического случая пациента с обширным расслоением аорты (класс А по Sanford) с крайне атипичной симптоматикой: единичное синкопальное состояние, гипотония, брадикардия, полное отсутствие очаговой неврологической симптоматики и болевого синдрома. Пациент К., 43 года, был доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии с направительным диагнозом: синкопальное состояние, гипотония неясной этиологии. Пациент около часа назад почувствовал резкую слабость без каких-либо более конкретных жалоб, после вызова бригады СМП произошел кратковрменный эпизод потери сознания. На догоспитальном этапе артериальное давление – 70/40 мм рт. ст. Из анамнеза жизни известно, что пациент не имеет профессиональных вредностей, не курит и не употребляет алкоголь. Наличие хронических заболеваний отрицает. Лекарственные препараты не принимает, семейный анамнез не отягощен. При осмотре: пациент полностью ориентирован, пребывает в ясном сознании. Очаговая неврологическая симптоматика и общемозговая симптоматика отсутствуют. Кожные покровы обычной окраски, цианоза нет, тургор кожи не снижен, сатурация гемоглобина крови при дыхании атмосферным воздухом (SaO2) – 95%. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Пульс нормального наполнения 56 уд./мин, дефицита пульса нет. При измерении артериального давления обращала на себя внимание асимметрия: на правой руке – 80/55 мм рт. ст, а на левой – 130/80 мм рт. ст. В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение уровня креатинина до 214 мкмоль/л, тропонин I – в пределах нормы. Через 35 минут после поступления пациенту выполнена компьютерная томографическая (КТ) аортография, на которой обнаружены признаки расслаивающей аневризмы восходящего отдела аорты, тип А (по Стенфорду), тип I (по Дебейки) с распространением расслоения на устья брахиоцефального ствола, левой общей сонной артерии (ОСА) и левой подключичной артерии, субтотальное сужение истинного просвета левой ОСА в видимых отделах, признаки ишемии передних сегментов правой почки, переднего верхушечного и переднего верхнего сегментов левой почки, гемодинамически значимый стеноз проксимальных отделов чревного ствола. Через 1 час 25 минут после поступления в ОРИТ пациент был переведен в сосудистое отделение профильного стационара, где был успешно прооперирован и выписан домой для дальнейшей реабилитации.

Выводы. Представленный пример акцентирует внимание на трудностях постановки диагноза в случаях с атипичной клинической картиной РА. Показано, что задержка с диагностикой РА увеличивает каждый час показатели летальности на 1–2 % [4]. Самым частым симптомом РА считается внезапно возникшая «раздирающая» нестерпимая боль с широкой областью иррадиации (за грудиной, между лопатками, по ходу позвоночника, в эпигастральную область, поясницу). Именно с этим симптомом большинство врачей связывают РА. По данным IRAD, в 85% случаев регистрируется острое начало болевого синдрома, при этом классическую нестерпимую или разрывающую боль описывали только 51% пациентов. Другие авторы сообщают, что частота встречаемости безболевого РА превышала 40%. В настоящее время наши представления о классической картине РА меняются. Данная работа отражает новые взгляды на клиническую диагностику расслаивающей аневризмы аорты со стертой клинической картиной.

Литература

1. Клинические рекомендации. Рекомендации по диагностике и лечению заболеваний аорты (2017) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. –2018. – № 11(1). – С. 7–67.
2. Criado F.J. Aortic dissection: a 250-year perspective. Tex Heart Inst J. 2011; 38 (6): 694–700.
3. Mell M. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm-A Call to Arms? JAMA Netw Open. 2019; 2 (12): e1917168. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17168
4. Pape L.A., Awais M., Woznicki E.M. et al. Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Acute Aortic Dissection: 17-Year Trends from the International Registry of Acute Aortic Dissection. J Thorac Dis. 2016 Jul; 8 (7): E625-7. doi: 10.21037/jtd.2016.05.31

Психическая патология при цервикальной дистонии

Иванникова Е.И.

Ординатор

Рагимова А.А.

К.м.н., научный сотрудник

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии

Москва, Россия

E–mail: kate.ivannikova1995@gmail.com

Цервикальная дистония (ЦД) - двигательное расстройство, характеризующееся устойчивыми повторяющимися непроизвольными сокращениями мышц, приводящими к вынужденному положению головы и шеи, а также ряду психопатологических симптомов [1]. Для ЦД характерна высокая распространённость психических расстройств (до 91.4%). В течение жизни у пациентов с ЦД повышен риск возникновения депрессий (15-53,4%) и расстройств тревожного спектра (26,4-83,3%) [2]. Описаны случаи психогенной манифестации или обострения симптомов ЦД [3].

ЦД не является угрожающим жизни заболеванием, однако значимо влияет на качество жизни пациентов. Так по данным H. Gundel [5] до 20% пациентов с ЦД трудоспособного возраста не работают в связи с оформлением инвалидности, либо находятся на иждивении родственников [4]. Результаты нескольких исследований подтверждают значимое влияние депрессий и других психических расстройств на показатели качества жизни (КЖ) больных с ЦД, превосходя по влиянию те же показатели моторных симптомов и болевых проявлений ЦД [3, 4].

В связи с высокой коморбидностью ЦД с психическими расстройствами нами было предпринято исследование больных с установленным диагнозом цервикальной дистонии, направленное на выявление коморбидной психической патологии и ее влияния на течение неврологического заболевания. Пациенты с ЦД были обследованы клинико-психопатологическим (с применением катамнестического метода), неврологическим и психометрическим (госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS; объективный опросник HAM-D; торонтская шкала алекситимии (TAS); опросник на качество жизни sf-36). Статистическая обработка проводилась при помощи программы SPSS Statistics 20.

Социодемографические данные выборки: было обследовано 33 пациента с ЦД – 26 (70%) женщины и 7 (21%) мужчины, средний возраст больных составил 40,5±8,8 лет (медиана 38 лет). С высшим образованием 17 (51,5%) больных; 15 (45,5%) - имели среднее образование. 30 пациентам (91%) ботулинотерапия проводилась до включения в исследования 3,7±2,8 раза (медиана 3 раза) с интервалом 4,9±2,6 месяца (медиана 4 месяца), среднее время назначения первой ботулинотерапии после появления первых симптомов составила 2,3±2,4 года (медиана 1 год).

При анализе статистических данных общей выборки, полученных из опросников, было отмечено, что подшкала депрессии опросника HADS имела положительную корреляцию с подшкалой тревоги опросника HADS (r-Пирсона=0,672, p=0,002), TAS (r-Пирсона=0,583, p=0,009) и отрицательную корреляцию с баллами SF36 GH (общее состояние здоровья) (r-Пирсона=-0,580, p=0,009) и SF36 -VT (жизненная активность) (r-Пирсона=-0,543, p=0,016).

Шкала алекситимии TAS имела отрицательную корреляцию на уровне тенденций: SF36 SF (социальное функционирование) (r-Пирсона=-0,395, p=0,094), SF36 RE (ролевое функционирование) (r-Пирсона=-0,410, p=0,81).

Подшкала тревоги опросника HADS имела отрицательное корреляцию с SF36 GH (общее состояние здоровья) (r-Пирсона=-0,456, p=0,050), SF36 VT (жизненная активность) (r-Пирсона=-0,525, p=0,021), SF36 SF (социальное функционирование) (r-Пирсона=-0,731, p=0,000376), SF36 RE (ролевое функционирование) (r-Пирсона=-0,569, p=0,011), MH (психическое здоровье).

В ходе клинико-психопатологического обследования в общей выборке были выделены 4 группы.

У 13 пациентов первой группы (39,4%) не было выявлено значительных психопатологических симптомов. В ходе клинико-психопатологического обследования были выявлены признаки соматизированных реакций до начала ЦД, либо появление первых симптомов ЦД могло стать реакцией на стресс без развития симптомов снижения настроения или повышения тревоги. В анамнезе у подобных пациентов наблюдаются соматизированные реакции на стресс или обострение психосоматических заболеваний (повышение АД у 4 пациентов, заболевания ЖКТ у 7 пациентов). Средний возраст этих больных составил 46,9±11,4 лет (медиана 45 лет), появление первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы - 40,5±12,8 лет (медиана 36 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группы достигали 5±1,7 (медиана 5), HADS по шкале депрессия - 3,5±1,3 (медиана 4), по данным HAM-D - 3,7±1,4 (медиана 4); средний бал по TAS соответствовал 54,7±5,7 (медиана 54).

У 10 пациентов второй группы (30,3%) в ходе клинико-психопатологического обследования были выявлены признаки истерической депрессии с полиморфными конверсионными расстройствами в анамнезе. Обычно истерические депрессии связаны с «ударами судьбы», часто возникали в ответ на разрыв любовных отношений или смерть близких, могли быть связаны с утратой работы, финансовой и психологической поддержки и т.п. Средний возраст этих больных составил 36,5±4,5 лет (медиана 36,5 лет), появление первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы - 32±3,6 лет (медиана 32,5 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группы достигали 11,8±3 (медиана 11,5), HADS по шкале депрессия - 7,6±1,5 (медиана 8), по данным HAM-D - 8,5±2,3 (медиана 9); средний бал по TAS соответствовал 65,5±7,9 (медиана 65,5). У пациентов второй группы после появления моторных симптомов ЦД и установки неврологического диагноза прослеживалось снижение представленности конверсионных расстройств и снижение частоты формирования аффективных нарушений.

У 6 пациентов третьей группы (18,2%) в ходе клинико-психопатологического обследования были выявлены признаки клинически значимой депрессии и тревоги. Средний возраст этих больных составил 37,3±5,6 лет (медиана 37 лет), появление первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы - 32,3±8,5 лет (медиана 33,5 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группы достигали 12,2±2,5 (медиана 12,5), HADS по шкале депрессия - 6,7±2,7 (медиана 6,5), по данным HAM-D - 8±1,7 (медиана 8,5); средний

бал по TAS соответствовал 72,5±4,5 (медиана 73). В ходе клиническо-анамнестического исследования было выявлено уклоняющееся и избегающее поведение в анамнезе с формированием тревожных реакций на значимые стрессовые события. На фоне утяжеления симптомов ЦД отмечалось усиление сенситивных черт в характере, избегающее поведение, что приводило к стойкой социальной дезадаптации пациентов этой группы.

У 4 пациентов четвертой группы (12,1%) были диагностированы психические заболевания шизофренического спектра, которые не обнаруживали какого-либо параллелизма с течением ЦД: у двоих пациентов диагностировано шизоаффективное расстройство, по поводу которого они наблюдались у психиатра амбулаторно и госпитализировались в психиатрический стационар в добровольном порядке; у двоих пациентов - приступообразная шизофрения, диагностированная в подростковом возрасте (в обоих случаях госпитализация в психиатрический стационар происходила в недобровольном порядке). Средний возраст этих больных составил 34±2 лет (медиана 33 лет), появление первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы - 30±1 лет (медиана 29,5 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группы достигали 11,2±0,4 (медиана 11), HADS по шкале депрессия - 12±1,5 (медиана 13), по данным HAM-D - 10,5±0,75 (медиана 10); средний бал по TAS соответствовал 79,2±1,1 (медиана 80).

Результаты исследования позволяют сделать выводы о высокой частоте встречаемости психических расстройств у пациентов с ЦД. При статистической обработке данных было выявлено, что тревожные расстройства оказывают негативное влияние на показатели качества жизни пациентов с ЦД.

Литература

1. Defazio G, Macerollo A. Epidemiology of Dystonia. Handbook of Dystonia. 2012, №2.
2. Conte, A., Berardelli, I., Ferrazzano, G., Pasquini, M., Berardelli, A., Fabbrini, G. Non-motor symptoms in patients with adult-onset focal dystonia: Sensory and psychiatric disturbances. Parkinsonism & Related Disorders 2006, №2.
3. Ceylan D, Erer S, Zarifoğlu M, Türkeş N, Özkaya G. Evaluation of anxiety and depression scales and quality of LIFE in cervical dystonia patients on botulinum toxin therapy and their relatives. J Neurol Sci. 2019, Том 40, №4.
4. Molho ES et al. Impact of Cervical Dystonia on Work Productivity: An Analysis From a Patient Registry. MDCP. 2015, Том 3, №2.
5. Gundel H. Social Phobia in Spasmodic Torticollis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001, Том 71, №4.

Работа миокарда левого желудочка у здоровых лиц при стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой на тредмиле

Иванов С.И.[1], Степанова А.И.[1], Алёхин М.Н.[1,2]

Аспирант
[1]ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии
Москва, Россия
1539ivanov@mail.ru

[2]ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия

Цель: оценить показатели работы миокарда левого желудочка (ЛЖ) с помощью эхокардиографической (ЭхоКГ) методики построения кривых «давление-деформация» у здоровых лиц при проведении стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой на тредмиле и их корреляцию с другими традиционными показателями.

Методы. В исследование были включены 40 человек (средний возраст 52±13 лет), из них 18 мужчин (45%), которым были выполнены стресс-ЭхоКГ с тредмилом по протоколу Bruce. Трансторакальные ЭхоКГ исследования осуществлялись на аппарате Vivid E95 (General Electric, США) с помощью секторного фазированного датчика M5S с частотой 3,5 МГц. Критериями включения пациентов в исследование были отсутствие сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета, нормальные показатели ЭКГ и ЭхоКГ (отсутствие нарушений ритма и проводимости сердца, гипертрофии миокарда, фракция выброса ЛЖ ≥55%), отрицательный результат нагрузочной пробы и достижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений (85% от максимальной) [1]. Для расчета показателей работы миокарда оценивали глобальную продольную систолическую деформацию (ГПСД) с помощью speckle-tracking ЭхоКГ, определяли моменты открытия и закрытия митрального и аортального клапанов. С помощью методики построения кривых «давление-деформация» [2], входящей в программный пакет EchoPAC (GE Healthcare, США), до и после нагрузки рассчитывали индекс глобальной работы (GWI), глобальную конструктивную работу (GCW), глобальную потерянную работу (GWW), эффективность глобальной работы (GWE). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). В случае нормального распределения результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения, в случае ненормального распределения показателей – в виде медианы, 25 и 75 перцентиля. Проводились корреляционный анализ с помощью непараметрического коэффициента корреляции Спирмена (r). Различия признавались достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты. ГПСД достоверно увеличилась в ответ на нагрузку на 6% (0%–13%) с -21,5% (-19,7%– -23,3%) до -22,8% (-20,9%– -24,6%). Значения GWI в покое составили 2077±311 мм рт.ст.% и после нагрузки значимо увеличились на 38% (25%–64%) до 2992±512 мм рт.ст.%, $p<0,001$. Значения GCW значимо увеличились на 58% (40%–75%) с 2298±297 мм рт.ст.% до 3582±523 мм рт.ст.%, $p<0,001$. GWW в покое была равна 73,5 (48,5–101) мм рт.ст.%, после нагрузки также значимо возросла на 223% (64%–399%) до 173 (79–264) мм рт.ст.%, $p<0,001$. GWE недостоверно незначительно снизилась в ответ на нагрузку на 2% (-4%– +1%) с 96% (94%–97%) до 94% (93%–96%) ($p=0,11$). GWI на максимуме нагрузки достоверно коррелировал с массой миокарда ЛЖ ($r=0,37$, $p=0,04$). GCW и GWW после нагрузки коррелировали с уровнем нагрузки ($r=0,43$, $p=0,02$ и $r=0,37$, $p=0,01$, соответственно).

Выводы. У здоровых лиц при проведении стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой на тредмиле показатели индекса работы миокарда, показатели конструктивной и потерянной работы ЛЖ в ответ на нагрузку значимо увеличивались. Эффективность работы миокарда при этом существенно не изменялась. Выявлена слабая корреляция показателей глобальной работы миокарда ЛЖ с массой миокарда и с толерантностью к физической нагрузке.

Литература

1. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Функциональные пробы в кардиологии. – МЕДпресс-информ, 2007.
2. Russell K. et al. A novel clinical method for quantification of regional left ventricular pressure–strain loop area: a non-invasive index of myocardial work // European heart journal. – 2012. – Т. 33. – №. 6. – С. 724-733.

Вспомогательная терапия при инфекции COVID-19

Карпицкий Н.В., Кочин В.В.

Ординаторы

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии

Москва, Россия

E–mail: JUPERIO@yandex.ru

Новая коронавирусная инфекция, распространяясь в человеческой популяции, приносит значительные потери здравоохранению всех государств. На сегодняшний день, несмотря на все попытки задействовать в качестве эффективного противовирусного средства препараты самых разных групп, реального этиотропного лечения COVID-19 пока нет. На данном этапе значительно возрастает роль различных адъювантных препаратов, вошедших в схему лечения COVID-19, и способных предотвращать переход заболевания в тяжелую форму.

На основе анализа литературных данных выделены несколько препаратов, свойства которых позволяют рассматривать их применение в качестве вспомогательной терапии при коронавирусной инфекции.

Мелатонин, обладая антиоксидантными и противовоспалительными свойствами, может улучшать течение COVID-19-ассоциированной патологии легких [2]. Антиоксидантный эффект мелатонина реализуется в виде усиления активности ферментов, подавляющих образование свободных радикалов (супероксиддисмутаза), и снижения активности прооксидантных ферментных систем (таких как синтаза оксида азота и др.) Также мелатонин может непосредственно взаимодействовать со свободными радикалами, функционируя как их поглотитель.

Репликация вирусов внутри клеток всегда сопровождается генерацией свободных радикалов. В SARS-индуцированной модели острого повреждения легких окисленные частицы ЛПНП приводили к избыточной активации врожденного иммунитета путем повышенной выработки IL-6 макрофагами, активированными через toll-like рецепторы 4 типа (TLR4). TLR4 является рецептором для врожденной иммунной системы, а также терапевтической мишенью для мелатонина. В моделях ишемии мозга, гастрита, периодонтита у мелатонина регистрировались противовоспалительные свойства путем блокады TLR4 [2].

Витамин С также продемонстрировал ряд интересных свойств: он продлевает антиоксидантное действие флаваноидов, поддерживает окислительно- восстановительную целостность клеток, что защищает клетки лёгких от оксидативного стресса, вызванного инфекцией и воспалением. Применение витамина С в суточной дозе 600 мг уменьшило частоту,

тяжесть и продолжительность ОРВИ у людей, которые бегают сверхмарафонские дистанции [4]. Установлено, что у всех пациентов с инфекциями органов дыхания наблюдается истощение запасов витамина С в организме. Применение витамина С в высоких дозах сокращало количество койко-дней у больных с внебольничной пневмонией [4]. Наиболее часто дефицит витамина С наблюдали у больных с сепсисом. Была выявлена обратная корреляция между уровнем витамина С в плазме в начале сепсиса и дальнейшим развитием полиорганной недостаточности. Витамин С подавляет избыточный выброс цитокинов во время сепсиса [4]. В экспериментальных работах было показано, что использование высоких доз у мышей (200 мг/ кг) подавляло патологическую реакцию регуляторных Т клеток, улучшало Т-клеточный иммунный ответ, снижало вероятность развития полиорганной недостаточности при сепсисе [4]. В небольшом наблюдательном исследовании у 24 пациентов, получавших витамин С в дозе 50-200 мг/ кг в течение 4 дней, наблюдалось улучшение по шкале SOFA (включает такие параметры, как уровень тромбоцитов, креатинина, объем диуреза, уровень сознания по шкале Глазго, гипотония, уровень билирубина, PaO2/FiO2), а также снижение биомаркеров воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин) [4]. Экспертная группа в Шанхае рекомендует применение высоких доз витамина С для предотвращения цитокинового шторма у пациентов с лёгкими или общими симптомами COVID-19. Китайские специалисты сообщили , что включение в схемы противовирусной терапии у 50 пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести COVID-19 высоких доз витамина С (10 г в день для средней, и 20 г в день для тяжелой формы в течение 7-10 дней) приводило к улучшению клинических исходов по сравнению с группой, не получавшей витамин С, а также сокращало пребывание в больнице на 3-5 дней , уменьшало число летальных исходов [4].

Интерес представляет использование высоких доз **витамина D** в лечении пациентов с SARS-COV 2. В ряде обзоров предлагаются теории, объясняющие, как он может способствовать снижению риска инфекции: витамин D укрепляет барьерную функцию слизистых оболочек дыхательной и пищеварительной систем путем улучшения клеточной адгезии и системы межклеточных контактов. Также витамин D улучшает клеточный иммунитет посредством увеличения синтеза следующих антимикробных пептидов: человеческого кателицидина, LL-37 и др [1]. Как и витамин С, он способствует редукции цитокинового шторма, что может иметь большое значение в случае тяжелого течения инфекции. Было показано, что витамин D снижает уровень фактора некроза опухоли -альфа, интерферона-гамма, может регулировать активность макрофагов [1]. Однако большинство крупных исследований не выявило статистически достоверных улучшений у пациентов, получавших витамин D. Возможно, это объясняется тем, что не была достигнута значимая плазменная концентрация. Также эффективность может оказаться выше у пациентов с исходно низкими значениями концентрации витамина D в плазме крови.

Неожиданные данные были получены по препарату, который традиционно используется в качестве противопаразитарного агента - **ивермектину**. В апреле 2020 года FDA опубликовало заявление о самостоятельном применении ивермектина против COVID-19 со ссылкой на недавно опубликованное исследование in vitro на эту тему[3]. Активность ивермектина в клеточной культуре воспроизводилась в моделях мышиной инфекции против многих вирусов и не была клинически доказана, несмотря на то, что ивермектин был доступен во всем мире. Это, вероятно, связано с фармакокинетикой и терапевтическим окном безопасности

ивермектина. Уровень ивермектина в крови в безопасных терапевтических дозах находится в диапазоне 20-80 нг/мл, в то время как активность против SARS-CoV 2 в культуре клеток находится в диапазоне микрограмм. Ивермектин вводят внутрь или местно. Если можно получить безопасные препараты или аналоги, которые можно вводить для достижения терапевтических концентраций, ивермектин может быть полезен в качестве противовирусного средства широкого спектра действия [5].

Таким образом, несмотря на отсутствие качественно спланированных исследований по данным агентам, есть теоретические предпосылки для их исследования и дальнейшего внедрения в реальную клиническую практику ввиду отсутствия прямого этиотропного лечения новой коронавирусной инфекции.

Литература

1. Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infections and Deaths DOI: 10.3390/nu12040988
2. COVID-19: Melatonin as a potential adjuvant treatment DOI: 10.1016/j.lfs.2020.117583
3. Ivermectin: a systematic review from antiviral effects to COVID-19 complementary regimen *The Journal of Antibiotics*
4. Overview of the possible role of vitamin C in management of COVID-19 DOI: 10.1007/s43440-020-00176-1
5. Use of Ivermectin Is Associated With Lower Mortality in Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019: The ICON Study https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.009

Дерматологические нежелательные явления ингибиторов PD1

Коваленко Ю. А.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра Дерматовенерологии и Косметологии
Москва, Россия
E–mail: dr.kovalenkojul@gmail.com

Относительно новой группой противоопухолевых препаратов являются блокаторы PD-1/PD-L1 (program death receptor-1, program death ligand-1 – рецептора программированной смерти и лиганда рецептора программированной смерти), применяемые в терапии меланомы, мелкоклеточного рака легкого, рака печени и других злокачественных новообразований [1,2]. Функция PD-1 рецептора – угнетать активацию Т-клеточного звена, тем самым снижая активность иммунной системы. Опухолевые клетки, продуцируя лиганды к данному рецептору, снижают естественную противоопухолевую защиту организма. Ингибирующее влияние препаратов группы блокаторов PD-1/PD-L1, к которым относятся ниволумаб, пембролизумаб, адалимумаб и другие, вызывает обратную реакцию: усиление Т-клеточного противоопухолевого ответа [3].

Самыми частыми побочными явлениями данной группы препаратов являются влияние на желудочно-кишечный тракт, эндокринную систему, мочевыделительную систему и кожные покровы [3,4]. Риск развития кожной токсичности при использовании блокаторов PD-1/PD-L1 достаточно высок и, по данным исследований, варьируется от 30% до 40% и выше [5,6]. При этом самыми частыми неблагоприятными явлениями являются генерализованный зуд, витилиго и макулопапулярная сыпь [7]. Спектр кожных токсических реакций включает лихеноидные и псориазиформные высыпания, везикуло-буллезные дерматозы, аутоиммунные кожные процессы, изменения придатков кожи и другие [4,5]. Для оценки степени тяжести кожной токсичности используются критерии национального института онкологии США (критерии NCI-CTCAE) [8]. На основании градации тяжести кожных токсических реакций осуществляется оценка целесообразности продолжения основного курса противоопухолевой терапии и тактика лечения пациентов [8]. Токсические реакции 3 степени тяжести и выше являются показанием для редукции дозы или отмены основного противоопухолевого препарата. Возврат к назначенному терапевтическому режиму возможен при снижении дозы системных глюкокортикостероидов <10 мг/кг в эквиваленте преднизолона [8,9] в лечении кожных токсических реакций, вызванных препаратами таргетной иммунотерапии, используется комбинированная топическая терапия и системная терапия глюкокортикостероидами [8,9].

До недавнего времени были описаны спорадические случаи положительной корреляции возникновения кожных токсических реакций и положительного ответа на противоопухолевую терапию [10]. В недавнем метанализе [12] были окончательно подтверждены гипотезы исследователей: выраженность кожных реакций взаимосвязана с чувствительностью злокачественного новообразования к иммунотерапии. В большинстве случаев кожная токсичность поддается сопроводительной терапии и может считаться позитивным компонентом в спектре предикторов ответа на лечение опухолей блокаторами PD-1/PD-L1 [11].

В настоящее время особый интерес представляет выявление предикторов развития кожной токсичности противоопухолевых препаратов таргетной терапии. Тяжесть течения иммунологических побочных явлений имеет положительную корреляцию с ответом на основную противоопухолевую терапию [12]. Своевременное выявление предвестников развития кожных токсических реакций позволит продолжить курс эффективного противоопухолевого лечения без редукции дозы и отмены основного препарата, что является ключевым звеном в лечении онкологических пациентов. Изучение кожных токсических реакций при терапии заранее заданным ингибитором контрольных точек позволит разработать оптимальные методы профилактики и лечения данных побочных явлений, что будет способствовать значительному повышению качества жизни онкологических пациентов.

Литература

1. Hamid O, Robert C, Daud A, Hodi FS, et al. Safety and tumor responses with lambrolizumab (anti-PD-1) in melanoma. N Engl J Med. 2013 Jul 11; 369(2):134-44. Epub 2013 Jun 2. Erratum in: N Engl J Med. 2018 Nov 29; 379(22):2185. doi: 10.1056/NEJMoa1305133
2. Ilie M, Hofman P. Atezolizumab in advanced non-small cell lung cancer. J Thorac Dis. 2017 Oct;9(10):3603-3606. doi: 10.21037/jtd.2017.09.73.
3. Alatrash G, Jakher H, Stafford PD, Mittendorf EA. Cancer immunotherapies, their safety and toxicity. Expert Opin Drug Saf. 2013 Sep;12(5):631-45. Epub 2013 May 14. doi: 10.1517/14740338.2013.795944
4. Weber JS, Yang JC, Atkins MB, Disis ML. Toxicities of Immunotherapy for the Practitioner. J Clin Oncol. 2015 Jun 20;33(18):2092-9. Epub 2015 Apr 27. doi: 10.1200/JCO.2014.60.0379
5. Curry JL, Tetzlaff MT, Nagarajan P, Drucker C, et al. Diverse types of dermatologic toxicities from immune checkpoint blockade therapy. J Cutan Pathol. 2017 Feb;44(2):158-176. Epub 2016 Dec 21. doi: 10.1111/cup.12858
6. Belum VR, Benhuri B, Postow MA, Hellmann MD, et al. Characterisation and management of dermatologic adverse events to agents targeting the PD-1 receptor. Eur J Cancer. 2016 Jun;60:12-25. Epub 2016 Apr 1. doi: 10.1016/j.ejca.2016.02.010
7. Collins LK, Chapman MS, Carter JB, Samie FH Cutaneous adverse effects of the immune checkpoint inhibitors.Curr Probl Cancer. 2017;41(2):125- 128. https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2016.12.001
8. Rapoport BL, van Eeden R, Sibaud V, Epstein JB, Klastersky J, et al. Supportive care for patients undergoing immunotherapy. Support Care Cancer. 2017. https://doi.org/10.1007/s00520-017-3802-9
9. Brahmer JR, Lacchetti C, Thompson JA. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Summary. J Oncol Pract. 2018;14:247- 249.
10. Cutaneous adverse events: a predictor of tumour response under anti-PD-1 therapy for metastatic melanoma, a cohort analysis of 189 patients
11. Masuda K, Shoji H, Nagashima K, Yamamoto S, et al. Correlation between immune-related adverse events and prognosis in patients with gastric cancer treated with nivolumab. BMC Cancer. 2019 Oct 21;19(1):974. doi: 10.1186/s12885-019-6150-y.
12. Nakamura Y, Tanaka R, Asami Y, Teramoto Y, Imamura T, Sato S, et al. Correlation between vitiligo occurrence and clin- ical benefit in advanced melanoma patients treated with nivo- lumab: a multi-institutional retrospective study. J Dermatol. 2017; 44:117–22.

Проблемы психоэмоционального благополучия медицинского персонала, работающего в условиях пандемии COVID-19

Ковешникова О.А., Семенова А.Н., Беришвили Т.З.

ординатор, ординатор, ассистент
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии, психотерапии
Москва, Россия
E–mail: TamrikoshkaBerry@gmail.com

Актуальность. Пандемия COVID-19 оказала значимое влияние на психическое здоровье населения в целом, а также медицинских работников. По данным зарубежных публикаций одна из наиболее подверженных влиянию стресса групп— медицинский персонал, который в условиях пандемии сталкивается с длительными физическими и психическими нагрузками [1, 2]. Так, по данным опроса 1563 медицинских сотрудников, работающих с COVID-19, было выявлено, что у 50,7% отмечались симптомы депрессии, у 44,7% — проявления тревожных расстройств [3].

Целью исследования явилась оценка влияния работы в «красной зоне» на распространённость тревожных и депрессивных расстройств, а также признаков эмоционального выгорания медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь больным с новой коронавирусной инфекцией в период пандемии COVID-19.

Результаты. В ходе исследования было опрошено 77 респондентов при помощи опросников HADS и опросника выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI). Проведенное исследование показало, что повышение по шкалам депрессии было отмечено у 7% опрошенных, тревоги — у 23, повышение по обеим шкалам — у 27% медицинских работников. По данным опросника выгорания Маслач, у 32 (41,5%) опрошенных медицинских работников отмечалась реакция по типу «эмоционального опустошения»; у 10 (12,9%) респондентов — реакция «редукции профессиональных достижений»; у 3 (3,8%) медицинских работников — реакция «дегуманизации» в виде снижения уровня собственного эмоционального участия в отношениях с коллегами и пациентами.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило, что работа в «красной зоне» оказывает существенное негативное влияние на психоэмоциональное здоровье врачей и медицинского персонала [4].

Литература

1. Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, Xiang Y-T. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences.* 2020;16(10):1732–1738. doi: 10.7150/ijbs.45120.

2. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, Liu Z. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(3). doi: 10.1016/s2215-0366(20)30047-x.

3. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Hu S. Factors Associated With Mental Health

Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open.* 2020;3(3). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

4. Самушия М.А., Рагимова А.А., Амосова Н.А., Смоленцева И.Г., Ойноткинова О.Ш., Бонкало Т.И., Беришвили Т.З. Проблемы психоэмоционального благополучия медицинского персонала, работающего в условиях пандемии COVID-19. Вестник РАМН. 2020;75(5S):426–433. doi: https://doi.org/10.15690/vramn1426

Методы выявления малигнизации предопухолевых заболеваний слизистой оболочки рта

Коновалова Т. А.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ
Кафедра стоматологии
Москва, Россия
E-mail: konovalovatanya1@gmail.com

Актуальность.

По данным различных литературных источников, предопухолевые поражения слизистой оболочки рта составляют от 15,2 до 84,9% всех нозологий [1], но, несмотря на хорошую визуализацию, постановка диагноза осуществляется только на 3 и 4 стадиях течения заболевания. По данным Задиренко (2017г.), рак 3 – 4 стадии обнаружен у 50-70 % пациентов. Выживаемость через 5 лет у таких пациентов после комбинированного лечения низкая, остаются в живых в 41% случаев [2].

Согласно авторам, Шадриной А.С., Плиевой Я.З. и др. (2017, 2018 гг.), значительную роль в росте и метастазировании злокачественных новообразований играют биологические маркеры: матриксная металлопротеиназа-8 (MMP-8), тканевой ингибитор металлопротеиназы 1 (TIMP1), антиген плоскоклеточной карциномы (SCC), которые определяют в крови, с целью диагностики ранних стадий онкогенеза. MMP-8 – нейтрофильная коллагеназа, содержащаяся в специфических гранулах полиморфноядерных лейкоцитов в виде неактивного профермента, которая под воздействием провоспалительных цитокинов выделяется и разрушает клеточный матрикс. Тканевой ингибитор металлопротеиназы 1 (TIMP1) участвует в предотвращение развития опухоли, метастазирования и обладает антиапоптотической активностью. Антиген плоскоклеточной карциномы (SCC) – антиген, принимающий участие в регуляции дифференцировки нормального плоскоклеточного эпителия, стимуляции роста опухолевых клеток путем нарушения процесса апоптоза [3].

Цель исследования: определить активность вышеперечисленных ферментов в смешанной слюне у пациентов с предопухолевыми заболеваниями и раком слизистой оболочки полости рта (СОР).

Материалы и методы: на базе кафедры ФГБУ ДПО «ЦГМА» в 2019-2020 гг., прошли обследование 135 пациентов в возрасте от 22 до 87 лет, из них с заболеваниями СОР – 115 человек. На основании диагнозов, сформировали следующие группы:

1 группа – контрольная, практически здоровые в возрасте от 22 до 27 лет – 20 человек;
2 группа – 45 больных с раком слизистой оболочки;
3 группа – 70 пациентов с лейкоплакией.

У испытуемых в утренние часы, после ополаскивания физиологическим раствором (0,09% NaCl), собирали смешанную слюну для проведения иммуноферментного анализа с целью выявления содержания MMP-8 (тест-система R8D system, США), SCC (тест-система FUJIREBIO, Бельгия), а также для определения соотношения MMP-8/TIMP1. Биохимическое исследование осуществлялось в лаборатории клинической биохимии НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина. Результаты обработаны методом вариационной статистики с достоверностью, $p<0.05$.

Результаты.

Установлено, концентрация MMP-8 (нг/мл) у пациентов с лейкоплакией составила 369±10,6, что в 2 раза превышает значение контрольной группы; с раком СОР 1015±30,6 – в 3 раза выше, чем в первой группе ($p<0.05$).

Аналогичная тенденция прослеживается относительно концентрации SCC (мкг/мл). При увеличении антигена SCC более чем в 2 раза, в биопсийном материале исследуемых с лейкоплакией определяются единичные митозы ($p<0.05$).

Показатель соотношения MMP-8/TIMP1 сохраняет линейную зависимость увеличения концентрации: при лейкоплакии – 0,525±0,174, при раке СОР – 1,03±0,232 ($p<0.05$).

Выводы.

Установление концентрации биологических маркеров (MMP-8, SCC, MMP-8/TIMP1) в смешанной слюне позволяет выявить начало малигнизации заболеваний СОР и определить прогноз.

Литература

1. Искакова М.К., Заркумова А.Е., Нурмухамбетова Г.К. Удельный вес заболеваний слизистой оболочки полости рта среди часто встречающихся стоматологических заболеваний // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. - №3. – С. 163-167.
2. И.А. Задеренко и соавт. Рецидивы рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки: клиника, диагностика, лечение – Клиницист №1, 2017, с.48-54
3. Шадрина А.С., Плиева Я.З., Кушлинский Д.Н., Морозов А.А., Филипенко М.Л., Чанг В.Л., Кушлинский Н.Е. Классификация, регуляция активности, генетический полиморфизм матриксных металлопротеиназ в норме и при патологии. Альманах клинической медицины. 2017;45(4):266-279.

Перспектива применения глутатиона и ацетилцистеина в качестве суплементарной терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19

Коровин Е.В., Резвая А.А

Ординаторы

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии

Москва, Россия

E–mail: korovinevg@gmail.com, rezvayaal@gmail.com

Заболеваемость и смертность от новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в значительной степени связаны с чрезмерной активностью провоспалительных медиаторов, гиперреакцией иммунитета («цитокиновым штормом») и состоянием гиперкоагуляции, что в конечном итоге приводит к полиорганной недостаточности. Обострение окислительного стресса, вызванное повышенным синтезом провоспалительных цитокинов, наряду со снижением уровня интерферонов считается движущей силой заболевания. На основании данных, подтверждающих способность **глутатиона** (GSH) подавлять репликацию вируса и снижать уровни IL-6 у пациентов с легочными заболеваниями, предполагается, что использование GSH может быть эффективным против SARS-CoV-2. В этом обзоре рассматривается использование GSH в качестве вспомогательной терапии у пациентов с COVID-19.

GSH - биологический антиоксидант, содержащийся в митохондриях тканей млекопитающих, трипептид, состоящий из глицина, цистеина и глутамата [1]. Тиоловая группа остатка цистеина участвует в антиоксидантных процессах, эрадикации активных форм кислорода (АФК) напрямую или косвенно через GSH-зависимые реакции, катализируемые пероксидазой. [1]. GSH является одной из основных систем ферментативной защиты клеток от повреждений. Предполагается, что значительный выброс провоспалительных цитокинов играет решающую роль в патогенез инфекций SARS-CoV[2]. Было показано, что продукция АФК регулируется ангиотензин-превращающим ферментом 2 (ACE2). ACE2 является рецептором для SARS-CoV-1, а теперь также идентифицирован как ключевой рецептор SARS-CoV-2 [3]. Доказано, что, подобно инфекциям SARS-CoV-1 и MERS-CoV, прогрессирование COVID-19 до ОРДС инициируется гиперцитокинемией, повышением концентрации IL-6, что в частности, коррелирует с поступлением в ОИТ, прогрессированием до ОРДС и смертностью [4]. Дефицит GSH был связан с более серьезным клиническим течением COVID-19. Доказано, что снижение уровня GSH в плазме связано с более тяжелыми проявлениями заболевания [5]. Роль истощения GSH в COVID-19 - тема, требующая дальнейшего анализа.

Также предполагается, что **N-ацетилцистеин (NAC)**, являющийся предшественником GSH, может рассматриваться в качестве возможного средства лечения, профилактики и/или адъюванта против SARS-CoV-2. Он обладает ключевыми свойствами: проявляет муколитический эффект[6] и является мощным антиоксидантом с прямым действием на определенные виды окислителей и косвенным, в качестве предшественника цистеина (части GSH)[10]. NAC может ингибировать активность SARS-CoV-2 по следующим причинам:

- структуры белка E SARS-CoV взаимодействуют через дисульфидные связи [7], а NAC может их расщеплять (что снижает контагиозность SARS-CoV-2);

· NAC снижает прочность связи ангиотензина II с рецептором ангиотензина II типа 1 [8]. При COVID-19 NAC способен блокировать чрезмерный синтез ангиотензина II, снизить тяжесть поражения легких;

· доказано, что NAC блокирует АПФ, что обеспечивает защиту от неблагоприятного воздействия ангиотензина II - потенциального звена патогенеза COVID-19;

· состояние окислительного стресса, создаваемое синдромом цитокинового шторма и синтезом АФК, может быть нивелировано антиоксидантным действием NAC [9];

· транскрипционный фактор NF-κB был описан как медиатор легочной патологии SARS-CoV-2, поскольку запускает выработку провоспалительных цитокинов, инфильтрацию макрофагами и нейтрофилами, вызывающей необратимое повреждение клеток легочного эпителия. NAC ингибирует активацию NF-κB на модели гриппа in vitro (A и B) [10].

Для лечения COVID-19 используются препараты как с клинически доказанной эффективностью, так и без нее, в том числе NAC [11]. Введение NAC в качестве адъювантной терапии у пациентов с симптомами COVID-19 стоит рассматривать как экономически эффективную клиническую стратегию. Проводится несколько успешных клинических испытаний потенциального применения NAC против COVID-19 [12]. Пероральный прием NAC может действовать в качестве меры профилактики, особенно у тех, кто неоднократно подвергался контакту с потенциальными носителями SARS-CoV-2.

Литература

1. Imai H., Matsuoka M., et al. Lipid Peroxidation-Dependent Cell Death Regulated by GPx4 and Ferroptosis. Curr.Top.Microbiol.Immunol. 2017;403:143–170.
2. Goyal P., et al. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York. N.Engl. J.Med. 2020
3. Khomich O.A., et al. Redox Biology of Respiratory Viral Infections. Viruses. 2018;10:392.
4. Patel R.,et al. Report from the American Society for Microbiology COVID-19 International Summit, 23 March 2020: Value of Diagnostic Testing for SARS-CoV-2/COVID-19. Mbio. 2020;11:e00722-20.
5. Hoffmann M., Kleine-Weber H., et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 is blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. Cell. 2020;181:497–506.
6. Aldini G, Altomare A, Baron G. et al. N-acetylcysteine as an antioxidant and disulphide breaking agent: the reasons why. Free Radic. Res. 52(7), 751–762 (2018).
7. Ullian ME, Gelasco AK,et al. N-acetylcysteine decreases angiotensin II receptor binding in vascular smooth muscle cells. J. Am. Soc. Nephrol. 16(8), 2346–2353 (2005).
8. McCarty MF, DiNicolantonio JJ. Nutraceuticals have potential for boosting the type 1 interferon response to RNA viruses including influenza and coronavirus. Prog. Cardiovasc. Dis. (2020)
9. Mata M, Morcillo E, et al. N-acetyl-L-cysteine inhibit mucin synthesis and pro-inflamma-tory mediators in alveolar type II epithelial cells infected with influenza virus A and B and with respiratory syncytial virus (RSV). Biochem. Pharmacol. 82(5), 548–555 (2011).
10. Fajgenbaum DC, Khor JS, Gorzewski A. et al. Treatments administered to the first 9152 reported cases of COVID-19: a systematic review. Infect. Dis. Ther. (2020).
11. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. A study of N-acetylcysteine in patients with COVID-19 infection (2020).
12. Holshue M., DeBolt,.et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States.

Симультантные операции в практике детского оториноларингологического отделения ФГБУ ЦКБ УДП РФ

Кузнецова А. Н. [1]***, ДворниковаТ.А.*** [2]

[1]*Клинический ординатор ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ*

[2]*Заведующий детским отделением оториноларингологии ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ (2)*

Кафедра оториноларингологии (1)

Москва, Россия

E-mail: super.laptop2013@yandex.ru

К симультанным операциям относятся вмешательства, при которых одновременно проводится до 5 различных хирургических манипуляций в 2 и более анатомических областях [1]. По данным литературы, подобные вмешательства избавляют больных от повторных госпитализаций, анестезиологического риска и психоэмоциональных травм, сокращают срок нахождения в стационаре, минимизируют неблагоприятные факторы послеоперационного периода [2,3].

Цель исследования: анализ структуры, эффективности, безопасности и экономической выгоды комплексных ЛОР-операций, проводимых в детском оториноларингологическом отделении ФГБУ ЦКБ УДП РФ.

Результаты. За период с 1 января по 27 ноября 2020 года прооперировано 262 ребёнка из них 109 человек получили комплексное хирургическое лечение (табл. 1). Сочетанные операции в пределах ЛОР-органов одномоментно осуществлялись с хирургическими вмешательствами по поводу абдоминальной патологии или заболеваний челюстно-лицевой зоны. В послеоперационном периоде у всех детей отмечалось гладкое течение, выписка из стационара произведена в срок, повторных обращений и рецидивов не было, что доказывает эффективность и безопасность таких операций. Несомненна экономическая выгодность комбинированных операций. Например, шунтирование барабанной перепонки совместно с эндоскопической аденотомией имеет доходность в размере 22 448,66 руб., в то время как изолированное шунтирование – 8 977 ,79 руб.

Таблица 1

Комбинированные операции детского ЛОР-отделения ЦКБ УДП РФ

№ п/п	Название комплексной операции	Кол-во
1	Эндоскопическая аденотомия, тонзиллотомия	31
2	Эндоскопическая аденотомия, шунтирование барабанной перепонки	32
3	Эндоскопическая аденотомия, эндоскопическая операция на верхнечелюстной пазухе, септопластика	7
4	Эндоскопическая аденотомия, тонзиллотомия, шунтирование барабанной перепонки	6

5	Эндоскопическая аденотомия, мирингопластика	3
6	Септопластика, вазотомия, тонзиллотомия	9
7	Септопластика, эндоскопическая операция на верхнечелюстной пазухе	5
8	Септопластика, шунтирование барабанной перепонки	2
9	Эндоскопическая операция на верхнечелюстной пазухе, шунтирование барабанной перепонки, септопластика	4
10	Септопластика, вазотомия, эндоскопическая аденотомия, шунтирование барабанной перепонки	3
11	Эндоскопическая аденотомия, санация полости рта	4
12	Эндоскопическая операция на верхнечелюстной пазухе, септопластика, удаление сверхкомплектного зуба	2
13	Эндоскопическая аденотомия, грыжесечение	1

Вывод: проведённый анализ данных показал, что комбинированные операции имеют большое количество преимуществ по сравнению с моно-операциями.

Литература

1. Алексеенко С. О симультантной аденотомии при эндоскопических ЛОР-операциях у детей// Врач, 2016, ИД Русский врач, № 8.
2. Ермакова М.В., Курганова К.О., Князев А.Б. Целесообразность симультантных операций в ринологии// Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2015, №5.
3. John R Craig, Roderick W Tataryn, Tara L Aghaloo, Alan T Pokorny, Stacey T Gray, Jose L Mattos, David M Poetker Management of odontogenic sinusitis: multidisciplinary consensus statement//Int Forum Allergy Rhinol, 2020, 10(7).

Опыт применения метапребиотиков в лечении некоторых функциональных заболеваний кишечника (ФЗК).

Легкова К.С., Минушкин О.Н., Масловский Л.В.

Ординатор 2 года
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра гастроэнтерологии
Москва, Россия
E–mail: IGNATOVAKRIS71@MAIL.RU

Цель исследования: оценка эффективности БАД СТИМ и СТИМ Лакс (производитель ООО «Алвилс», Россия), имеющих в своем составе лактат кальция и фруктополисахариды (инулин и олигофруктозу) у больных с функциональными расстройствами кишечника.

Материалы и методы: в исследовании были приняты 39 больных, которые были разделены на 2 группы. Из них 20 больных с функциональным запором(ФЗ) -средний возраст – 40,3 ± 8,9 лет: проводилась монотерапия препаратом СТИМ Лакс (1 таблетка 3 раза в день в течение 30 дней) – и 19 больных с функциональной диарей (ФД) - средний возраст – 36,9 ± 14,1 лет: проводилась терапия препаратом СТИМ (2 таблетки 3 раза в день в течение 30 дней).

У пациентов обеих групп до и после курса лечения проводили карболеновую пробу (для оценки моторики кишечника), оценивали частоту и характер стула, выраженность метеоризма, урчания, переливания, наличие боли в животе. Симптомы оценивали в баллах. Анализ переносимости осуществляли посредством регистрации побочных эффектов и нежелательных явлений. Характер стула при запоре оценивали по счетной шкале выраженности запора (F. Agachan et al., 1996), а общую эффективность – по опроснику PAC-SYM.

Результаты: у пациентов с ФЗ наблюдали, достоверное уменьшение боли в животе, чувства неполного опорожнения, снизилось время пребывания в туалете за одну попытку. Время карболеновой пробы сократилось с 45,4 +- 3,3 до 26,7 +- 2,1 ч. Частота стула, составлявшая до лечения 2,6 +- 1,6 раза в неделю, истинно увеличилась до 5,1+- 1,4 раза.

У пациентов с ФД отмечали, достоверное уменьшение интенсивности болей в животе, урчания, метеоризма, частоты стула в день, а также кашицеобразного и жидкого стула. При этом прослеживали устойчивое увеличение кратности оформленного стула и времени карболеновой пробы с 11,4 +- 4,7 до 17,6 +-4,7 ч.

Нежелательные явления наблюдали у 7 (17,9%) пациентов: 4 больных функциональным запором (ФЗ) и 3 пациентов функциональной диарей (ФД). На 3–5-й день лечения отмечалось усиление метеоризма, урчания в животе. Временное уменьшение дозы препарата до 1–2 таблеток в день снимало эти явления, и появившиеся симптомы разрешались в течение 1–3 дней.

Выводы: Результаты настоящего исследования свидетельствуют о высокой эффективности и хорошей переносимости лечения препаратами СТИМ Лакс и СТИМ больных функциональным запором и функциональной диареей.

Литература

1. Lacy B.E., Mearin F., Chang L., Chey W.D., Lembo A.J., Simren M., Spiller R. Bowel Disorders. Gastroenterology. 2016;150:1393–1407. doi: 10.1053/j. gastro.2016.02.031.

2. Porter C.K., Gormley R., Tribble D.R., Cash B.D., Riddle M.S. The Incidence and gastrointestinal infectious risk of functional gastrointestinal disorders in a healthy US adult population. Am J Gastroenterol. 2011;106:130–138. doi: 10.1038/ajg.2010.371.

3. Zhao Y.F., Guo X.J., Zhang Z.S., Xiu-Qiang M., Rui W., Xiao-Yan Y., Jia H. Epidemiology of functional diarrhea and comparison with diarrhea predominant irritable bowel syndrome: a populationbased survey in China. PLoS One. 2012;7:e43749. doi: 10.1371/journal.pone.0043749.

4. Sorouri M., Pourhoseingholi M.A., Vahedi M., Safaee A., Moghimi-Dehkordi B., Pourhoseingholi A. et al. Functional bowel disorders in Iranian population using Rome III criteria. Saud J Gastroenterol. 2010;16:154–160. doi: 10.4103/1319-3767.65183.

5. Chang F.-Y., Chen P.-H., Wu T.-C., Pan W.-H., Chang H.-Y., Wu S.-J. et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Taiwan: questionnaire-based survey for adults based on the Rome III criteria. Asia Pac J Clin Nutr. 2012;21:594–600. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih. gov/23017318/.

6. Choung R.S., Locke G.R., Schleck C.D., Zinsmeister A.R., Talley N.J. Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988_2003. Aliment Pharmacol Ther. 2007; 26:1521–1588. doi: 10.1111/j.1365-2036.2007.03540.x.

7. Chan A.O., Lam K.F., Hui W.M. Leung G., Wong N.Y. H., Shiu Kum Lam, Wong B.C.Y. Influence of positive family history on clinical characteristics of functional constipation. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5:197–200. doi: 10.1016/j.cgh.2006.10.009.

8. Wald E.R., Di L.C., Cipriani L. Colborn D. K., Burgers R., Wald A. Bowel habits and toilet training in a diverse population of children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009;48:294–298. doi: 10.1097/mpg.0b013e31817efbf7.

9. Agachan F., Chen T., Pfeifer J., Reissman P., Wexner S.D. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. Dis Colon Rectum. 1996;39:681–685. doi: 10.1007/BF02056950.

Оптимизация методов диагностики поражений слизистой оболочки рта различной этиологии

Лобачёва Елизавета Вадимовна

Аспирант

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра стоматологии

Москва, Россия

E-mail: Berd9292@mail.ru

Актуальность.

Установить манифестацию озлокачествления в начальном периоде при клиническом осмотре слизистой оболочки рта (СОР) достаточно сложно. Исследования, проведенные Пурсановой А.Е. и соавт. (2015), показали, что 42.8% специалистов дифференцируют ранние проявления рака СОР [1]. Аванесов А.М. и соавт. (2017) установили, что в 65% случаев заключение о наличие злокачественного новообразования (ЗНО) врач-стоматолог может заподозрить только на третьем визите пациента. Хорошая видимость элементов поражения не дает преимуществ, поэтому необходимо применять дополнительные методы обследования [1-3].

На сегодняшний день к современным диагностическим тестам, которые помогают врачам первичного звена установить заболевание СОР и заподозрить развитие канцерогенеза, относят: аутофлюоресцентную стоматоскопию с помощью стоматоскопа АФС ООО «Полироник» (Россия).

Цель исследования – оптимизация метода выявления малигнизации предопухолевых заболеваний СОР.

Материалы и методы.

На кафедре стоматологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» в 2019 - 2020г. прошли обследование 67 пациентов в возрасте от 35 до 87 лет с заболеваниями СОР.

В группу исследования вошли 32 человека (мужчин – 13, женщин – 22) старше 45 лет со следующими поражениями СОР: плоский лишай – 17; декубитальная язва – 15.

Клиническое обследование состояло из стандартных методов. Подробно анализировали очаги поражения СОР: 1. Внешний вид: 2. Пальпация: 3. Стоматоскопия с помощью аппарата «АФС» (ООО «Полироник», Россия).

Для визуализации размеров и границ эрозивно-язвенных элементов поражения СОР при выполнении биопсии был предложен метод окрашивания с последующей стоматоскопией (патент № 2722766). В результате изменяется интенсивность флюоресценции патологических очагов, что дает четкое топографирование места забора биологического материала, и обеспечивает надежность гистологического исследования.

Для окончательного установления диагноза участки поражения СОР брали на биопсию, исследовали в патологоанатомическом отделении МНИОИ им. П.А. Герцена.

Оценку предложенного способа проводили, сравнивая: методики АФС, окрашивания 1%-м раствором толуидинового синего и сочетания двух методов. Эффективность рассчитывали с помощью чувствительности и специфичности.

Результаты.

При проведении стоматоскопии у 32 пациентов с эрозивно-язвенными изменениями СОР в 36.4% случаев произошла «ложная» идентификация развития канцерогенеза, положительный результат подтвержден у 27.3%, ложноотрицательный ответ – 27.3%, истинно отрицательный – 9%.

Таким образом, при проведении методики АФС в 63.7% тест обладал недостоверной информацией относительно диагностики пациентов с раком СОР, также установлен одинаковый процент выявления (27.3%) и невыявления (27.3%) данной патологии. Иначе говоря, не обнаружена половина пациентов с подозрением на возможную малигнизацию элементов поражения. Маркирование элементов поражения 1%-м раствором толуидинового синего и их освещение стоматоскопом АФС позволили выявить зону темного свечения в тех случаях (27.3%), когда стоматоскопия не идентифицировала патологический очаг как участок без флюоресценции.

Заключение.

1. Предложенный нами метод топографирования эрозивно-язвенных поражений СОР с последующей стоматоскопией позволяет четко визуализировать зоны измененной флюоресценции, границы патологического очага и интактной ткани для выполнения биопсии, что обеспечивает получение надежного результата гистологического исследования.

2. Диагностическая методика АФС с окрашиванием в 2 раза эффективнее, чем АФС определяет неопластические изменения в тканях СОР.

Литература

1. Пурсанова А.Е. и др. Оценка эффективности терапии предраковых заболеваний слизистой оболочки рта при помощи аутофлюоресцентной диагностики // Современные проблемы науки и образования. 2018, №. 4, С. 151-151.

2. Аванесов А.М., Гвоздикова Е.Н. Определение групп стоматологического риска развития лучевого мукозита у больных с плоскоклеточным раком орофарингеальной области на фоне лучевой терапии // Лучевая диагностика и терапия. 2017, №. 2, С. 66-66.

3. Гажва С.И. и др. Прямая визуализация аутофлюоресценции тканей как метод ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта // Современные проблемы науки и образования. 2014, №. 6, С. 1237-1237.

Анализ и предикторы рецидивирования рака мочевого пузыря.

Магарамова Ж.А., Щекочихин В.А., Даренков С.П.

Ординатор, ординатор, профессор

Клиническая больница Управления делами Президента Российской Федерации, Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации (г. Москва).

Кафедра Урологии.

Shch.v@mail.ru

Вступление: Рак мочевого пузыря (РМП) занимает 4.7% от общего числа злокачественных новообразований в РФ [1]. Согласно статистике, абсолютное число впервые в жизни установленных диагнозов злокачественных новообразований мочевого пузыря в России в последние годы прогрессирует, со среднегодовым приростом в 2,68 %. Средний возраст пациента с РМП составляет 67,6 лет. Смертность от РМП в России за в год составляет, в среднем, 6,1 тыс человек несмотря на то, что большинство случаев выявляется на неинвазивной стадии (около 70%). Для неинвазивного РМП характерно частое рецидивирование – в 30-85% и прогрессирование – в 10-30%. [2]

Цель работы: исследование клинико-морфологических характеристик рака мочевого пузыря и выявления критериев рецидивирования и прогрессии заболевания.

Материалы и методы: методом сплошного наблюдения был проведен ретроспективный анализ базы данных 189 медицинских карт стационарных больных пациентов Клинической больницы Управления делами Президента Российской Федерации с мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря за пятилетний период. Всем анализируемым пациентам качестве оперативного вмешательства, была применена биполярная трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря, «единым блоком» и адъювантная внутрипузырная химиотерапия.

Результаты исследования: у всех пациентов наблюдались неинвазивные формы РМП, согласно гистологической классификации ВОЗ, которые соответствует ракам без инвазии в мышечный слой стенки и стадии T1 (Ta, Tis) по системе TNM. Данные опухоли были без метастазов, имели сосочковую структуру. Также встречались формы CIS (carcinoma in situ). При изучении локализации опухолевого узла установлено наиболее частое поражение стенки МП: в два раза реже поражается дно пузыря, с частотой 22% патологический процесс развивается в шейке органа [3]. С 2016 по 2020 гг. в 30,6% (58/189 пациентов) случались рецидивы. Из этого числа, без прогрессии были 34 (17,9%) пациента с поверхностными рецидивирующими новообразованиями T1 и 24 (12,6%) с инвазией в мышечный слой. Пациентам с рецидивами без инвазии были проведены повторные ТУР с семью курсами адъювантной внутрипузырной химиотерапией Митомицином 40 мг и последующим амбулаторным наблюдением (контрольная цистоскопия, МРТ малого таза ежегодно), пациентам с инвазией выполнялась радикальная цистэктомия с различными видами деривации мочи.

Выводы: таким образом, при мышечно-неинвазивном РМП стадии pT1a-1N0M0, с выполненной трансуретральной резекцией и адъювантной химиотерапией, последующие рецидивирование составляет 30%. Диагностический скрининг рецидивирования опухоли (УЗИ+цистоскопия, по показанием МРТ малого таза с контрастированием ежегодно), остается главным критерием выживаемости онкологического пациента в период первых 5 лет [2].

Литература

1 - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена–филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2019. –илл. – 250 с. ISBN 978-5-85502-251-3
2 - Яковцова И. И., Титов Е. В., Ивахно И. В. Клинико-морфологический анализ и прогностические критерии рецидивирования и прогрессии неинвазивных уротелиальных раков мочевого пузыря //Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 2. – №. 1 (143).
3 - Каприн А. Д. и др. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОГОРТЫ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-НЕИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ //Сибирский онкологический журнал. – 2018. – Т. 17. – №. 2. – С. 5-10.

Дерматоскопические особенности кожного мастоцитоза

Майоров Р. Ю.

Ординатор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами

Президента РФ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Москва, Россия

E-mail: roman1396@bk.ru

Мастоцитоз является редким заболеванием, характеризующимся накоплением клональных тучных клеток в различных органах, включая кожу, костный мозг, желудочно-кишечный тракт, селезенку и лимфатические узлы. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, выделяют три клинических варианта кожного мастоцитоза: макулопапулезный, диффузный и солитарнаямастоцитома (СМ). Макулопапулезный кожный мастоцитоз может протекать по типу пигментной крапивницы (ПК), папулезно-бляшечному типу и в виде эруптивной персистирующеймакулярнойтелеангиэктазии (ТМЕП) [1,2].

Актуальность использования дерматоскопии в диагностике кожного мастоцитоза связана с ростом числа пациентов, полиморфизмом клинических проявлений, а также низкой осведомленностью врачей о данной патологии [3]. Данный метод неинвазивен, что предотвращает травмирование очагов, в отличие от биопсии, и достаточно прост в практическом применении врачом.

Согласно литературным данным у пациентов с кожным мастоцитозомвыделяется четыре дерматоскопических феномена: светло-коричневое пятно, пигментная сеть (наблюдаемые при макуло-папулезной форме), ретикулярный сосудистый рисунок и желто-оранжевое пятно (более характерные для солитарноймастоцитомы). Пигментная сеть обусловлена высокой концентрацией фактора роста тучных клеток, стимулирующего пролиферацию меланоцитов и меланогенез, который приводит к гиперпигментации базальных кератиноцитов [4,5].

При дерматоскопиисолитарноймастоцитомы в поляризованном режиме выделяется несколько зон: центральная белесоватая бесструктурная область с участками гиперемии, окруженными по периферии коричневатыми пигментными сетками на желтоватом фоне. Центральная бесцветная или беловатая бесструктурная область, возможно, связана с накоплением серозной жидкости, образующейся из-за отслоения эпидермиса в центре мастоцитомы. Периферическая зона может быть образована сетчатой гиперпигментированной каймой. У некоторых пациентов наблюдается «симптом радуги»: центральная зона включает сосудистую структуру (линейные сосуды) или пятно розового цвета с точечными сосудами, окруженными периферической зоной желтого или желто-оранжевого оттенка. Желто-оранжевые пятна обусловлены плотным папиллярным и ретикулярным инфильтратом тучных клеток дермы [3].

Выраженные сосудистые паттерны связаны с необходимостью длительной антимедиаторной терапии. Данные дерматоскопические феномены, наряду с уровнем триптазы в сыворотке крови, могут быть использованы для прогнозирования течения заболевания и

коррекции антимедиаторной терапии у больных с мономорфным типом макулопапулезного кожного мастоцитоза [5]. Сетчатая пигментная сеть выражена интенсивнее у детей с положительным феноменом Унны- Дарье [6]. Клинически кожный мастоцитоз может иметь сходство с другими кожными заболеваниями, сопровождающимися нарушением пигментации. Дерматоскопически определяются коричневые ретикулярные линии, образующие мелкую равномерно окрашенную пигментную сеть [7].

Дифференциальный диагноз кожного мастоцитоза проводится с ювенильной ксантогранулемой [3], множественными невусами, лимфомами и псевдолимфомами, нейрофиброматозом, сальным невусом. При дерматоскопииксантогранулемы также могут определяться желто-оранжевые пятна, однако цветовые контрасты напоминают вид «заходящего солнца». Дополнительные признаки включают тонкие прерывистые коричневатые линии и линейные периферические сосуды.

Таким образом, использование метода дерматоскопии расширяет спектр возможностей диагностики и прогноза течения различных форм кожного мастоцитоза, а также проведения дифференциального диагноза с другими редкими дерматозами.

Литература

1. Heinze A, Kuemmet TJ, Chiu YE, Galbraith SS. Longitudinal study of pediatric urticariapigmentosa. Pediatr Dermatol. 2017;34:144–9.

2. Arber D. A., Orazi A., Hasserjian R., Thiele J., Borowitz M. J., Le Beau M. M., Bloomfield C. D., Cazzola M., Vardiman J. W. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia // Blood. – 2016. – Т. 127, № 20. – С. 2391-405.

3. XIII Международный форум дерматовенерологов и косметологов IFDC 2020: «Дерматоскопические признаки кожного мастоцитоза у детей» Касихина Е.И., Кочетков М.А. Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва.

4. Akay BN, Kittler H, Sanli H, Harmankaya K, Anadolu R. Dermatoscopic findings of cutaneous mastocytosis. Dermatology. 2009;218:226–230.

5. Vano-Galvan S, Alvarez-Twose I, De las Heras E, Morgado JM, Matito A, Sánchez-Muñoz L, et al. Dermoscopic features of skin lesions in patients with mastocytosis. Arch Dermatol. 2011;147:932–940.

6. Nirmal B, Krishnaram AS, Muthu Y, Rajagopal P. Dermatoscopy of Urticaria Pigmentosa with and without Darier's Sign in Skin of Colour. *Indian Dermatol Online J*. 2019;10(5):577-579. Published 2019 Aug 28. doi:10.4103/idoj.IDOJ_501_18

7. Cutaneous mastocytosis with systemic involvement mimicking clinical and dermatoscopically multiple melanocytic nevi Enrique Gutiérrez-González MD, Manuel Ginarte PhD, Jaime Toribio PhD Dermatology Online Journal 17 2011.

Коморбидный пациент хирургичского профиля

Маркелов Кирилл Михайлович
аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Москва, Россия
E–mail: kira-markelov@yandex.ru

Согласно данным ВОЗ, во всем мире наблюдается демографическое старение населения. С возрастом риск приобретения различных сопутствующих заболеваний закономерно увеличивается. Среди пожилых 80% имеют несколько хронических заболеваний. У коморбидных пациентов в 80% случаях выявляется патология сердечно-сосудистой системы [1].

С учетом значительно возросшего качества своевременной современной высокотехнологичной диагностики и медицинской помощи прогнозируемо увеличивается количество пожилых людей, нуждающихся в хирургическом лечении в условиях стационара, среди которых более 50% имеют коморбидную патологию [2].

Закономерно у оперированных коморбидных пациентов чаще развиваются осложнения в периоперационном периоде [3], вплоть до летальных [4].

Подавляющее большинство, около 42%, среди всех послеоперационных осложнений некардиальных хирургических вмешательств составляют осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. В данную группу входят следующие патологические состояния: острый коронарный синдром, внезапная сердечная смерть, остановка кровообращения, нарушения ритма сердца, тромбозы и тромбоэмболические осложнения и пр.

Стратификация послеоперационных осложнений возможна благодаря множеству существующих прогностических шкал для оценки факторов риска и персонифицированному подходу к каждому пациенту. Действующие рекомендации по профилактике кардиального риска в некардиальной хирургии Европейского общества кардиологов и Европейского общества анестезиологов 2014 года, Канадского кардиоваскулярного общества 2016 года и Европейского общества анестезиологов 2019 года позволяют подобрать оптимальные схемы ведения коморбидных пациентов и значительно снизить риск возникновения осложнений в периоперационном периоде.

В качестве примера приведен случай из клинической практики. Пациент А., 56 лет, поступил для планового оперативного лечения по поводу выявленного рака почки (T2NxMo). Из анамнеза известно, что пациент длительно наблюдается по поводу врожденного порока сердца - двустворчатого аортального клапана, пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc - 3 балла, гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4, недостаточность кровообращения II степени, 1 ФК, стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных ветвей аорты - стеноз устья левой внутренней сонной артерии 80 %, цереброваскулярная болезнь, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе.

За 5 дней до намеченного хирургического лечения прием варфарина был прекращен, но рекомендованные инъекции низкомолекулярных гепаринов пациент не проводил. После плановой предоперационной подготовки под комбинированной общей анестезией проведена операция: лапароскопия, конверсия, резекция правой почки (биопсия: светлоклеточный почечноклеточный рак правой почки. Grade 2 по Fuhrman). В раннем послеоперационном периоде в отделении анестезиологии и реанимации отмечено резкое ухудшение состояния: тотальная афазия, правосторонняя гемиплегия, парез взора справа, девиация языка вправо, опущение угла рта, симптом парусящей щеки справа. Поставлен диагноз: ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии (кардиоэмболический

патогенетический подтип, TOAST – 2). Учитывая наличие противопоказаний к проведению тромболитической терапии (опухолевый процесс и ранний период после проведенного хирургического вмешательства), тромболизис для лечения кардиоэмболического ОНМК не проводился. Проводимая терапия: НМГ с переходом на варфарин, дезагреганты, антиоксиданты, нейропротекторы, гипотензивные и противоаритмические препараты, статины, программа реабилитации. Пациент выписан в относительно удовлетворительном состоянии с положительной клинической и инструментальной динамикой [5].

Заключение. Коморбидные пациенты в хирургической практике должны быть тщательно оценены с позиции прогнозирования и своевременной профилактики послеоперационных осложнений.

Литература

1. Нолте Е., МакКи М. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиции системы здравоохранения. Перевод с англ. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. ВОЗ. 2011. – 237 с.
2. Заболотских И.Б., Лебединский К.М., Григорьев Е.В. и др. Периоперационное ведение больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца. Клинические рекомендации. 2014 ID: MP62
3. Pearse R. Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle- and high-income countries. British Journal of Anaesthesia 2016; 117(5): 601-609.
4. Р.И. Юрин, В.А. Глущенко, Е.А. Михнин, Е.В. Левченко «Маркеры операционного стресса при сравнении торакоскопических и торакотомических резекций при раке легкого» Вопросы онкологии, 2017. Том 63, № 2.
5. Мурашко С.С., Пасечник И.Н., Бернс С.А., Маркелов К.М. «Коморбидный больной в хирургической практике» Медицинский вестник МВД, 2020; 2(105): 30-39.

Современные аспекты эпидемиологии паранеопластических дерматозов

Мартыненко Д.М.

студентка 6 курса

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Лечебное дело
Москва, Россия
E–mail: dariamart19@mail.ru

Актуальность. Паранеопластические дерматозы (ПД) как неспецифические поражения кожи, обусловленные влиянием опухоли на метаболизм, иммунные, регуляторные системы организма, являются одним из ранних признаков развития рака [1,2,3]. Частота встречаемости ПД у больных с раком колеблется от 7 до 15%. Учитывая крайнюю редкость абсолютных ПД, важным является диагностика относительных ПД и трансформация бональных дерматозов на фоне онкологических заболеваний.

Цель. Выявить современные особенности эпидемиологии и клиники ПД у больных с диагностированным раком различной локализации.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 год на базе кафедры кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) и МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, было обследовано 2508 пациентов с дерматозами различной локализации. Из них 1418 женщин и 1090 мужчин в возрасте от 27 до 83 лет. В результате выявлено 303 пациента, которые имели сочетание дерматозов с раком различной локализации. На основании полученных данных, все пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая группа -147 пациентов, у которых уже был рак, а дерматозы были диагностированы впервые; 2-ая группа–85 пациентов, имеющих дерматозы до диагностирования рака; 3-ья группа-71 пациент, у которых дерматозы и рак были уже в течение трех лет.

Результаты. При подгрупповом анализе установлено, что во всех группах на фоне развития рака утяжелялась симптоматика хронических дерматозов, таких как экзема, псориаз, красный плоский лишай, кожный зуд, за 6 месяцев до и в течение 4-5 месяцев после диагностики рака, что может быть прогностическим признаком паранеоплазии для указанных дерматозов. Изменения клиники дерматозов отмечены в 42,3% при метастатическом колоректальном раке (mCRC), 23,1% при раке молочной железы, 22,4% при раке мочеполовой системы, 12,2% при раке бронхо-легочной системы. При анализе распределения дерматозов только 11,8% (n=36) составили типичные ПД, такие как паранеопластическая пузырчатка и дерматит Дюринга, что свидетельствует о незначительности этих нозологий для общей врачебной практике в контексте ранней диагностики рака. Достоверно значимым оказалось изменение симптоматики при атопической экземе в сочетании с раком молочной железы (42,8%), раком бронхолегочной системы (25%) и при псориазе в сочетании с mCRC (19,5%), раком бронхолегочной системы (16,2%), развитие веррукозной формы красного плоского лишая у 25,3% при раке мочеполовой системы. Такие критерии тяжести как увеличение площади поражения кожи отмечалось у 86,4% пациентов, а увеличение количества обострений в 2 раза у 65% пациентов.

Выводы. На основании полученных результатов можно предположить, что выраженное ухудшение клинической картины хронических дерматозов, таких как атопическая экзема, псориаз и красный плоский лишай, может является проявлением паранеопластического процесса и косвенным маркером развития онкологического процесса. При выявлении таких пациентов необходимо рекомендовать расширенное обследование с целью диагностики рака.

Литература

1. Дерматоонкология / Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. – М.: Медицина для всех, 2005.
2. Khoschbin T, Löser C, Dippel E (2019) Paraneoplastic skin diseases. Internist 60(8):775–782
3. Didona D, Fania L, Didona B, Eming R, Hertl M, Di Zenzo G. Paraneoplastic Dermatoses: A Brief General Review and an Extensive Analysis of Paraneoplastic Pemphigus and Paraneoplastic Dermatomyositis. Int J MolSci. 2020;21(6):2178. Published 2020 Mar 21. doi:10.3390/ijms21062178

Аспекты реактивной лабильности в рамках депрессий при болезни Паркинсона

Нийноя И.Н.В.[1], Садкова О.А.[2], Нодель М.Р.[3], Романов Д.В.[1,2]

Аспирант
1) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) МЗ РФ
Кафедра психиатрии и психосоматики института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия
E–mail: niinoja.inv@gmail.com
2) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, Москва, Россия
3) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) МЗ РФ
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Актуальность. Данные о нозологии и синдромальной структуре депрессий при болезни Паркинсона (БП), в современных исследованиях существенно ограничены [1], а предиспозиция и факторы уязвимости к развитию депрессивных реакций, такие как реактивная лабильность или личностный преморбид, обсуждаются недостаточно [2].

Цель исследования. Определить роль реактивной лабильности и личностных характеристик в манифестации и формировании клинической картины реактивных депрессий (РД) при БП.

Материал и методы. Клиническим методом обследовано 45 пациентов с подтвержденными диагнозами БП и депрессии, среди которых выделена группа, соответствующая нозологическому типу РД - 15 наблюдений, т.е. 33,3% (средний возраст 66±6,7 лет; I-III стадия БП по Хён-Яру; средняя продолжительность БП 4,1±2,7 лет; средняя продолжительность депрессии 2,2±1,6 года). Проведено нейро- и патопсихологическое обследование больных РД с использованием психометрических шкал оценки депрессии (HADS-21, BDI), когнитивных функций (MMSE, MoCA, тесты "рисование часов" и "срисовывание куба", методика 10 слов А.Р. Лурии, таблицы Шульте) и личности (SCID-II-PD, опросника акцентуаций Леонгарда-Шмишека). В оценке неврологического статуса использована Унифицированная шкала оценки БП (УШОБП).

Результаты и заключение. У пациентов с РД при БП (15 набл.) отмечалась умеренная степень выраженности депрессии при объективном (суммарный балл по HADS-21 - 17,5) и субъективном (суммарный балл по BDI - 23,5) психометрическом обследовании. Реактивные депрессии манифестируют относительно независимо от возникновения первых двигательных симптомов БП и минимальном соучастии психотравмирующего действия семантики диагноза. Указанные состояния формируются по кататимным механизмам «удара судьбы» и «ключевого переживания» [3], отличаются затяжным течением (2,2±1,6 года) и устойчивостью содержательного - реактивного - комплекса депрессии. Синдромально аффективные расстройства квалифицируются как тревожные и истеродепрессии [4]. Выявлен ассоциированный с БП патоморфоз психогении с постепенным включением в денотативный комплекс реактивной депрессии нозогенной составляющей, сосуществующий либо замещающий исходный денотат [5]. Среди факторов предиспозиции к РД важную роль занимают формирующиеся на протяжении жизни психогенно-провоцированные состояния, не связанные с соматической/неврологической патологией, а также патохарактерологические дименсии истерического и аффективного круга, ассоциированные с феноменом реактивной лабильности, квалифицированные по SCID-II-PD, и акцентуации (согласно опроснику Леонгарда-Шмишека) эмотивного, тревожного и демонстративного типов.

Литература

1. Todorova A., Jenner P., Chaudhuri K. R. Non-motor Parkinson's: integral to motor Parkinson's, yet often neglected //Practical neurology. – 2014. – Т. 14. – №. 5. – С. 310-322.
2. Dogan B. et al. The relationship between temperament and depression in Parkinson's disease patients under dopaminergic treatment //Psychogeriatrics. – 2019. – Т. 19. – №. 1. – С. 73-79.
3. Воронова Е. И., Дубницкая Э. Б. Реактивные (психогенные) депрессии //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2015. – Т. 115. – №. 2. – С. 75-82.
4. Нийноя И. Н. В. и др. Депрессия при болезни Паркинсона: аспекты психопатологической структуры и нозологической квалификации //Психиатрия. – 2020. – Т. 17. – №. 4. – С. 38-48.
5. Смулевич А. Б. и др. Психосоматические расстройства в клинической практике. – 2016.

Новые подходы к анализу ЭКГ при стрессэхокардиографии

Новиков Е. М.
Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра внутренних болезней и профилактической медицины
Москва, Россия
E-mail: dr.enovikov@gmail.com

Введение.

Классический ишемический каскад, в котором при гипоксии миокарда возникает нарушение перфузии и метаболизма миокарда, является одним из фундаментальных положений физиологии. Он включает в себя последовательное нарушение метаболизма миокарда, сократительной функции, возникновение электрокардиографических изменений и стенокардию, ощущаемую пациентом. Каждый из перечисленных этапов каскада имеет свою диагностическую значимость при проведении провокационной пробы. Наиболее информативным и безопасным методом исследования является стресс эхо-кг, как метод исследования электрических свойств миокарда, оцениваемый ЭКГ, контрактильных свойств миокарда. Дисперсионное картирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма используется в спортивной и космической медицине для оценки состояния микроциркуляции, а при нагрузках - резерва коронарного кровотока и интегральной характеристике динамики метаболизма и перфузии миокарда. Принцип метода основан на анализе случайных низкоамплитудных колебаний (дисперсий) на протяжении всего кардиоцикла, что позволяет оценить мультиполярные эффекты электрического генератора сердца (поздние потенциалы желудочков).

Цель.

Целью данного исследования стала оценка метаболической фазы ишемического каскада в комплексной оценке результатов стресс-эхокардиографии с использованием дисперсионного картирования ЭКГ и вариабельности сердечного ритма.

Методы.

За период 2018-2020гг. исследована клиническая картина ишемической болезни сердца, коронарография, данные стресс эхо-кг с дополнительной оценкой дисперсионного картирования миокарда и вариабельностью сердечного ритма у 97 пациентов. Большинство пациентов были мужчины (67%), средний возраст составил 57,59 ± 12,5 лет. В анамнезе гипертоническая болезнь у 84%, у 13,5% ранее перенесённый инфаркт миокарда, 27,3 % перенесли стентирование коронарных артерий различной локализации.

В зависимости от полученного на стресс Эхо-КГ результата пациенты распределились на 3 группы: проба отрицательная, сомнительная или положительная. При интерпретации результатов дисперсионного картирования ЭКГ использован индекс частотно-метаболической адаптации (ИЧМА=ЧСС/индекс микроальтернаций миокарда), который отражает суть использованного метода. При индексе менее 3,5 проба считалась положительной.

Проведён корреляционный анализ полученных данных. Выявлены связи между показателями «Миокард», «HF», «LF», «Т-альтернации», «ИЧМА» и поражением коронарных артерий (ствол, ЛКА, ПМЖВ, ПКА), мощностью выполненной нагрузки (Вт).
Составлена модель бальной оценки ишемического каскада.

Результаты.

Согласно полученным данным, чувствительность дисперсионного картирования ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма при нагрузочной пробе до 86%, специфичность до 85%, эхокардиографии до 89% и 85%, ЭКГ до 60% и 71%. Совокупность всех представленных признаков позволила увеличить чувствительность метода до 92% и специфичность до 88%.

Выводы.

Полученные результаты позволяют сделать заключение, что дисперсионное картирование ЭКГ и вариабельность сердечного ритма могут быть использованы для оценки перфузии миокарда на первом этапе ишемического каскада нагрузочных проб.

Мультидисциплинарный подход в онкореабилитации

Образцова М.А., Уткина Е.А., Валиева Г.А., Гуляева А.Н., Артамонов Н.А.,

Гусакова Е.В., Иванова И.И.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом клинической психологии и педагогики
Москва, Россия
E–mail: gusakova07@mail.ru

В нашей стране из-за недостаточного развития современной научной методологии и отсутствия единых стандартов имеется большой разброс представлений о схемах оптимального применения лечебных физических факторов в реабилитации онкологических больных. Отечественная доказательная база таких исследований является достаточно слабой, а большинство из них не имеют ее вообще.

В системе онкореабилитации в настоящее время существует ряд проблем: нет достаточного количества специалистов для создания мультидисциплинарных бригад на базах специализированных отделений, плохо развита система психологической подготовки пациента к диагнозу и лечению, нет возможности проведения полноценной реабилитации в большинстве хирургических и онкологических отделений стационаров в субъектах РФ, а также персонализированного подхода к созданию программ реабилитации онкологических больных.

В ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации разработаны и внедрены программы онкореабилитации при локализации процесса в молочной железе, легком, органах пищеварения.

Программы являются «сквозными» - от поступления пациента в больницу до его выписки. Каждая программа включает в себя три этапа: предоперационная реабилитация, первый этап послеоперационной реабилитации в условиях реанимационного отделения (РеабИТ) в первые сутки после операции, второй этап в условиях профильного отделения, который делится на ранний и поздний реабилитационный периоды [1].

Всё послеоперационное пребывание в стационаре делится на два реабилитационных периода: ранний (первые пять суток после операции, включая РеабИТ) и поздний (с шестых суток до выписки из стационара).

На базе двух Центров - онкологии и реабилитации ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, на функциональной основе организована мультидисциплинарная реабилитационная бригада (МРБ) по направлению «онкология».

В состав МРБ по направлению «онкология» входят: лечащий врач (врач-онколог, химиотерапевт, радиолог), врачи-специалисты (анестезиолог-реаниматолог, кардиолог, невролог и т.д.), врач по лечебной физкультуре, врач-психотерапевт, врач-физиотерапевт, врач-рефлексотерапевт, медицинский психолог и другие специалисты, работающие в области медицинской реабилитации. Для каждого пациента онкологического профиля разрабатывается «сквозная» персонифицированная программа онкологической реабилитации, включая все этапы пребывания в стационаре: предоперационная реабилитация, реабилитация в отделении реанимации, реабилитация в профильном отделении. Программа в обязательном порядке согласовывается с лечащим врачом (врач-онколог, химиотерапевт, радиолог) / заведующим отделением/ начальником Центра онкологии.

При направлении пациента онкологического профиля на реабилитацию тщательно оцениваются показания и противопоказания к комплексным программам реабилитации, включающим элементы физиотерапии. Пациентам онкологического профиля не показана физиотерапия при прогрессировании основного заболевания и при метастазировании опухоли.

Стационарным пациентам ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации проводится предоперационная медицинская реабилитация (профилактика осложнений), реабилитация в процессе проведения специализированной онкологической помощи в профильных отделениях, в условиях реанимации в послеоперационном периоде, а после оказания специализированной онкологической помощи, при сохранении потребности - на койках Центра реабилитации в терапевтическом корпусе №5. Амбулаторным пациентам онкореабилитация проводится в условиях дневного стационара в главном корпусе.

Согласно Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н (в ред. от 04.07.2017), отделение реабилитации организуется в структуре онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями – Приложение № 25 Правила организации деятельности отделения реабилитации онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

В программы онкореабилитации возможно включение следующих технологий: физические упражнения (в том числе аэробные нагрузки, гидрокинезиотерапия, скандинавская ходьба и др.), прессотерапия и компрессионная терапия, массаж, мануальный лимфодренаж, постуральная терапия, виброперкуссионная терапия, кинезиотейпирование, миофасциальный релизинг, электрофорез химиопрепаратов, магнитотерапия, криодеструкция и локальная криотерапия, низкочастотная электротерапия и электромиостимуляция, транскраниальная электроаналгезия, оксигенотерапия, дыхательная гимнастика, ингаляционная терапия и технологии с применением положительного давления в дыхательных путях (после операций на легких), традиционные оздоровительные практики (йога, Тай цзы, другие виды традиционной гимнастики), рефлексотерапия (акупунктура, акупрессура, электроакупунктура) и остеопатия, релаксационная терапия и аудиовизуальная разгрузка [2].

Таким образом, онкореабилитация представляет собой неотъемлемую составляющую лечебного процесса у пациентов с диагностированными злокачественными новообразованиями. Реабилитационные мероприятия направлены на повышение качества жизни пациентов, восстановление трудоспособности, социальную адаптацию и максимально возможное продление жизни.

Литература

1. Порядок организации медицинской реабилитации (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №1705н).
2. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Реабилитация при раке молочной железы. Физиотерапия, фармакотерапия, психокоррекция / Авторская академия, 2017. – 96 с.

Ранняя реабилитация больных после инсульта

Образцова М.А., Уткина Е.А., Артамонов Н.А., Гуляева А.Н., Валиева Г.А., Гусакова Е.В., Иванова И.И.

Ординаторы
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом клинической психологии и педагогики
Москва, Россия
E–mail: Mirash68@yandex.ru

Распространенность острых нарушений мозгового кровообращения, высокие показатели смертности, летальности и значительный процент инвалидов среди выживших (80%) ставят инсульт на одно из первых мест в ряду медико-социальных проблем. В мировой практике имеется хорошо разработанная система оказания помощи больным с инсультом, в которой большое место отводится реабилитации, в том числе и ранней [1,3].

Основой лечения на ранних этапах восстановления является лечение положением и онтогенетическая кинезотерапия. Как спонтанное восстановление после перенесенного инсульта, так и нормализация функций на фоне лечения опосредуется саногенетическими механизмами, в основе которых лежит пластичность мозга. Последняя определяется, как способность нервной ткани изменять структурно-функциональную организацию под влиянием внешних и внутренних факторов.

В целом ранняя реабилитация в большей степени направлена на двигательную сферу, это определяется не только ее воздействием на пластичность, но и тем, что:

1) двигательные расстройства наблюдаются более чем у 85% больных инсультом;
2) они в большей степени мешают самообслуживанию;
3) двигательная функция является наиболее подвижной, она быстро нарушается при снижении мозгового кровотока и также быстро может восстанавливаться;
4) на моторику можно воздействовать с периферии через интернейроны спинного мозга как методами кинезотерапии, так и сенсорными стимулами;
5) воздействие на двигательную сферу будет способствовать нормализации и других функций, так как одни и те же трансмиттеры принимают участие в передаче информации в двигательной, чувствительной, когнитивной системах [4].

В фазе ранней мобилизации необходима организация активизирующего ухода и контроля за витальными функциями: мочеиспусканием, дефекацией, приемом пищи. К активизирующему уходу на ранних этапах относится лечение положением (ЛП): ранняя активизация (верикализация), раннее использование прикроватного туалета (а не судна), постоянная проверка функции глотания, применение специально подобранной диеты, достаточного количества потребляемой жидкости, одевание компрессионных чулок.

Ранняя вертикализация больных предусматривает возвышенное положение туловища и грудной клетки уже в первые дни пребывания больного в стационаре, возвышенное положение туловища при приеме пищи. В последующие дни поднятие головного конца кровати, присаживание больного и опускание нижних конечностей, затем (при адекватном соматическом статусе) – вставание с помощью медицинского персонала на 2–3–5 мин около кровати и пересаживание в прикроватное кресло при легком и средней тяжести ишемическом инсульте.

Всем пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения необходима оценка функции глотания. В зависимости от результатов тестирования осуществляется выбор системы питания для каждого пациента. При выраженных расстройствах глотания используются зондовое и парентеральное питание. При нарушении глотания кормление проводят только в положении больного сидя с опорой под спину, дополнительно подбирается поза для наиболее эффективного и безопасного глотания (наклон головы вперед, поворот в пораженную сторону в момент проглатывания) [2].

После кормления необходимо тщательно обрабатывать полость рта для исключения возможности аспирации и сохранять вертикальное положение больного около 30 мин. При реабилитации больных с дисфагией используют специальные лечебно-гимнастические упражнения и внутриглоточную электростимуляцию.

Вспомогательные средства ухода не должны чрезмерно замещать собственные возможности пациента.

Таким образом, ранняя реабилитация является необходимым звеном в системе оказания стационарной помощи больным инсультом. Основными направлениями ее являются: активизирующий уход, лечение положением, онтогенетическая кинезотерапия, медикаментозное обеспечение процессов гомеостаза (включая гемодинамику и микроциркуляцию), пластичности и активной мобилизации.

Литература

1. Вахнина НВ, Никитина ЛЮ, Парфенов ВА, Яхно НН. Постинсультные когнитивные нарушения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008; S22:16–21.
2. Парфенов В.А. Вторичная профилактика ишемического инсульта. Русский медицинский журнал. 2005;13(25):819–23.
3. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. Москва: МИА; 2012. 288 с.
4. Скворцова В.И., Иванова Г.Е. Реабилитация больных инсультом. Журнал Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов. 2001;(2):12–8.

Корреляция показателей индекса застоя в воротной вене с результатами эластометрии у пациентов с диффузными заболеваниями печени

Павлова А.В.

Ординатор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Москва, Россия

E-mail: pavlova_av_092020@cgma.su

Цель. Оценить взаимосвязь показателей индекса застоя в воротной вене с результатами эластометрии печени

Материалы и методы.

Исследование основано на результатах ультразвукового исследования 26 пациентов, находящихся на стационарном лечении в ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) Управления делами Президента РФ. В исследовании принимали участие мужчины и женщины с диффузными заболеваниями печени, средний возраст которых составлял 62 года. Для ультразвукового исследования использовался ультразвуковой аппарат экспертного класса Siemens Acusion S2000.

Воротная вена измерялась при продольном сканировании гепатодуоденальной связки в плоскости, перпендикулярной правой рёберной дуге, непосредственно в воротах печени. Как правило, это соответствовало 2-3 см выше места слияния селезёночной и верхней брыжеечной вен. Для исследования выбирался чёткий прямолинейный участок сосуда с углом сканирования менее 60°, по возможности менее 30°. Контрольный объём устанавливался по центру сосуда и занимал не менее 2/3 его просвета, выполнялась коррекция угла между ультразвуковым лучом и потоком крови в сосуде. Индекс застоя вычислялся по формуле: ИЗ ВВ=S ВВ / ЛСК ВВ, где S ВВ - площадь поперечного сечения воротной вены, см2; ЛСК ВВ - линейная скорость кровотока в воротной вене;

Эластометрия печени проводилась при положении пациента лежа на спине с отведенной правой рукой за голову, доступ осуществлялся через правое межреберье (к V, VI, VII сегментам), расположение датчика – параллельно ходу ребер. Расстояние ROI от капсулы печени 1,5-2 см, глубина 3,5-5 см, расположение капсулы перпендикулярно ходу УЗ-луча, из ROI исключены большие сосуды, тень от ребер, проведено минимум 10 измерений. Для оценки результатов эластометрии печени использовалась стандартизированная шкала METAVIR.

Результаты.

В результате исследования у 15 пациентов индекс застоя в воротной вене и результаты эластометрии печени находились в пределах референсных значений. У 6 человек индекс застоя был умеренно увеличен, а результаты эластометрии соответствовали F2-3 по шкале METAVIR. У 4 человек индекс застоя был значительно повышен, что нашло свое отражение также при эластометрии печени – F3-F4 по шкале METAVIR. Только один пациент при нормальном значении индекса застоя в воротной вене, имел результаты эластометрии, соответствующие F4 по METAVIR, что может быть связано с конституциональными особенностями конкретного пациента, а также невозможностью адекватной задержки дыхания.

Выводы.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что индекс застоя в воротной вене и результаты эластометрии сопоставимы, однако требуют дальнейшего изучения корреляции обоих показателей, а также клинической картины и лабораторных анализов.

Литература

1. Liver Ultrasound Elastography: An Update to the World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology Guidelines and Recommendations»/ Giovanna Ferraioli Vincent Wai-Sun Wong, Laurent Castera, [et all]// Ultrasound in Medicine & Biology. – 2018.
2. WFUMB guidelines and recommendations for clinical use of ultrasound elastography: part 3: liver/ Giovanna Ferraioli, Carlo Filice, Laurent Castera [et all]// Ultrasound in Medicine & Biology. – 2015.
3. Thiele M, Hugger MB, Kim Y, Rautou PE, Elkrief L, Jansen C, Verlinden W, Allegretti G, Israelsen M, Stefanescu H, Piscaglia F, García-Pagán JC, Franque S, Berzigotti A, Castera L, Jeong WK, Trebicka J, Krag A. 2D shear wave liver elastography by Aixplorer to detect portal hypertension in cirrhosis: An individual patient data meta-analysis. Liver Int. 2020 Jun;40(6):1435-1446. doi: 10.1111/liv.14439. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32180327.

Изолированная остеома клиновидной пазухи в сочетании с гнойным сфеноидитом у ребенка 15 лет

Панасенко Е.И.

Ординатор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра оториноларингологии

Москва, Россия

E–mail: elizavetabulatova@ya.ru

Актуальность. Остеомы и другие остеогенные образования околоносовых пазух встречаются относительно часто. Их распространенность в популяции колеблется от 0,43% до 3% [1]. Сведений о выявлении остеом клиновидных пазух у детей крайне мало, а учитывая близость жизненно важных образований, такая локализация остеом наиболее трудна в хирургическом плане и заслуживает особенного внимания [1,2,3].

Клинический случай. Девочка А, 15 лет, обратилась в НМИЦ «Здоровья детей» МЗ РФ с жалобами на упорную головную боль, не поддающуюся консервативному лечению. На КТ околоносовых пазух было выявлено тотальное затемнение левой клиновидной пазухи с плотным включением внутри пазухи с хорошо видимой костной «ножкой». Эндоскопическая сфенотомия позволила удалить остеому, устранить проявления сфеноидита и избавить ребенка от жалоб.

Обсуждение. Традиционно в качестве симптомов остеом клиновидной пазухи выделяют головную боль, преимущественно в лобной, теменной и затылочной области, боль в области орбиты, нарушение зрения, птоз, экзофтальм [2]. Особенностью представленного случая является сочетание остеомы клиновидной пазухи и признаков хронического гнойного воспаления.

При удалении остеом клиновидной пазухи в более ранних публикациях описаны наружные доступы, очевидно, что у детей они малоприемлимы в связи с большой травматичностью и потенциальным влиянием на рост и развитие черепа ребенка. В настоящее время предпочтение отдается менее инвазивному эндоскопическому подходу [4]. Но детские ринологи применяют эндоназальный подход не очень активно [1].

Заключение. Крайне редко изолированная остеома может встречаться у детей в клиновидной пазухе, проявляться клинически и сочетаться с гнойным сфеноидитом. При своевременном выявлении эндоскопическая сфенотомия позволяет эффективно и малотравматично удалить новообразование, а также добиться устранения хронического гнойного воспаления в пазухе.

Литература

1. Badran KW, Suh JD, Namiri N, Wrobel B, Ference EH. Pediatric Benign Paranasal Sinus Osteoneogenic Tumors: A Case Series and Systematic Review of Outcomes,Techniques, and a Multiportal Approach. Am J Rhinol Allergy. 2018 Nov;32(6):465-472. https://doi: 10.1177/1945892418793475
2. Satyarthee GD, Suri A, Mahapatra AK. Giant spheno-ethmoidal osteoma in a 14-year boy presenting with visual impairment and facial deformity: Short review. J Pediatr Neurosci. 2015;10(1):48–50. https://doi:10.4103/1817-1745.154340

3. Sinha R, Aggarwal N, Dutta M. Isolated osteoma of the sphenoid sinus. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017 May - Jun;68(3):186-187. https://doi:10.1016/j.otorri.2016.02.011
4. Canevari FR, Giourgos G, Pistochini A. The endoscopic transnasal paraseptal approach to a sphenoid sinus osteoma: case report and literature review. Ear Nose Throat J. 2013 Dec;92(12):E7-E10.

Факторы риска и предикторы псориатического артрита

Переверзина Н. О.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Россия
E–mail: natalia.pereverzina@gmail.com

Актуальность. Псориаз – гетерогенное заболевание, затрагивающее, помимо кожи и ногтей, также периферические суставы, осевой скелет, энтезисы, синовиальные оболочки сухожилий и глаза [1]. Псориатический артрит (ПсА) поражает 3% населения мира и у 20–30% пациентов с псориазом развивается ПсА [2]. ПсА неоднороден по своей клинической картине и течению. У многих пациентов развивается деструктивная форма артрита, приводящая к значительной инвалидизации [3]. Ранняя диагностика ПсА представляет собой клиническую важность. Ранее начало лечения ПсА улучшает состояние пациентов, что укладывается в концепцию «окна возможностей» терапевтических вмешательств[4]. Известно, что псориаз предшествует ПсА в среднем на 7 лет. Следовательно, раннее начало терапии в популяции с повышенным риском прогрессирования может профилактировать тяжелые формы ПсА. Появляется все больше доказательств того, что ранняя диагностика и лечение ПсА предотвращает инвалидизацию и улучшает качество жизни пациентов.

Цель. Определение способов раннего выявления ПсА, которые позволят в будущем предотвратить прогрессирование болезни и инвалидизацию. **Задачи.** Определение факторов риска ПсА, поиск предикторов развития ПсА.

Материалы и методы. В базах данных PubMed (MEDLINE), EMBASE и Google Scholar был проведен поиск существующей литературы за период 10 лет до 4 ноября 2020 года. Поиск текущих зарегистрированных исследований проводился в реестрах: клинических исследований США (Clinicaltrials.gov), Clinical Trial Registry, на Международной платформе регистрации клинических исследований ВОЗ (WHO International clinica ltrial registry platform (ICTRP). Для статей с preprint/pre-proof был произведен поиск в BioRxiv, MedRxiv и ChemRxiv. Поиск включал в себя использование ключевых слов согласно MeSH «Risk factors AND psoriatic arthritis», «Risk AND factors AND psoriatic AND arthritis»,«Predictors AND psoriatic AND arthritis», «Predictors AND psoriatic arthritis», «Predictors OR risk factors AND psoriatic arthritis», «enthesitis AND psoriatic arthritis», «nail AND psoriatic arthritis». Статья была подготовлена в соответствии с рекомендациями для систематических обзоров и метаанализа (PRISMA). Статистический анализ данных проводили при помощи программы Statistic SPSS 26.0 (Производство США).

Результаты. Всего в систематический обзор было включено 97 публикаций. Факторами риска, которые в наибольшей степени могут влиять на развитие ПсА, являются ожирение / высокий индекс массы тела (RR 6.46 (95% CI 4.11–10.16)), курение RR 3.12 (95% CI 2.07–4.69)), заболевания щитовидной железы (RR 2.27 (95% CI 1.04–4.95)), курение (RR 3.12 (95% CI 2.07– 4.69)), длительность псориаза более 25 лет RR 3.12 (95% CI 1.96–4.97)), тяжелый псориазRR 5.39 (95% CI 1.64–17.7), псориаз волосистой части головы (HR 3.75 (95%

CI 2.09–6.71)), инверсный псориаз (HR 1.95 (95% CI 1.07–3.56)), прием системных ретиноидов (RR 3.43 p=0.02). Среди других факторов риска были механические травмы, прием алкоголя, гормональные изменения у женщин, стрессовые ситуации, генетические маркеры (CXCL10, SETD2, IL23R, TNFAIP3, NOTCH2N, HAT1) и лабораторные (гиперхолестеринемия, высокий уровень лептина, высокий уровень адипокинов, аутоантитела TNRRGRGSPGAL, молекулы: CD5L, SRP14, POSTN, SRPX, FHL1, PPP2R4, CPN2, GPS1, CRP, MMP-3, DEFA1, H4, H2AFX, ORM1, PFN1, ITGβ5, M2BP, MPO, C4BP). Предикторами ПсА являются: энтезиты, артралгии, дактилит, питтинг ногтей, онихолизис, ониходистрофии, увеит, субклиническая дисфункция миокарда, аутоантитела (LL37, ADAMTSL5) и биомаркеры повреждения суставов (Col2-3/4Clong mono, Col2-3/4Cshort или С-пропептид, DKK-1, M-CSF, RANKL, A-SAA, предшественники остеокластов, кагранулин S100A8 / S100A9).

Заключение. Дерматологическая оценка пациентов с псориазом представляет собой уникальную возможность предотвращения серьезных и функциональных расстройств, тем самым помогая системе здравоохранения в целом и, что самое главное, улучшая качество жизни пациента. Необходимы дальнейшие исследования по определению потенциальных факторов риска и предикторов ПсА, с целью раннего назначения терапии и предотвращения инвалидизации пациентов.

Литература

1. Dhir V., Aggarwal A. Psoriatic arthritis: a critical review. Clin Rev Allergy Immunol. 2013; 44:141–148.
2. Ritchlin, C. T., Colbert, R. A. & Gladman, D. D. Psoriatic arthritis. N. Engl. J. Med. 376, 957–970 (2017).
3. Haroon, M., Gallagher, P. & FitzGerald, O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. Ann. Rheum. Dis. 74, 1045–1050 (2015).
4. Gladman, D. D. Early psoriatic arthritis. Rheum. Dis. Clin. North Am. 38, 373–386 (2012).

Небредовая ипохондрия у больных шизофренией

***Пискарев М.В.*[1]**
Ординатор
***Лобанова В.М.*[2]**
Младший научный сотрудник
1) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
Кафедра психиатрии и психосоматики
Москва, Россия
E–mail: piskarev-mv@mail.ru
2) ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья»
Отдел пограничной психической патологии и психосоматических расстройств
Москва, Россия
E–mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

В настоящем исследовании тестировалась гипотеза, согласно которой синдромы, дифференцированные в пространстве ипохондрических расстройств по принципу локализации психопатологических образований (соматофомные-нейрокогнитивные расстройства), реализуясь в рамках эндогенно-процессуальной патологии, обнаруживают гетерогенность по психопатологическим проявлениям, клиническим показателям, течению болезненного процесса и структуре исхода.

Целью настоящего исследования стояло изучение формирующихся в клиническом пространстве шизофрении ипохондрических состояний, выделенных по признаку «локализации» ипохондрической фиксации (соматоформные-нейрокогнитивные расстройства).

Материал исследования (31 набл.) был разделен на две гетерогенные подгруппы ипохондрических расстройств: 1 - сверхценная нейрокогнитивная ипохондрия [1,2] 2 - тревожно-фобическая ипохондрия с явлениями «health anxiety» [3,4].

Основными методами исследования являлись: психопатологический и психометрический (SANS, PANSS, MFI-20, MOS-SF, SHAI, HAMD). Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных методов программы Statistica 10.0 (критерий Манна—Уитни, корреляционный анализ Спирмена).

В **результате** проведенного исследования была обнаружена значительная клиническая гетерогенность структуры дефицитарных изменений в выделенных группах.

1. Тревожно-фобическая ипохондрия с явлениями «тревоги о здоровье». Реализуется в рамках стереотипа течения эндогенного процесса, соответствующего клинике негативной шизофрении, и определяется доминированием апато-абулических расстройств (апатия-абулия SANS – 3,4±0,4), перекрывающихся с астено-ипохондрической симптоматикой (MFI-20; R между подшкалой апатии-абулии по SANS и общим баллом MOS -SF – 0- 786). Структура ипохондрической фиксации соответствует феномену «тревоги о здоровье» («health anxiety») с формированием неадекватных или чрезмерных опасения о наличии у себя тяжелого недуга, базирующихся на обостренном восприятии патологических телесных сенсаций.

2. Сверхценная нейрокогнитивная ипохондрия. Реализуется в рамках стереотипа развития болезни, соответствующего клинике шизофрении с преобладанием на протяжении всего течения деперсонализационных феноменов. В основе ипохондрической фиксации больных лежат деперсонализационные расстройства (нарушения «само-

ощущения» собственных когнитивных функций, ощущение измененности «прежнего Я»), амплифицирующие восприятие реально сформировавшегося эмоционального дефицита (подшкала ангедонии-асоциальности по SANS – 4,6±0,2; R между подшкалой ангедонии-асоциальности и общим баллом CDS – 0- 864). Фиксация на произошедших изменениях со стойкой идеей полного возврата прежних психических функций принимает форму доминирующего («смыслообразующего») образования, подчиняющего себе все сферы жизнедеятельности больных.

Литература

1. Falret J. Societe medico-psychologique. - Paris, 1866. P 410-413.
2. Boone K. B. Fixed belief in cognitive dysfunction despite normal neuropsychological scores: Neurocognitive hypochondriasis? //The Clinical Neuropsychologist. – 2009. – Т. 23. – №. 6. – С. 1016-1036.Salkovskis
3. Salkovskis P. M., Warwick H. M. C. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis //Behaviour research and therapy. – 1986. – Т. 24. – №. 5. – С. 597-602.
4. Abramowitz J. S., Braddock A. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach. – Hogrefe publishing, 2008.

Оптимизация восстановительного лечения пациентов с акнеподобной сыпью, индуцированной моноклональными антителами к рецептору эпидермального фактора роста.

Полонская А.С.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Россия
E–mail: dr.polonskaia@gmail.com

Актуальность: При оценке динамики заболеваемости и смертности населения России от злокачественных новообразований за 2008-2018 гг. отмечается неуклонный рост заболеваемости, при этом уровень смертности имеет стойкую тенденцию к снижению [1]. Успехи в сдерживании смертности от злокачественных новообразований во многом связаны с появлением нового класса противоопухолевых препаратов – таргетных противоопухолевых препаратов (ТПП) [2-3]. Одним из классов ТПП являются ингибиторы рецептора эпидермального фактора роста (EGFR). Для данных препаратов характерны класс-специфические нежелательные явления - кожные токсические реакции. Наиболее ранним и частым проявлением дерматологической токсичности является акнеподобная сыпь [4]. Несмотря на то, что доказана прямая корреляционная связь между интенсивностью кожного процесса и положительным терапевтическим эффектом противоопухолевой терапии, недостаточная эффективность существующих схем восстановительного лечения пациентов с акнеподобной сыпью, индуцированной моноклональными антителами к рецептору EGFR, часто приводит к отмене препаратов данной группы, что отражается на продолжительности жизни и уровне летальности онкологических пациентов [5-6].

Цель: Оптимизация восстановительного лечения пациентов с акнеподобной сыпью, индуцированной моноклональными антителами к EGFR.

Материалы и методы: На базе кафедры дерматовенерологии и косметологии «Центральной государственной медицинской академии» Управления делами Президента Российской Федерации и Университетской клиники Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова было проведено открытое проспективное рандомизированное исследование, включавшее два этапа. На первом этапе производилась оценка клинических проявлений акнеподобной сыпи у 75 пациентов, получающих моноклональные антитела к EGFR и забор материала для оценки состава микробиоты кожи методом хромато-масс спектрометрии микробных маркеров. В связи с III степенью акнеподобной сыпи 16 пациентов не были включены в исследование. На втором этапе 59 пациентов были рандомизированы в 3 однородные группы: 1 группа получала лечение в соответствии с рекомендациями Российского общества клинических онкологов, 2 группа - разработанную схему лечения, включающую наружную форму ивермектина, 3 группа - разработанную схему лечения, включающую наружную форму ивермектина и топический кетоконазол. Контрольные осмотры

проводились на 0-1-2-4-6-8-10-12 неделях, во время которых проводилось фотодокументирование, определялись степень тяжести акнеподобной сыпи с использованием стандартизованной шкалы CTCAE-NCI v.4.03, индексы IGA, VAS и модифицированный дерматологический индекс качества жизни (mDLQI).

Результаты: Анализ состава микробиоты кожи пациентов с акнеподобной сыпью, индуцированной моноклональными антителами к EGFR, показал статистически значимое увеличение количества условно-патогенных бактерий Staphylococcus spp., Rodococcus spp., Bacillus cereus, Clostridium ramosum, Clostridium difficile, Peptostreptococcus anaerobius, Cutibacterium acne, снижение количества Clostridium ramosum, а также трехкратное увеличение количества условно-патогенных грибов Candida spp. При оценке эффективности схем восстановительного лечения пациентов с акнеподобной сыпью, на 1 неделе в отношении индексов VAS и mDLQI наиболее выраженная динамика отмечалась в 3 группе. Начиная со 2 неделе аналогичные результаты были получены в отношении индекса IGA. Преимущество третьей схемы восстановительного лечения в отношении всех изучаемых показателей сохранялось вплоть до 12 недели исследования.

Заключение: Разработанная схема восстановительного лечения пациентов с акнеподобной сыпью, индуцированной моноклональными антителами к EGFR, с включением наружной формы ивермектина и топического кетоконазола обладает наибольшей эффективность в отношении клинических проявлений и качества жизни онкологических пациентов, а также позволяет продолжить эффективное противоопухолевое лечение в полном объеме.

Литература

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. (ред.). *Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность).* М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018. Режим доступа: http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2017.pdf.
2. Тюляндин С.А. Таргетная терапия: двадцать лет успехов и поражений. Практическая онкология. 2019;20(4):274–288. doi:10.31917/2004274.
3. Le T., Gerber D.E. Newer-Generation EGFR Inhibitors in Lung Cancer: How Are They Best Used? Cancers (Basel). 2019; 11(3):366. doi:10.3390/cancers11030366.
4. Lynch T.J. Jr., Kim E.S., Eaby B., Garey J., West D.P., Lacouture M.E. Epidermal growth factor receptor inhibitor-associated cutaneous toxicities: an evolving paradigm in clinical management. Oncologist. 2006; 12(5):610–621. doi:10.1634/theoncologist.12-5-610.
5. Liu H.B., Wu Y., Lv T.F., Yao Y-w., Xiao Y.-Y., Yuan D.-M., Song Y. Skin rash could predict the response to EGFR tyrosine kinase inhibitor and the prognosis for patients with non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013; 8(1):e55128. doi:10.1371/journal.pone.0055128.
6. Broekman F., Giovannetti E., Peters G.J. Tyrosine kinase inhibitors: Multi-targeted or single-targeted? World J Clin Oncol. 2011; 2(2):80–93. doi:10.5306/wjco.v2.i2.80.

Рациональный подход к антитромботической терапии в некардиальной хирургии

Пряхин И.С.

Аспирант
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Москва, Россия
E–mail: vanja.prjakhin@mail.ru

Согласно оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) сердечно-сосудистые заболевания сохраняют первенство в структуре причин смертности во всем мире [1]. Учитывая рекомендации Европейского кардиологического общества, существует множество показаний для назначения антиагрегантов и антикоагулянтов в течение длительного времени. При некардиальной хирургической патологии у данных больных в периоперационном периоде чаще всего необходима отмена этих групп препаратов для снижения геморрагического риска.

По данным отечественной и зарубежной литературы, несмотря на наличие рекомендаций по периоперационному ведению данных пациентов, осложнения тромботического и геморрагического характера продолжают возникать. Общая частота развития осложнений в некардиальной хирургии составляет 7-11%, из них около 42% – кардиальные осложнения [2]. Частота периоперационного инфаркта миокарда (ИМ) при крупных оперативных вмешательствах составляет около 0.9% [3]. Некардиальные хирургические вмешательства в течение 12 месяцев после проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) увеличивают риск возникновения ИМ в 4.82 раз и риск кардиальной смерти - в 5.87 раз [4], при этом множество исследований показывает, что риск возникновения неблагоприятных кардиальных событий (MACEs) наиболее высок в первые 1-1,5 месяца после стентирования коронарных артерий при отмене двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ). Прекращение приема ДАТТ в периоперационном периоде ассоциировано с увеличением возникновения MACEs и составляет около 30%, с другой стороны - у пациентов, которые продолжали прием ДАТТ во время операции массивные хирургические кровотечения случались в 6.7% случаев. Продолжение приема малых доз ацетисалициловой кислоты (АСК) в периоперационном периоде остается неоднозначным: в одних исследованиях продолжение приема АСК не оказывало значительного влияния на частоту летального исхода и нефатального ИМ, однако увеличивало риск крупных кровотечений, а в других - продолжение приема АСК уменьшало риск MACEs и смертность, но увеличение риска кровотечений не наблюдалось. Также, по данным исследований, использование мост-терапии после отмены варфарина или прямых пероральных антикоагулянтов (ПОАК) в периоперационном периоде повышало риск периоперационных геморрагических осложнений, в основном при крупных хирургических вмешательствах. Отмена ПОАК без использования мост-терапии оказалась безопасна и вызывала меньшее количество осложнений. У пациентов, получающих комбинированную тройную или двойную антитромботическую терапию, описаны еще более высокие периоперационные риски возникновения осложнений, как геморрагического, так и тромботического генеза.

К сожалению, рутинные исследования системы гемостаза позволяют выявить лишь предоперационные риски осложнений. В периоперационном периоде потенциальную помощь для врача могут принести агрегатометрия, тромбоэластография, тест тромбодинамики. Существует небольшое количество исследований, подтверждающих важность данных методов диагностики [5-7], однако потенциальная польза этих методов для клинициста мало изучена.

Таким образом, необходимо дальнейшее изучение и обсуждение периоперационного ведения данных пациентов с учетом их индивидуальных особенностей, использованием мультидисциплинарного подхода, а также рассмотрение использования динамических лабораторных исследований гемостаза для снижения риска осложнений.

Литература

1. Сердечно-сосудистые заболевания. Всемирная организация здравоохранения. 2017 г. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).
2. Haynes A. B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population //New England Journal of Medicine. – 2009. – V. 360. – №. 5. – P. 491-499. DOI: 10.1056/NEJMsa0810119.
3. Smilowitz N. R. et al. Perioperative acute myocardial infarction associated with non-cardiac surgery //European heart journal. – 2017. – V. 38. – №. 31. – P. 2409-2417. doi: 10.1093/eurheartj/ehx313.
4. Egholm G. et al. Risk associated with surgery within 12 months after coronary drug-eluting stent implantation //Journal of the American College of Cardiology. – 2016. – V. 68. – №. 24. – P. 2622-2632.doi: 10.1016/j.jacc.2016.09.967.
5. Mahla E. et al. Platelet Inhibition and Bleeding in Patients Undergoing Non-Cardiac Surgery – The BIANCA Observational Study //Thrombosis and haemostasis. – 2018. – V. 118. – №. 05. – P. 864-872. doi: 10.1055/s-0038-1641153.
6. Corredor C. et al. The role of point-of-care platelet function testing in predicting postoperative bleeding following cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis //Anaesthesia. – 2015. – V. 70. – №. 6. – P. 715-731. doi: 10.1111/anae.13083.
7. Баландина А. Н. и др. Тромбодинамика: новый подход к диагностике нарушений системы гемостаза //Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2019. – V. 17. – №. 4. – P. 114-126.

Розацеа и нейродегенеративные заболевания

Редько С. Д.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Россия
E–mail: redko_sv@mail.ru

Анализ нескольких крупных исследований показал, что розацеа является предиктором развития нейродегенеративных заболеваний, в частности болезни Альцгеймера; существует также связь с болезнью Паркинсона.

По данным разных авторов распространённость розацеа составляет от 2 до 22% процентов, в зависимости от региона. Особенно подвержены ей лица с «кельтским» фототипом кожи [1].

Распространённость болезни Альцгеймера увеличивается с возрастом и доходит до 10 – 11% [2]. При современном темпе роста числа нейродегененеративных заболеваний к 2025 году прогнозируется количество заболевших болезнью Альцгеймера (самой распространённой причины деменции) 25 млн, а к 2050 году – от 45 млн до 115 млн. [3]

В нашей стране диагноз деменции не разделяется на отдельные виды, и болезнь Альцгеймера регистрируется достаточно редко ввиду дорогих и требующих времени исследований [2]. При этом чем раньше начато лечение, тем лучше прогноз.

Обнаружение связи в патогенезе розацеа и болезни Альцгеймера может повысить настороженность в отношении болезни Альцгеймера у пациентов с проявлениями розацеа. Более лёгкая диагностика дерматоза позволит улучшить диагностику нейродегенеративных заболеваний на более раннем этапе и своевременно начать лечение.

Нами были проанализированы статьи за последние 10 лет по исследованиям в отношении связи розацеа и нейродегенеративными заболеваниями, в том числе болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона, с целью выявить общие звенья патогенеза для обоснования целесообразности исследования лечения розацеа как предиктора развития деменции у пациентов.

При розацеа существует повышение продукции матриксных металлопротеиназ (ММП) и антимикробных пептидов (АМП) в структурах кожи [4-9]. Эти же ММП и АМП участвуют в патогенезе нейродегенеративных заболеваний, таких, как болезни Альцгеймера и Паркинсона [10-13]. Наличие розацеа не обязательно означает, что у пациентов разовьется деменция, но данные исследований указывают на имеющуюся связь.

Дальнейшие исследования помогут выяснить, может ли лечение розацеа уменьшить риск развития нейродегенеративных заболеваний, учитывая «интригующее открытие»: использование тетрациклина при розацеа снижает риск развития болезни Паркинсона [14-16].

Литература

1. BuddenkotteJ, SteinhoffM. Последние достижения в понимании и терапии розацеа.2018 Dec 3;7: F1000 FacultyRev-1885. doi: 10.12688/f1000research.16537.1.
2. Статистическая оценка болезни Альцгеймера URL: https://demenciya.ru/altsgejmer/statistika-bolezni-altsgejmera Дата публикации 27.04.2019

3. Яузина Н.А., Комлева Ю.К., Салмина А.Б. и соавт. Эпидемиология болезни Альцгеймера в мире. Неврологический журнал. 2012. №5. С. 32 – 33.
4. Эгеберг А, Хансен П.Р., Гуннар Г.Х., Джейкоб Д.П. Энн Нейро Пациенты с розацеа имеют повышенный риск деменции. 2016. Vol. 79. No 6. P. 921– 928.doi: 10.1002 / ana.24645.
5. Мусин Х.Г., Антимикробные пептиды – потенциальная замена традиционным антибиотикам // Инфекция и иммунитет. 2018. Т. 8. № 3. С. 295 – 308.
6. Азимова В.Т., Потатуркина-Нестерова Н.И., Нестеров А.С. Эндогенные антимикробые пептиды человека // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=17746 : 08.11.2020.
7. Бин П.Д. , SuhK.S., JangJ.Y., SeongS.H. и соавт. Иммуногистохимическая оценка матриксных металлопротеиназ-1, -9, транзиторного рецепторного потенциала ваниллоидного типа 1 и CD117 при гранулематозной розацеа по сравнению с негранулематознойрозацеа. ActaDermatology andVenereology. 2019. Vol. 99. No 13. P.1284–1285.doi: 10.2340/00015555-3349.
8. Abokwidir M., Feldman S.R. Rosacea Management. Center for Dermatology Research, Wake Forest School of Medicine, Уинстон-Салем, США Ведение пациентов с розацеа 25.11.2016 - 20:12 — Zartkon
9. Демина О.М., Потекаев Н. Н. **Современные** этиопатогенетические механизмы развития розацеа и новые методы терапии. Клиническая дерматология и венерология. 2017. Т.16. № 3. С. 13 – 23.
10. Минутко В.Л. Антибиотики, кишечная микробиота и болезнь Альцгеймера 24.05.2019. URL: https://minutkoclinic.com/blog-doktora-minutko/antibiotiki-kishechnaya-mikrobiota-i-bolezn-alcgeymera
11. Стасевич К.К. Альцгеймерический белок защищает от инфекций. Наука и жизнь. 2020. №11. URL: nkj.ru 30.05.2016.
12. Ривера С.,García-GonzálezL.,Хрестчатский М., KévinB., Baranger К. Металлопротеиназы и их тканевые ингибиторы при болезни Альцгеймера и других нейродегенеративных заболеваниях 2019. Vol. 76. No 16. P. 3167 – 3191.doi: 10.1007/s00018-019-03178-2.
13. Равн А.-Э., Тиссен Д.П., Эгеберг А. Кожные заболевания при болезни Паркинсона: потенциальные биомаркеры и факторы риска. Clinical, Cosmetic Investigational Dermatology 2017. Vol. 10. P. 87–92.DOI: 10.2147 / CCID.S130319
14. Эгеберг А., ХансенП.Р., Гисласон Г.Х., Тиссен Д.П. Изучение связи между розацеа и болезнью Паркинсона: датское общенациональное когортное исследование. JAMA Neurology. 2016. Vol.73. No 5. P. 529 – 534. doi: 10.1001 / jamaneurol.2016.0022.
15. Mathieu R.J., Гвидо Н., Иблер Э., Серрано L., Рангель С.М. и соавт. Розацеа и последующая диагностика болезни Паркинсона: крупное, городское, одноцентровое ретроспективное исследование популяции пациентов в США2018 Apr; JEADV. Vol. 32. No 4. P.e141– e144. doi:10.1111/jdv.14638.
16. Винго Т.С. Риск болезни Паркинсона у пациентов с розацеа. 2016. JAMA NeurologyVol. 73. No 5. P. 501– 502. DOI: 10.1001 / jamaneurol.2016.0291.

Использование липофилинга при лечении линейной склеродермии

Рубан К.Э.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра Дерматовенерологии и Косметологии
Москва, Россия
E–mail: dr.karinaruban@gmail.com

Линейная склеродермия — это хроническое заболевание, приводящее к очаговым склеротическим дефектам мягких тканей, таким как “encoupdesabre” (“удар саблей”). Заболевание приводит к формированию косметического дефекта, который в значительной степени снижает качество жизни пациентов. Данный факт требует поиска современной и безопасной терапии с целью получения оптимального эстетического результата. Использование липофилинга рассматривается как перспективная методика, которая способна восстановить дефекты мягких тканей, сгладить контуры очага при линейной склеродермии. Кроме того, аутологичная жировая ткань содержит мезенхимальные стволовые клетки (AD-MSC), противовоспалительные медиаторы (IL-10,11,13), антифибротические факторы (коллагеназа), способные положительно влиять на течение заболевания [1,2]. Целью данной работы является рассмотрение преимуществ использования липофилинга при лечении больных с линейной склеродермией. Для этого был проведен обзор специализированной литературы через базы PubMedпо запросам: «lipofilling», «fatgrafting», «linearsclerodermatreatment». Рассмотрен обзор патофизиологических механизмов развития склеродермии, на которые можно воздействовать при лечении липофилингом, а также сама методика подготовки жирового аутотрансплантата для трансфера. Проведенное исследование показало, что использование липофилинга у больных с линейной склеродермией эффективно и безопасно. Методика способствует восстановлению дефекта мягких тканей, увеличивает клеточный регенераторный потенциал, улучшает внешний вид за счет коррекции объема и сглаживания неровностей кожи. Наличие большого количества мезенхимальных стволовых клеток, противовоспалительных и антифибротических факторов уменьшает клинические проявления хронического воспаления и фиброза, что приводит к улучшению течения заболевания у больных с линейной склеродермией и способствует повышению качества жизни.

Литература

1. Strong A. L. et al. Fat Grafting for the Treatment of Scleroderma //Plastic and reconstructive surgery. – 2019. – Т. 144. – №. 6. – С. 1498-1507.
2. Barin E. Z. et al. Treatment of linear scleroderma (en coup de sabre) with dermal fat grafting //Journal of Cutaneous Medicine and Surgery. – 2016. – Т. 20. – №. 3. – С. 269-271.

Сорбционная экстракорпоральная детоксикация в интенсивной терапии тяжелого сепсиса

Самуйлов А.А.

Аспирант

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра травматологии и ортопедии

Москва, Россия

E–mail: sasha.samuilov@yandex.ru

Сепсис означает крайне летальное состояние с заболеваемостью 50-95 случаев на 100 000 человек и составляет 2% госпитализаций [1]. Примерно 9% пациентов с сепсисом прогрессируют до тяжелого сепсиса, а 3% с тяжелым сепсисом испытывают септический шок, который составляет 10% госпитализаций в больницу [2]. Сепсис и септический шок являются основными причинами дисфункции многих органов и смерти в отделении интенсивной терапии. Часто наблюдается одновременная дисфункция различных органов, что приводит к так называемому синдрому полиорганной дисфункции / отказа [3].
Целью данной работы было изучение результатов лечения пациентов с тяжелым сепсисом на основе включения современных методов экстракорпоральной детоксикации в процесс комплексной интенсивной терапии.

Было выполнено рандомизированное контролируемое исследование с учетом данных клинико-диагностических характеристик двух групп пациентов с сепсисом.

В отношении основного критерия эффективности исследуемой терапии получили достоверное снижение фактической летальности в группе пациентов с селективной цитокиновой гемосорбцией. 28-дневная летальность в основной группе составила 20%, что говорит о лучших результатах по сравнению с контрольной группой, где летальность составила 50%.

Проведенное исследование показало эффективность применения современных методов сорбционной экстракорпоральной детоксикации в интенсивной терапии тяжелого сепсиса

Литература

1. Грувер К.П., Белобородов В.Б., Кузьменко Т.Н. Актуальные аспекты сепсиса. Антибиотики и химиотерапия. 2011. Т.56, № 3–4. С.35– 40.
2. Houschyar KS, Pyles MN, Rein S, et al. Continuous Hemoadsorption with a Cytokine Adsorber during Sepsis – a Review of the Literature. The International Journal of Artificial Organs. 2017; 40(5):205-211. doi:10.5301/ijao.5000591
3. Binker MG, Cosen-Binker LI. Acute pancreatitis: The stress factor. World J Gastroenterol 2014; 20(19): 5801-5807. doi:10.3748/wjg.v20.i19.5801
4. Kaukonen KM, Bailey M, Suzuki S, Pilcher D, Bellomo R. Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000-2012. JAMA. 2014 Apr 2; 311(13):1308-16. doi: 10.1001/jama.2014.2637.

Современные подходы к лечению вирусных бородавок

Сименская Е.М.

ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Россия
E–mail: katesimens997@gmail.com

Актуальность. Вирусы папилломы человека (ВПЧ)- группа ДНК-содержащих вирусов семейства Papovaviridae, вызывающих доброкачественное пролиферативное заболевание кожи, которое характеризуется появлением эпидермальных узелков с реактивными изменениями дермы. Клинические проявления папилломавирусной инфекции кожи наблюдаются у 3-9% детей и подростков и у 28-30% взрослых лиц, имеют тенденцию к длительному рецидивирующему течению.В настоящее время существуют различные методы лечения бородавок, большинство из них направлено на деструкцию вирусных образований. Данные подходы часто болезненные и оставляют косметический дефект, некоторые из них имеют неудовлетворительный профиль безопасности.В течение последнего десятилетия возрос интерес к методам лечения бородавок, целью которых является стимуляция иммунного ответа на ВПЧ [1].

Цель. Цель настоящей работы – проведение обзора литературы, посвященной новым подходам к лечению вирусных бородавок и оценка их эффективности и возможности применения в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Поиск литературных источников проводился с использованием базы данных медицинских и биологических публикаций PubMed. Автором было отобрано и проанализировано 25 статей. Поиск статей производился по ключевым словам: бородавки, фотодинамическая терапия, лечение, подошвенные бородавки, вульгарные бородавки, околоногтевые бородавки, фотодинамическая терапия.

Результаты. Для пациентов педиатрического профиля проводилось сравнение перорального приемациметидина, наружного использования азотно-цинкового комплекса с традиционными методами лечения, такими как криотерапия и химическоеудаление[2,3]. Новые подходы к лечению бородавок оказались более безопасными и менее болезненными. При лечении циметидином полный регресс высыпаний наблюдался у 7 (87,5%) из 8 (100%) пациентов. Было показано, что данный препарат усиливает клеточный иммунитети митотическую активность Т-лимфоцитов [2]. Лечение бородавок с использованием азотно-цинкового комплекса также показало высокую эффективность, с полным разрешением эффлоресценций у 10 (83,9%) из 12 (100%) пациентов [3].

Мета-анализ данных по результатам лечения вульгарных и подошвенных бородавок у взрослых показал, что внутриочаговое введениераствора блеомицина привело к полному излечению 15 (83,3%) из 18 (100%) пациентов [4]. При внутриочаговом введение антигенаCandidaalbicans полное излечение наблюдалось у (76,7%) в отличии от лечения криотерапией жидким азотом у (56,7%) [5]. Наружное нанесение крема имиквимод значительно уменьшило площадь околоногтевых бородавок и в дальнейшем привело к полному излечению за 8 недель терапии [6]. Также были рассмотрены комбинированные методы лечения подошвенных бородавок: поверхностное смазывание блеомицином с микроигольчатым повреждением бородавкок, комбинация кюретажа, фотодинамической терапии с микронидлингом. Данные методы показали хорошие результаты: при комбинации блеомицина с

микроигольчатым повреждением полное излечение наблюдалось у 16 (88,9%) из 18 (100%), при лечении комбинацией кюретажа, фотодинамической терапией с микронидлингомполная ремиссия наблюдалась у 11 (84,6%) пациентов из 12 (100%) [7]. При использовании последнего метода наблюдалось быстрое излечение, низкая частота рецидивов и отсутствие косметических дефектов [8].

Заключение. Для лечения детей самым безопасным и эффективным методом лечения оказалось применение циметидина перорально. Для лечения подошвенных бородавок у взрослых наиболее эффективным был комбинированный метод блеомицина с микроигольчатым повреждением. Наиболее эффективным и безопасным методом удаления стойких подошвенных и околоногтевых бородавок у взрослых является комбинированный метод, включающий фотодинамическую терапию и кюретаж.

Литература

1. Sam Gibbs .The trials of treating warts. Indian J Dermatol Venereol Leprol, Nov-Dec 2014;80(6):495-6.
2. Bibhuti B Das , Kristin Anton , Nelia Soares , Susan Riojas , Jodi Mcdermott , Leah Knox , Susan Daneman , Bao N Puente . Cimetidine: A Safe Treatment Option for Cutaneous Warts in Pediatric Heart Transplant Recipients 2018 Apr 8; 6(2):30.
3. Aniza Giacaman , Corinne Granger , Sonia Aladren , Ana Bauzá , Bárbara Alomar Torrens , María Riutort Mercant , Ana Martin-Santiago . Use of Topical Nitric-Zinc Complex Solution to Treat Palmoplantar and Periungual Warts in a Pediatric Population .Dermatol Ther (Heidelb). 2019 Dec; 9(4):755-760.
4. Hend D. Gamil, Mohamed M. Nasr, Fathia M. Khattab & Amira M. Combined therapy of plantar warts with topical bleomycin and microneedling: a comparative controlled study.J Dermatolog Treat. 2020 May; 31(3):235-240
5. Fahime Khozeimeh , Farahzad Jabbari Azad , Yaghoub Mahboubi Oskouei , Majid Jafari , Shahrzad Tehranian , Roohallah Alizadehsani , Pouran Layegh 1. Intralesional immunotherapy compared to cryotherapy in the treatment of warts. Int J Dermatol 2017 Apr; 56(4):474-478.
6. Phuong Pham Thi Minh , Loan Pham Thi , Anh Tran Lan , Thuong Nguyen Van , Hung Le Van , Van Tran Cam , Marco Gandolfi , Claudio Feliciani , Francesca Satolli , Michael Tirant , Aleksandra Vojvodic , TorelloLotti . Early Treatment with Imiquimod 5% Cream of Periungual Warts in Vietnam: The Poorer, the Better .Open Access Maced J Med Sci. 2019 Jan 25; 7(2):214-216
7. S Caccavale, AIocco, G Pieretti, R Alfano, G Argenziano. Curettage + microneedling + topical ALA-PDT for the treatment of acral resistant warts: Our experience. Photodiagnosis Photodyn-Ther. 2019 Sep; 27:276-279.
8. Kai Huang , Yang Xie , Mingjia Li , Dihui Liu , Juan Su , Fangfang Li , Bo Deng , Jie Li , Wei Shi , Jianglin Zhang , Xiang Chen , Shuang Zhao , Lisha Wu . A Comparative Study: Superficial Shaving Combined With Photodynamic Therapy Versus Cryotherapy in the Treatment of Recalcitrant Plantar Warts. 2020 Oct;52(8):747-752.

Кататония в структуре аффективных расстройств

Скандарян А.А.[1], Харькова Г.С.[2]

1. Ординатор
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), кафедра психиатрии и психосоматики
2. Младший научный сотрудник
ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья»

Москва, Россия

E-mail: anton.skandaryan@gmail.com

Уже давно известно, что кататонические симптомы встречаются при различных аффективных состояниях[1]. Известная ранее «melancholia attonita», Кальбаумом была описана не как самостоятельное заболевание, а признавались фазой в течение эндогенного заболевания. С тех пор было опубликовано большое число других публикаций о манифестации кататонических симптомов при аффективных расстройствах. В настоящее время изучение данной проблемы остается актуальным [2], [3], [4], [5].

Целью настоящего исследования было изучение клинических проявлений кататонии, формирующихся в рамках аффективных расстройств.

Материалы исследования. Было изучено 9 пациентов с симптомокомплексом кататонии в рамках аффективных расстройств в возрасте от 19 до 55 лет (средний возраст 36,4 лет ± 18,4; средний возраст начала заболевания 24,3лет ± 24,04; средний показатель длительности заболевания к моменту обследования 1,1 лет ± 15,86) Пациенты были обследованы клиническим и психометрическим методами с применением шкалы оценки кататонических расстройств BFCRS (Bush-Francis Catatonia Rating Scale [G. Bush, M. Fink, G. Petrides, F. Dowling, A. Francis, 1996]). Среди этих пациентов было диагностировано шизоаффективное расстройство (F25 по МКБ-10), шизотипическое расстройство (F21 по МКБ-10) с аффективными фазами и признаками «мягкой» кататонии (от 2 до 35 баллов по шкале BFCRS).

Результаты исследования. Выраженность кататонических симптомокомплексов (скованность, субступорозные эпизоды «зависания» до нескольких минут и замедленность при выполнении произвольных действий и др.), выступающих в рамках кататоно-аффективных фаз была непосредственно связана с выраженностью аффективных фаз и редуцировалась по мере аффективного расстройства.

В зависимости от типа течения заболевания, манифестирующих аффективно-кататоническими фазами, все наблюдения были разделены на 2 группы.

Первая группа (n = 6) с манифестацией психического заболевания (шизотипическое расстройство) в подростковом возрасте (средний возраст 15,3 лет ± 3,78) - вялое течение с экзацербациями в виде кататоно-аффективных фаз (приступов). В структуре аффективной патологии преобладали с тревожно-апатические, апато-адинамические и ипохондрические депрессии.

Вторая группа (n = 3) с «поздней манифестацией» заболевания в зрелом возрасте (средний возраст 42,3г лет ± 4,93) в рамках шизоаффективного расстройства. Спектр аффективной патологии включал тревожные, ипохондрические депрессии, а также гипомании.

Приведенные данные в аспекте новой нозологической парадигмы психических расстройств (DSM-V и проект МКБ-11), могут рассматриваться в рамках дименсиональной концепции кататонии, наблюдающейся при широком круге психической, в том числе – аффективной патологии.

Литература

1. Fink M.T., Taylor M.A., Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. Am J Psychiatry 2003;160:1233–1241
2. Tandon R, Heckers S, Bustillo J et al. Catatonia in DSM-5. Schizophr Res 2013; 150:26-30.
3. Luchini F., Bartolommei N., Benvenuti A. M., Mauri, L. Lattanzi. Catatonia dalle prime descrizioni al DSM 5; J of psychopatology 2015; 145-151
4. А.Е. Конорева, Э.Э. Цукарзи, С.Н. Мосолов, Психофармакотерапия, 2019; Кататония: патофизиология, диагностика и современные подходы к лечению, 2-10.
5. А.В. Кузнецов, Кататонические расстройства в клинической картине остропротекающих психотических состояний. Психиатрия и психофармакотерапия. 2020; 5: 27–31.

Методы сохранения и создания возможности протезирования зубов при значительном разрушении ниже уровня десны или зубов с минимальным феррул-эффектом обзор литературы

Смирнова Е.И.
Ординатор
Гажва С. И.
Д.м.н., профессор
Тетерин А. И.
К.м.н., доцент
ФГОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра ФДПО
Нижний Новгород, Россия
e-mail: Smirnova.kat@gmail.com.

Восстановление обширных дефектов твердых тканей и кариозных полостей зубов, затрагивающих цементно-эмалевое соединение и расположенных ниже уровня мягких тканей, представляет рутинную клиническую ситуацию в практике врача-ортопеда и правильный выбор метода сохранения зубов с минимальным либо отсутствующим феррул-эффектом остается крайне актуальным. Литературные данные по этому вопросу весьма разнообразны. На основании аналитического обзора литературы были сиситематизированы показания и противопоказания к двум методам сохранения зубов: ортодонтической экструзии и хирургическому удлинению коронки.

Показания к ортодонтической экструзии:

1. Поддесневые или внутрикостные повреждения зубов, расположенных между цементно-эмалевой границей и верхней третью корня, вызванные кариесом, поперечными или косыми фрактурами, перфорацией, внутренней или наружной резорбцией корня;
2. Создание реставраций, затрагивающих биологическую ширину, в том числе в эстетически значимой зоне;
3. Уменьшение локальных дефектов кортикальной кости и изолированных периодонтальных карманов;
4. Ортодонтическая экстракция зубов, если хирургическое вмешательство противопоказано (пациенты, получающие химиотерапию/радиотерапию и т.д.).

Потивопоказаниями к ортодонтической экструзии:

1. Явления анкилозирования или гиперцементоза корня зуба;
2. Продольная фрактура корня зуба;
3. Близкое расположение корня зуба к анатомическим структурам соседних зубов;
4. Недостаточная длина корня (соотношение длины коронковой части зуба к корневой меньше, чем 1:1);
5. Недостаточное пространство для протезирования;
6. Уязвимость фуркации зуба.

Показания к хирургическому удлинению коронки:

1. Поддесневые границы препарирования и реставраций зубов (для восстановления нарушенной биологической ширины);
2. Поддесневые кариозные поражения зубов;.
3. Фрактуры корня или резорбция в цервикальной трети корня зуба;
4. Перфорации парапульпарными штифтами цервикальной трети корня зуба;
5. Недостаточная ретенция коронок зубов;
6. Патологическая стираемость зубного ряда (перед реконструкцией);
7. Короткие клинические коронки зубов и высокая линия улыбки в эстетически значимой зоне;

8. В комбинации с зубосохраняющими операциями – ампутацией, гемисекцией, сепарацией.

Противопоказания к хирургическому удлинению коронки:

1. Патологическая окклюзия (чрезмерное жевательное давление может вызвать дополнительную нагрузку на редуцированный пародонт);
2. Близко расположенные корни соседних зубов;
3. Выраженные слизистые тяжи, мелкое преддверие полости рта, выраженный косой наружный гребень в зоне вмешательства (риск апикального смещения лоскута);
4. Неудовлетворительная гигиена полости рта пациента;
5. Заболевания пародонта в активной стадии, в том числе наличие глубоких пародонтальных карманов и кровотечения при зондировании.

Литература:

1.Tsilingaridis G, Malmgren B, Andreasen JO, Malmgren O. Intrusive luxation of 60 permanent incisors: a retrospective study of treatment and outcome. Dent Traumatol 2012;28: 416–22.

2. Baba, Nadim Z. Contemporary restoration of endodontically treated teeth: evidence-based diagnosis and treatment planning. Quintessence Publishing Co Inc 2013.

Современные аспекты течения и диагностики Синдрома Блоха-Сульцбергера

Тамразова А. В.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра Дерматовенерологии и Косметологии
Москва, Россия
E–mail: anaittamrazova@gmail.com

Синдром Блоха-Сульцбергера (СБС), или недержание пигмента (Incontinentia pigmenti),- это редкое заболевание с Х-сцепленным доминантным типом наследования, при котором аномалии кожи и ее придатков сочетаются с повреждением других органов и систем эктодермального происхождения.

По оценкам исследователей частота недержания пигмента составляет 0,7 случая на 100 000 рождений [1]. Учитывая тот факт, что это заболевание редкое, неонатологи, видя у новорожденного на коже распространенные везикулы, зачастую ставят инфекционные диагнозы и необоснованно проводят длительную антимикробную терапию, что может ухудшить состояние ребенка.

Подавляющее большинство пациентов с СБС– женщины, поскольку данная мутация является летальной для гемизиготных (XY) мужчин, однако наличие кариотипа 47 XXY, искаженной инактивации Х-хромосомы или менее вредных мутаций в гене NEMO обеспечивают защиту от патологических эффектов мутации и позволяют некоторым мужчинам выжить [2].

Синдром Блоха-Сульцбергера вызван мутацией гена NEMO, расположенного в локусе Xq28 Х-хромосомы и отвечающего за продукцию фактора транскрипции NF-kB (ядерный фактор каппа-В), необходимого для регуляции воспалительных и апоптотических путей [3]. В результате мутации запускается каскадный механизм апоптоза клеток, имеющих эктодермальное происхождение (кожа, зубы, центральная нервная система, сетчатка глаза и др.), что и обуславливает основные поражения, наблюдаемые при данном синдроме.

Интересно отметить, что несмотря на то, что при СБС описаны множественные повреждения различных органов и систем, в большинстве случаев синдром у пациентов развивается не с полной клинической картиной, но всегда включает кожные проявления, которые отличаются стадийностью [4]. Важнейшей особенностью локализации кожных высыпаний при СБС является их расположение на коже согласно линиям Блашко. Высыпания появляются при рождении и проходят четыре последовательные стадии, которые в настоящее время отражены в диагностических критериях СБС. Первая стадия – везикулёзная, характеризуется появлением пузырьков с плотной покрышкой и серозным содержимым на эритематозном фоне, расположенных линейно на боковых частях туловища и сгибательных поверхностях конечностей. Спустя несколько недель высыпания сменяются папулами с веррукозной поверхностью, что соответствует второй – гипертрофической стадии. В возрасте 12-40 недель начинается третья стадия – пигментная, которая характеризуется участками гиперпигментации, напоминающими «волны на песке» или «брызги грязи». Четвертая - атрофическая стадия наступает спустя несколько лет, сохраняется во взрослом возрасте и

характеризуется участками линейной атрофии и гипопигментации. Данные полосы сохраняются у пациентов в течение всей жизни.

Помимо типичных высыпаний на коже, для пациентов с данным синдромом характерны и другие эктодермальные дефекты, такие как алопеция, дистрофия ногтей, поражение зрительного анализатора (отслойка сетчатки, атрофия зрительного нерва, косоглазие и др.), гиподонтия, коническая форма зубов, асимметрия грудной клетки. Особую опасность представляет поражение ЦНС, сопровождающееся судорожным синдромом, парезами и олигофренией [5].

Ассоциация кожных высыпаний с внекожными проявлениями наблюдается от 20 до 80% случаев, что и будет обуславливать тяжесть течения заболевания [1]. В период новорожденности крайне сложно оценить прогноз развития заболевания. Учитывая данный факт и возможную тяжесть течения системных поражений, на первый план выходит ранняя диагностика заболевания и всестороннее обследование ребенка. Основные диагностические ошибки наблюдаются в неонатальном возрасте, поскольку везикулёзные поражения ошибочно трактуются как признак исключительно инфекционно-воспалительных заболеваний, таких как врожденная ветряная оспа, герпесвирусная инфекция, стрепто-стафилококовые инфекции, и пациентам проводят без эффекта длительную противовирусную и антибактериальную терапию [6].

Специфической терапии заболевания не существует. Применение местных и системных антибактериальных средств не рекомендовано, возможно использование местных антисептиков для профилактики вторичной инфекции. При работе с мультисистемным заболеванием необходимо долгосрочное, индивидуализированное, многопрофильное наблюдение и коррекция проявлений со стороны невролога, офтальмолога, стоматолога и психолога. Важное значение имеет медико-генетическое консультирование.

Нерешенными вопросами в изучении СБС являются: генетические аспекты заболевания, в том числе и реализация синдрома у мальчиков; определение прогноза заболевания в неонатальном и младенческом возрасте; терапевтические аспекты.

Учитывая тот факт, что кожные проявления являются первыми и обязательными симптомами СБС, роль дерматологов и неонатологов имеет решающее значение в ранней диагностике данного заболевания. Несмотря на отсутствие понимания прогноза заболевания, своевременная диагностика данного синдрома позволяет вовремя начать симптоматическую корректирующую терапию специалистами других областей и выделить группы риска детей по развитию угрожающих жизни осложнений.

Литература

1. Cammarata-Scalisi F, Fusco F, Ursini MV. Incontinentia Pigmenti. Actas Dermosifiliogr. 2019 May;110(4):273-278. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2018.10.004. Epub 2019 Jan 17. PMID: 30660327.

2. Kenwrick S, Woffendin H, Jakins T et all. International IP Consortium. Survival of male patients with incontinentia pigmenti carrying a lethal mutation can be explained by somatic mosaicism or Klinefelter syndrome. Am J Hum Genet. 2001 Dec;69(6):1210-7. doi: 10.1086/324591. Epub 2001 Oct 22. PMID: 11673821; PMCID: PMC1235532.

3. Smahi A, Courtois G, Vabres P et all. Genomic rearrangement in NEMO impairs NF-kappaB activation and is a cause of incontinentia pigmenti. The International Incontinentia

Pigmenti (IP) Consortium. Nature. 2000 May 25;405(6785):466-72. doi: 10.1038/35013114. PMID: 10839543.

4. Greene-Roethke C. Incontinentia Pigmenti: A Summary Review of This Rare Ectodermal Dysplasia With Neurologic Manifestations, Including Treatment Protocols. J Pediatr Health Care. 2017 Nov-Dec;31(6):e45-e52. doi: 10.1016/j.pedhc.2017.07.003. Epub 2017 Sep 1. PMID: 28870493.

5. Ocaña Jaramillo S, Del Boz J, Vera Casaño Á. Incontinencia pigmenti. Estudio descriptivo de la experiencia en dos centros hospitalarios [Incontinentia pigmenti. A descriptive study of experience in two different hospitals]. An Pediatr (Barc). 2020 Jan;92(1):3-12. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.04.004. Epub 2019 May 17. PMID: 31109788.

6. Pavlek L, Schmidt J. Visual Diagnosis: Vesicular Rash in a Neonate. Pediatr Rev. 2017 Sep;38(9):e32-e34. doi: 10.1542/pir.2016-0186. PMID: 28864744.

Реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренного сустава

Уткина Е.А., Образцова М.А., Артамонов Н.А., Гуляева А.Н., Валиева Г.А., Гусакова Е.В., Иванова И.И.

Ординаторы
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом клинической психологии и педагогики
Москва, Россия
E–mail: Redpants@mail.ru

Актуальность. Поражения тазобедренного сустава, проявляющиеся тяжелой дисфункцией нижних конечностей и позвоночника на фоне выраженного болевого синдрома, занимают по частоте одно из первых мест среди болезней опорно-двигательного аппарата, а инвалидность при этой патологии достигает 64 % [1]. Исходя из эпидемиологических показателей, касающихся эндопротезирования тазобедренного сустава, в послеоперационной реабилитации нуждаются 100 % больных. В то же время при анализе источников информации было выявлено отсутствие единой «методологической базы», позволяющей добиться желаемого восстановления функциональных возможностей оперированного тазобедренного сустава [2].

На клинической базе кафедры физической и реабилитационной медицины с курсом клинической психологии и педагогики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ проводится комплексная, этапная программа реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Программа реабилитации включает в себя несколько последовательных этапов.

1. Предоперационный период:

• сеансы гипербарической оксигенации с целью предупреждения послеоперационных осложнений и активизации репаративных процессов в послеоперационном периоде;
• обучение ходьбе на костылях с целью облегчения постановки на них в послеоперационный период.

2. Ранний период реабилитации:

• профилактику ранних послеоперационных осложнений, включая дыхательную гимнастику, щелочные ингаляции, эластичное бинтование нижних конечностей от стоп до средней трети бедра на срок до трех недель;
• формирование в ЦНС доминанты «нового» стереотипа ходьбы методом позиционного укладывания на кровати, постепенное расширение двигательного режима;
• подбор индивидуальных комплексов лечебной физкультуры от изометрической гимнастики на 2–3 сутки с добавлением упражнений на отведение и напряжение мышц голени и бедра, обучение ходьбе на костылях к 5–6 дню без опоры на оперированную конечность;
• выписку из стационара на 12–14 сутки с рекомендациями соответствующего ортопедического режима в течение 2–3 месяцев.

3. Поздний период реабилитации предполагает:

• формирование мышечного корсета, стабилизирующего движения оперированного сустава с помощью методов ЛФК, где акцент направлен на количество и на время удержания конечности в отведенном состоянии, ходьба с дозированной опорой на оперированную конечность, перевод на трость, которой больной пользуется 1–1,5 месяцев;
• ликвидацию сохраняющихся явлений лимфостаза в виде уплотнения мягких тканей бедра, сопровождающихся неприятными ощущениями тянущего характера в области хирургического доступа с помощью воздействия знакопеременным электростатическим полем высокого напряжения;
• коррекцию стереотипа ходьбы с помощью проведения электростимуляции мышц, окружающих тазобедренный сустав с целью уменьшения асимметрии ходьбы;
• низкочастотную магнитотерапию на зону оперативного вмешательства с противоотечной целью и для улучшения трофики тканей тазобедренного сустава;
• из общесоматических мероприятий в этот же период пациенты получают курс гипербарической оксигенации для оптимизации трофических процессов, ускорения остеоинтеграции оперированной конечности, благодаря способности гипербарического кислорода устранять гипоксию, уменьшать спазм сосудов в зоне ишемии, улучшать капиллярный кровоток;
• выписывается больной из стационара на 12 сутки под наблюдение хирурга поликлиники с рекомендациями ежемесячного массажа, занятий ЛФК, электростимуляции каждые 3 месяца.

Отдаленный период реабилитации подразумевает коррекцию координации двигательного акта посредством расширенных комплексов лечебной физкультуры, массажа, электростимуляции и других восстановительных технологий.
Эффективность реабилитационной программы оценивалась по следующим критериям: 1) объем движений (сгибание/разгибание, отведение/приведение) до операции и в разные сроки восстановления, 2) болевой синдром (оценивался по Визуально-аналоговой шкале), 3) отказ от опоры при ходьбе, 4) восстановление удовлетворительного и хорошего мышечного тонуса, снижение явлений венолимфостаза дистальных отделов конечности, 5) возврат к трудовой деятельности лиц от 27 до 60 лет.

Данная комплексная этапная программа реабилитации, являющаяся частью мультидисциплинарного подхода к лечению хирургических больных с патологией тазобедренного сустава, позволила снизить количество послеоперационных осложнений и сроки пребывания больных в стационаре, оптимизируя оказание медицинской помощи населению без значительных материальных затрат. Кроме того, использование данной системы трехэтапной реабилитации больных, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, повышает качество их жизни.

Литература

1. Атаманский И.А. Наш опыт эндопротезирования при тяжелой двусторонней патологии тазобедренного сустава / И.А. Атаманский, Е.А. Волокитина, А.В. Каминский // Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов: Мат. Всероссийской конференции. – Курган, 2004. – С. 32–33.
2. Беленький, В.Е. Диалог ортопеда и биомеханика / В.Е. Беленький, Г.В. Куропаткин // Вестник травматологии и ортопедии. – 1994. – № 4. – С. 57–61.

Опыт применения экзоскопа с объемной визуализацией при проведении кохлеарной имплантации.

Фариков С.Э.

Аспирант
Научный руководитель – дмн, проф. Русецкий Ю.Ю.
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра оториноларингологии
Москва, Россия
E–mail: seitmurat.f@mail.ru

Микроскоп как инструмент визуализации при операциях на среднем ухе был впервые использован C.Nylén. Это событие дало толчок развитию микрохирургическим вмешательствам. На данный момент операционный микроскоп является «золотым стандартом» в тех специальностях, где требуется высокое качество изображения при обширном увеличении и освещении [1].

С течением времени конструкция операционного микроскопа претерпела значительные изменения. Это сложные оптические системы либо на тяжелом основании, либо жестко фиксированные, с встроенным компьютером и дополнительной системой контроля. Ряд сложностей работы связанных с таким сложным по конструкции и большим по габаритам оборудованием дает основание для поиска альтернативных методов визуализации [1,2].

Предложенные гораздо позже эндоскопический метод и двухмерная экзоскопия в силу ограничений смогли стать лишь вспомогательными способами визуализации [1].

Внедрение на протяжении последних двух лет трехмерной (объемной) экзоскопии явилось новым этапом в микрохирургии. Успешный опыт применения в некоторых направлениях хирургических специальностей способствует распространению данного метода визуализации [2].

Таким образом, можно предположить, что объемная визуализация применима в микрохирургии уха.

Цель: оценить начальный опыт применения трехмерного экзоскопа при проведении кохлеарной имплантации.

Материалы и методы: детям до 18 лет (31 человек) была проведена кохлеарная имплантация под экзоскопом с объемной визуализацией. В ходе данного типа оперативного вмешательства были оценены качество изображения, особенности этапов проведения операции, субъективные показатели удобства использования.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования отмечено легкость в освоении метода визуализации. Использование нового метода не потребовало изменения хода кохлеарной имплантации. С увеличением числа проведенных операций время на этапы оперативного вмешательства под экзоскопом достоверно уменьшалось. Качество изображения не уступает микроскопу.

Выводы: начальный опыт использования экзоскопа с объемной визуализацией показал, что этот метод является хорошей альтернативой операционному микроскопу при проведении кохлеарной имплантации.

Литература

1. Ross DA, Ariyan S, Restifo R, Sasaki CT. Use of the operating microscope and loupes for head and neck free microvascular tissue transfer: A retrospective comparison. Arch Otolaryngol - Head Neck Surg. 2003;129(2):189-193.
2. Carta F, Mariani C, Marrosu V, Gerosa C, Puxeddu R. Three-dimensional, high-definition exoscopic parotidectomy: a valid alternative to magnified-assisted surgery. Br J Oral Maxillofac Surg. 2020.

Комплексная диагностика рака предстательной железы с применением МРТ/ТРУЗИ-fusion навигации

Федонникова М.Н.

Ординатор

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Москва, Россия

E–mail: mfedonnikova@gmail.com

Актуальность проблемы диагностики рака предстательной железы обусловлена тем, что число ложноотрицательных результатов и случаев недооценки степени агрессивности опухоли остается чрезмерно высоким. Особого внимания заслуживает метод ТРУЗИ-МРТ-fusion [1].

В результате анализа литературы систематизированы данные о стандартных методиках проведения биопсии при раке предстательной железы, в частности рассмотрена методика ТРУЗИ МРТ-fusion в диагностике рака предстательной железы.

По данным Хмара Т.Г. применение ТРУЗИ в диагностике РПЖ целесообразно, так как способность этого метода к распознаванию локальных изменений простаты, которые могут представлять собой участки развития раковой опухоли, значительно превышает чувствительность пальцевого ректального исследования. С помощью ультразвукового исследования возможно динамическое наблюдение, что позволяет определить эффективность противоопухолевой терапии, а у больных после хирургического лечения - своевременно диагностировать рецидив. [2]**.**

Ограничением данного метода является низкая специфичность, поэтому необходимо использование комплекса диагностических методов, с обязательным морфологическим подтверждением. Для определения распространенности патологического процесса целесообразно использовать МРТ.

Технология, совмещающая МРТ и ТРУЗИ позволяет выполнить прицельную биопсию под УЗ-контролем с учётом изменений, выявленных на МРТ. Методику прицельной биопсии с МРТ/ТРУЗИ fusion-навигацией следует применять для верификации РПЖ только у пациентов при наличии подозрительных участков по данным МРТ. По данным Долгачёвой Д.В., Алексеева Б.Я., Степанова С.О., Скрепцовой Н.С., Корякина А.В., Евтягиной Н.В. это результативная методика, которой следует отдать предпочтение при выборе способа получения гистологического материала при наличии показаний для биопсии [3].

Выводы: на основании анализа приведенных исследований можно сделать вывод о том, что каждый из методов имеет свои преимущества и недостатки. Таким образом, для верификации диагноза рака предстательной железы важен комплексный подход к диагностике заболевания. Использование технологии ТРУЗИ и МРТ-fusion дают возможность получить более полноценную диагностическую картину, что позволяет врачу выбрать наиболее подходящую тактику лечения пациента.

Литература

1. Коссов Ф.А., Камолов Б.Ш., Абдуллин И.И., Баранова Е.О., Шориков М.А., Панов В.О., Тюрин И.Е., Матвеев В.Б., Григорьев Н.А., Долгушин Б.И. Применение МРТ/УЗИ fusion-биопсии в диагностике клинически значимого рака предстательной железы. *Онкоурология*. 2017;13(3):61-70.
2. Хмара Т.Г. Ультразвуковая и магнитно-резонансная томография в комплексной диагностике рака предстательной железы // Саратовский научно-медицинский журнал. 2008
3. Долгачёва Д.В., Алексеев Б.Я., Степанов С.О., Скрепцова Н.С., Корякин А.В., Евтягина Н.В. Совершенствование алгоритма диагностики рака предстательной железы с применением МРТ/ТРУЗИ - fusion навигации // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2018.

Провокационные тесты в диагностическом поиске индуцированной крапивницы

Фролова Е. С.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра Дерматовенерологии и Косметологии
Москва, Россия
E–mail: izumcha48@gmail.com

Хроническая индуцированная крапивница (ХИК) - это группа хронических крапивниц, характеризующихся появлением рецидивирующих волдырей, ангионевротического отека, которые возникают только после воздействия определенных внешних факторов. Триггерами ХИК являются физические или химические раздражители. К первым относятся давление (при крапивнице с отсроченным давлением), облучение (при солнечной крапивнице), трение (при симптоматическом дермографизме), температура (при холодовой и тепловой крапивнице) и вибрация (при вибрационной крапивнице). Химическими триггерами являются вода (при аквагенной крапивнице), пот (при холинергической крапивнице) и др. химические соединения, вызывающие появление волдырей (при контактной крапивнице) [5].

Диагностический поиск ХИК, как и любого другого заболевания начинается с подробного опроса больного - сбора анамнеза. На основании полученных сведений проводятся провокационные пробы. Для каждого подтипа ХИК они свои [3].

Провокационные тесты в диагностических целях имитируют физический раздражитель, приводящий к образованию волдырей и ангионевротического отека. Поскольку в редких случаях могут произойти системные анафилактические реакции, неотложная помощь должна быть доступна во время выполнения данных тестов [5]. Перед проведением провокационных тестов необходимо отменить лечение антигистаминными препаратами по крайней мере за 3 дня, а глюкокортикостероидами за 7 дней до тестирования. [1].

Для провокации симптоматического дермографизма используется тупой предмет (например, деревянный шпатель), который держат перпендикулярно коже и проводят с небольшим давлением по предплечью или верхней части спины. Также для проведения провокационного теста используется калиброванный дермографометр. Результат считают положительным, если через 10 минут после провокации возникают зудящие пальпируемые волдыри. При отсутствии зуда результат расценивается как обычный дермографизм. [4].

Провокационный тест на холодовую крапивницу включает в себя тестирование с кубиком льда, с холодными пакетами или холодный душ и TempTest измерения. TempTest-это устройство на основе элемента Пельтье, которое позволяет не просто проводить провокационные пробы, но и идентифицировать порог температуры и времени, при котором возникают реакции на холод [2].

Для подтверждения диагноза тепловой крапивницы используют металлические/стеклянные баллоны с горячей водой, системы TempTest. Следует проводить тестирование на коже сгибательной поверхности предплечья в течение 5 минут при температуре до 44о С. Результат оценивается через 10 минут после прекращения раздражения. Положительным результатом считается появление зудящих пальпируемых волдырей.

Методы провокации отсроченной крапивницы от давления включает в себя подвешивание грузов за плечо, установление стержней разного диаметра и веса (на кожу спины, бедра), использование дермографометра. Результат оценивается примерно через 6 часов после окончания провокационного тестирования.

Для провокации солнечной крапивницы применяют имитаторы солнечного света с фильтрами (UV-A,B) и монохроматоры (UV-A,B, видимый свет). У пациентов с положительной реакцией также проводят пороговое тестирование, изменяя дозу и время облучения.

В диагностических целях вибрационного ангионевротического отека используется лабораторные вихревые миксеры, которые совершают от 780 до 1380 об/мин. Результат оценивается через 10 минут после прекращения тестирования.

Для провокации холинэргической крапивницы (ХэК) пациенту необходимо выполнять упражнения до появления пота и продолжать их выполнять в течение 15 минут после появления симптомов ХэК.

Для диагностики аквагенной крапивницы используют компресс или полотенце, смоченное водой (температура воды 35-37оС) или физиологическим раствором. Компресс помещают на кожу пациента на 40 минут (если пациент сообщает о появлении зуда, время уменьшается). Результат оценивают через 10 минут после снятия компресса.

Диагностика контактной крапивницы основана на тщательном сборе анамнеза, определении IgE, проведение аппликационных тестов или prick-тестов [1].

Таким образом, диагностический поиск ХИК основан на детальном сборе анамнеза и адекватном проведении провокационных тестов.

Литература

1. Magerl M, Altrichter S, Borzova E, et al. The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias // The EAACI/ GA2 LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. Allergy. 2016.

2. Magerl M, Abajian M, Krause K, Altrichter S, Siebenhaar F, Church MK. An improved Peltier effect-based instrument for critical temperature threshold measurement in cold- and heat-induced urticaria. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015.

3. Maurer, M., Hawro, T., Krause, K., Magerl, M., Metz, M., Siebenhaar, F., Altrichter, S. Diagnosis and Treatment of Chronic Inducible Urticaria. Allergy.2019.

4. Schoepke N, Abajian M, Church MK, Magerl M. Validation of a simplified provocation instrument for diagnosis and threshold testing of symptomatic dermographism. // Clin Exp Dermatol 2015.

5. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2 LEN/EDF/ WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy. 2018.

Исследование показателей врожденного звена клеточного системного иммунитета при полипозном риносинусите с непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов

Черенкова В.А.
Аспирант
Савлевич Е.Л.
Доцент кафедры, к.м.н., доцент

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра оториноларингологии
Москва, Россия
E–mail: cherenkova_vika@mail.ru, savllena@gmail.com

Полипозный риносинусит (ПРС) в сочетании с непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) характеризуется тяжелым рецидивирующим течением, сложным медикаментозным контролем заболевания и отрицательным влиянием на качество жизни по сравнению с изолированным ПРС. ПРС и механизмы воспаления тканей слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при развитии рецидивирующего течения окончательно не раскрыты.

Для оценки состояния показателей врожденного звена клеточного иммунитета у пациентов с изолированным ПРС и ПРС в сочетании с НПВП было обследовано 60 пациентов с диагнозом двусторонний полипозный риносинусит, были разделены на 2 равные группы.

1 группа - пациенты с изолированным ПРС при отсутствии бронхиальной астмы и респираторной аллергии.

2 группа – пациенты с ПРС в комбинации с непереносимостью НПВП. Для иммунологического исследования использовали венозную кровь пациентов и метод проточной цитометрии (Beckman Coulter, США) с окрашиванием лимфоцитов CD3, CD4, CD8, CD 16, CD 25, CD27, CD56 и CD127 моноклональными антителами.

В результате проведенного анализа в группе ПРС в сочетании с НПВП отмечено повышение абсолютного количества натуральных киллеров CD3-CD16+CD56+ (NK) – в 1 группе 0,2±0,04 x10^9 vs 0,4±0,2 x 10^9 во 2 группе, и активированных NK – $CD3^-CD8^+$ (0,21±0,07 x 10^9 vs 0,4±0,1 x 10^9). При сравнении данных с показателями группы условно-здоровых людей, идентичное исследование которых было выполнено в той же лаборатории и принято за нормативные показатели [1], в обеих группах абсолютное число NK**,** NKT клеток (CD16+CD56+CD3+) и активированных NK было выше нормы. Также в обеих группах ПРС при отсутствии разницы между собой (0,14±0,01 x 10^9 0,1±0,05 x 10^9) выявлено повышение абсолютного числа регуляторных Т-клеток (CD4+CD25brightCD127low to neg). Показатели в нормативной группе – 0,009-0,078 x 10^9. Их увеличение можно объяснить необходимостью постоянно сдерживать активность адаптивного иммунного ответа из-за перманентного триггерного раздражения различными факторами слизистой оболочки околоносовых пазух при ПРС.

Выводы. Персистирующее гиперпластическое воспаление слизистой околоносовых пазух при ПРС в сочетании с НПВП проявляется напряжением системного врожденного иммунного ответа в виде повышения числа абсолютного количества NK и NKT клеток (CD16+CD56+CD3+), что свидетельствует о более активном течение воспалительного процесса при этом фенотипе ПРС.

Литература

1. Хайдуков С.В., Зурочка А.В., Тотолян Арег А., Черешнев В.А. Основные и малые популяции лимфоцитов периферической крови человека и их нормативные значения (методом многоцветного цитометрического анализа) // Медицинская иммунология, 2009. Т. 11, № 2-3. С. 227-238.

Анализ структуры пациентов оториноларингологического отделения

Шанаева А.А.[1], Терехина К.Г.[2], Азаров П.В[3].
[1,2] Ординаторы
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра оториноларингологии
[3] Заведующий оториноларингологический отделением ГБУЗ города Москвы «ГКБ №52 ДЗМ»
кандидат медицинских наук
E-mail: nastyalbdv@yandex.ru

Актуальность: Заболевания ЛОР-органов носят повсеместный характер среди населения всех возрастов. В частности, значимость воспалительных и невоспалительных хронических заболеваний среднего и наружного уха подтверждается развитием ощутимого дискомфорта у пациентов, снижением качества жизни и высоким риском развития жизнеугрожающих осложнений. Изучение структуры заболеваемости и методов лечения патологии необходимы для правильной организации оказания медицинской помощи.

Цели и задачи: проанализировать структуру и объем оперативных вмешательств пациентов с заболеваниями среднего и наружного уха, поступивших на лечение в отделении оториноларингологии ГБУЗ города Москвы “ГКБ №52 ДЗМ”.

Материалы и методы: было проанализировано 556 историй болезней пациентов оториноларингологического отделения ГБУЗ города Москвы “ГКБ №52 ДЗМ за период с 1 сентября 2020 года по 20 ноября 2020 года. Все статистические расчеты были произведены в программе "Microsoft Excel".

Результаты: из всех поступивших в оториноларингологическое отделение за данный период были отобраны пациенты, которым было назначено плановое оперативное вмешательство на среднем и наружном ухе, что составило 307 пациентов (55,22%), средний возраст − 48,05±14,22 лет, 34,53% мужчин и 65,47% женщин. Количество пациентов с адгезивным отитом − 27 (8,79%), экссудативным отитом − 8 (2,61%), хроническим тубо-тимпанальным гнойным средним отитом − 162 (52,77%), хроническим эпитимпано-антральным гнойным средним отитом − 60 (19,54%), отосклерозом − 40 (13,03%), новообразованием наружного слухового прохода − 4 (1,33%), экзостозами наружного слухового прохода − 4 (1,33%), фиброзной атрезией наружного слухового прохода − 1 (0,33%), гломусной опухолью − 1 (0,33%).

Объем оперативного лечения в отделении распределился следующим образом: тимпанопластика 1 типа была проведена у 122 пациентов, что составляет 37,74% среди всех операций на ухе, тимпанопластика 3 типа − у 83 (27,04%), тимпанопластика 2 типа - у 1 (0,33%), стапедопластика − 40 (13,03%), санирующие операции с одномоментной тимпанопластикой − 29 (9,45%), шунтирование барабанной полости − 10 (3,26%), ревизия барабанной полости − 11 (3,58%), удаление новообразования наружного слухового прохода − 4 (1,3%), формирование наружного слухового прохода − 5 (1,63%), удаление гломусной опухоли − 1 (0,33%). Пациентам с явлениями хронического гнойного среднего отита проводилась тимпанопластика 1-3 типов (86,76%) или санирующая операция с одномоментной тимпанопластикой (13,24%). Пациентам с адгезивным отитом проводилась либо ревизия барабанной полости с рассечением спаек (35,7%), либо шунтирование барабанной полости (7,1%), либо тимпанопластика (57,2%). Пациентам с экссудативным отитом в 100% случаев проводилось шунтирование барабанной полости.

Вывод: В оториноларингологическом стационаре ГБУЗ города Москвы “ГКБ №52 ДЗМ” оперативные вмешательства на ухе составляют большую часть из всех проводимых операций (55,22%). Большую часть составляют пациенты с хроническим гнойным тубо-

тимпанальным средним отитом и с хроническим эпитимпано-антральным гнойным средним отитом, за счет чего тимпанопластика 1 и тимпанопластика 3 типов являются наиболее часто проводимыми оперативными вмешательствами в отделении.

Применение ингибиторов кальциневрина при очаговой склеродермии

Шуляк М.А

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра Дерматовенерологии и Косметологии
Москва, Россия
E–mail: ablamonova.maria@yandex.ru

Очаговая склеродермия (морфеа) относится к гетерогенной группе склерозирующих заболеваний кожи. Это хроническое, аутоиммунное заболевание, имеющее многофакторную этиологию, развивающееся у взрослых и детей.

В клиническом течении дерматоза выделяют воспалительную, склеротическую и атрофическую стадии. Наиболее распространенными формами локализованной склеродермии являются бляшечная и линейная склеродермия [1].

Не существует метода лечения, направленного на устранение причины заболевания. Тем не менее, в распоряжении дерматолога сегодня имеются эффективные средства для снижения активности аутоиммунного воспаления.

Основная цель данной работы - исследовать эффективность применения топических ингибиторов кальциневрина на ранних стадиях заболевания.

Два исследования и несколько клинических наблюдений описывают успешное применение мази такролимуса в дозе 0,1% под окклюзионную повязку при морфеа[3]. После 3 месяцев все пациенты отметили регресс эритемы и уменьшение склероза[2]. В 2009г эти данные были подтверждены рандомизированным двойным слепым исследованием у 10 пациентов[2].

Таким образом, мазь такролимус 0,1% может использоваться в качестве альтернативы топическим глюкокортикоидам в фазу прогрессирования заболевания.

Литература

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под редакцией проф. Ю.С. Бутова. Москва. 2013 г. С. 511
2. Kroft E.B, Groeneveld TJ, SeygerMM, de Jong EM. Efficacy of topical tacrolimus 0.1% in active plaque morphea: randomized, double-blind, emollient-controlled pilot study. Am J ClinDermatol 2009; 10 (3): 181–187.
   Stefanaki C, Stefanaki K, Kontochristopoulos G, Antoniou C, Stratigos A, Nicolaidou E, Gregoriou S, Katsambas A. opical tacrolimus 0.1% ointment in the treatment of localized scleroderma. An open label clinical and histological study. J Dermatol. 2008 Nov;35(11):712-8. doi: 10.1111/j.1346-8138.2008.00552.x.

Глоссалгия: психопатологическая структура и нозологическая принадлежность

Юзбашян П.Г.[1], Львов А.Н.[2], Терещенко А.В.[2], Романов Д.В.[1,2,3]

1 - ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
2 – Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва, Россия
3 - ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
Ассистент
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
Кафедра психиатрии и психосоматики
Москва, Россия
E–mail: astartes@yandex.ru

Глоссалгия или синдром «горящего рта» (burning mouth syndrome) – расстройство, выражающееся патологическими телесными сенсациями в полости рта, которые могут сочетаться с изменениями вкуса, парестезиями, дизестезиями, ксеростомией и пр. [1]. Большинство исследователей рассматривают глоссалгию либо как неврологическое заболевание («неврогенные глосситы» [2]), либо соматизированное расстройство невротического уровня («неврозы языка» [3], «соматоформное болевое расстройство» [4]). При этом остаются за пределами систематического анализа случаи глоссалгии, ассоциированные с психической патологией психотического регистра либо с дерматологическим заболеванием слизистой полости рта.

Цель исследования – клиническая характеристика глоссалгии с верификацией психопатологической структуры, типологии и нозологии синдрома в пределах континуума расстройств невротического/психотического регистров и дерматологической патологии – красный плоский лишай (КПЛ).

Материал и методы. Пациенты выборки исследования (30 набл. из них 27 женщин, средний возраст 59,3±15,6 лет), прошедшие комплексное психопатологическое, дерматологическое, неврологическое обследование. Пациенты соответствовали диагностическим критериям глоссалгии согласно классификации, IASP и МКБ-10 для глоссодинии (код К14.6). В 7 набл. коморбидным заболеванием являлся КПЛ слизистой полости рта.

Результаты. Психопатологическая картина синдрома глоссалгии имеет бинарную структуру. Базисные коэнестезиопатии, ранжируемые по тяжести от гомономных сенсаций (истералгий) до гетерономных сенсопатий (сенестопатии, сенестезии), ассоциированы с вторичными ипохондрическими феноменами: от тревоги о здоровье и монопатофобий до овладевающих представлений и соматопсихической растерянности соответственно.

Согласно психопатологическому регистру (невротический/психотический) и факту объективной верификации дерматологического заболевания (ипохондрия sine materia/cum materia) выделено три типа глоссалгического синдрома – 1) органно-невротический, 2) соматопсихотический, 3) дерматологический (стресс-индуцированные соматические реакции).

1) органно-невротический тип (15 наблюдений, возраст 59,9±5 лет, все женщины, длительность заболевания 1,1 год). Патологические сенсации в полости рта имеют характер истероалгий и телесных фантазий, локализованы исключительно на слизистой и варьируются по интенсивности в зависимости от субъективно значимых стрессоров. Ипохондрические нарушения представлены драматически окрашенными монопатофобиями (прежде всего, онкофобией).

2) соматопсихотический тип (7 наблюдений, возраст 42±8,5 лет, 6 женщин, длительность заболевания 2,6 лет). В состоянии преобладает соматопсихическая растерянность с тревогой психотического уровня, угрозой собственному существованию, страхом смерти, убеждённостью в наличии тяжёлой, неизлечимой болезни не только ротовой полости, но и внутренних органов. Наблюдается более широкий спектр коэнестезиопатий, склонных к генерализации.
3) Дерматологический (8 наблюдений, средний возраст 59,5±13,5 лет, 6 женщин, длительность заболевания 4,3 года). Помимо ощущений в полости рта выявляются также объективные изменения слизистой, соответствующие диагнозу красный плоский лишай (КПЛ). Телесные сенсации не соответствуют проекции высыпаний, персистируют после редукции сыпи и поддаются психофармакотерапии.
Заключение. Глоссалгия – локальный, ограниченный полостью рта синдром, однако фактически охватывает все условное клиническое пространство психосоматической патологии, на одном из полюсов которого доминируют психические заболевания, а на другом – дерматологические.

Литература

1. Grinspan D, Fernández Blanco G, Angel Allevato M, Stengel Fm. Burning Mouth Syndrome. International Journal of Dermatology; 1995 Jul;34(7):483–7. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4362.1995.tb00617.x
2. Лакосина Н. Д. К вопросу о глоссалгиях. — «Стоматология», 1967, № 6, с. 72. [Lakosina N. D. K voprosu o glossalgiyakh. — «Stomatologiya», 1967, № 6, s. 72.]
3. Серебренников Л. Е. Неврогенные поражения слизистой оболочки полости рта. «Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры», 1964, № 3, с. 206—209. [Serebrennikov L. E. Nevrogennye porazheniya slizistoi obolochki polosti rta. «Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizkul'tury», 1964, № 3, s. 206 – 209.]
4. Maresky LS, van der Bijl P, Gird I. Burning mouth syndrome. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology; 1993 Mar; 75(3):303–7. http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(93)90141-p

Системная антибиотикотерапия терапия пациентов с розацеа

Юрченко Д.О.

Ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ
Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Москва, Россия
E–mail: dasha1414@inbox.ru

Актуальность: Розацеа относится к распространенным воспалительным дерматозам, поражающим кожу лица [1]. В Российской Федерации на розацеа приходится около 5% всех дерматологических диагнозов. Однако, по данным российских косметологов, реальная цифра достигает 20,6% [2].

Цель: Исследовать влияние системных антибиотиков при лечении пациентов с розацеа на примере доксициклина.

Материалы и методы: В исследованиевключено более 11 научных статей, описывающих как рандомизированные, так и экспериментальные исследования, с применением линейного регрессионного анализа.

Результаты: По стандартам лечения EADV, AAD, РОДВК доксициклин является одним из эффективных методов лечения розацеа на разных стадиях. Противовоспалительные эффекты доксициклина, применимые к розацеа:

1) подавление митоген-индуцированной пролиферации лимфоцитов человека путем блокирования бластной трансформации [3];
2) ингибирование фосфолипазы А2[4];
3) подавление экспрессии синтетазы оксида азота, ускоренная деградация синтетазы оксида азота[3];
4) снижение уровня ММР-9[3].

Другие эффекты доксициклина:
1) доксициклин подавляет антиапоптотические гены и индуцирует проапоптотические гены[5];
2) противоопухолевый эффект доксициклина [5].
Выделяют следующие возможные осложнения на фоне приемадоксициклина:

Со стороны желудочно-кишечного тракта: у пациентов, получавших доксициклин, наблюдались значительно более низкие концентрации *Bacteroidetes* (p= 0,002), *Firmicutes* (p = 0,01) и *Lactobacillus* (p = 0,02). Линейный регрессионный анализ показал, что продолжительность лечения была значительно связана с уменьшением количества *бактерий Bacteroidetes* (p= 0,0001), *Firmicutes* (p = 0,002) и общего количества бактерий (p <0,00001) [6]. Через 4 недели фекальная восстанавливается после длительного лечения доксициклином [7]. Для предотвращения местнораздражающего действия (эзофагит, гастрит, ульцерация ЖКТ) рекомендуется прием в дневные часы с большим количеством жидкости, пищей или молоком[8]. Иммуномодулирующие тетрациклины (в том числе и доксициклин) усиливают защитные иммунные пути, ведущие к заживлению слизистой оболочки кишечника,

что представляет собой многообещающую стратегию репозиции лекарственного средства для лечения воспаления кишечника[9].

Со стороны мочевыделительной системы: выведение почками составляет от 30% до 40% введенной дозы [10]. Уровни доксициклина в сыворотке минимально влияют на пациентов с почечной недостаточностью и не требует коррекции дозы [8–9,11, 16,11].

Со стороны системы кроветворения: нейтропения, тромбоцитопения, гемолитическая анемия[12].

Оценивалось влияние приема доксициклина на надежность контрацепции на фоне приема эстрогенсодержащих пероральных контрацептивов[12]. Archer и др. пришли к выводу, что имеющиеся научные и фармакокинетические данные не подтверждают гипотезу о том, что антибиотики, за исключением рифампицина, снижают эффективность оральных контрацептивов[13].

Взаимосвязь между развитием фототоксичности и примемомдоксициклина зависит от дозы и встречается у 3% пациентов, принимающих 100 мг в день, у 20% пациентов, принимающих 150 мг в день и 42% пациентов, принимающих 200 мг в день [14]. На фоне приемадоксициклина не отмечалось развития уртикарных реакций, в отличие от миноциклин*

Безопасность назначения доксициклина детям: на сегодняшний день недостаточно сведений о безопасности назначения доксициклина детям. Имеющиеся данные указывают на профиль безопасности, который значительно отличается от тетрациклина: не наблюдается корреляции между использованием доксициклина, тератогенными эффектами или окрашиванием зубов[10].

Беременные: В современной литературе нет доказательств тератогенного действия у человека при использованиидоксициклина [10]. Доксициклин можно считать безопасным в первом триместре беременности и у детей. Если побочные эффекты доксициклина перевешиваются рисками, связанными с инфекцией, осложнениями или смертью матери и / или ребенка, то следует рассмотреть возможность его применения. [10]

Заключение: Доступные исследования и клинический опыт показали, что доксициклин улучшает признаки и симптомы розацеа и имеет хороший профиль безопасности. Доксициклин проявляет антиангиогенные и противовоспалительные свойства, которые эффективны при лечении розацеа и легче проникают в нормальные и воспалительные ткани. Кроме того, он демонстрирует превосходные фармакокинетические свойства и меньшую токсичность по сравнению с тетрациклинами первого поколения. Прием доксициклина в субантимикробных дозах не был связан с развитием устойчивости к антибиотикам.

Литература

1. Юцковская Я.А., Кусая Н.В., Ключник С.Б. Обоснование патогенетической терапии при акнеподобных дерматозах, осложненных клещевой инвазией Demodexfolliculorum. - Клиничдерматол и венерол. - 2010. - №3. - С. 60-63
2. Коган Б.Г., Головченко Д.Я. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодекозом и розовыми угрями // Клин. иммунол. аллергол. инфектол. - 2011. - №1. - С. 38-43.
3. Valentín S1, Morales A, Sánchez JL, Rivera A. Safety and efficacy of doxycycline in the treatment of rosacea., 12 Aug 2009, 2:129-140. DOI: 10.2147/ccid.s4296 PMID: 21436975 PMCID: PMC3047926

4. Pruzanski W, Greenwald RA, Street IP, Laliberte F, Stefanski E, Vadas P. Inhibition of enzymatic activity of phospholipases A2 by minocycline and doxycycline. BiochemPharmacol 1992; 44: 1165–1170
5. Kyonsu Son, Shuichi Fujioka, Tomonori Iida, Kenei Furukawa, Tetsuji Fujita, Hisashi Yamada, Paul J. Chiao and Katsuhiko Yanaga. Doxycycline Induces Apoptosis in PANC-1 Pancreatic Cancer Cells. Kyonsu Son, MD, Department of Surgery, Jikei University Hospital, 3-25-8, Nishi-shinbashi, Minato-ku, Tokyo 105-8461
6. Emmanouil Angelakis, Matthieu Million, SallahKankoe, Jean-Christophe Lagier, Fabrice Armougom, Roch Giorgi, Didier Raoult. Abnormal Weight Gain and Gut Microbiota Modifications Are Side Effects of Long-Term Doxycycline and Hydroxychloroquine Treatment. DOI: 10.1128/AAC.02437-14
7. H.E. Myrvold 1, L. Larsson, A. Brandberg. Systemic prophylaxis with doxycycline in intestinal surgery on patients with high incidence of abnormal fecal flora. Acta Chir Scand. Apr-May 1989;155(4-5):277-80.PMID: 2800877
8. Инструкциядоксициклина, раздел «Мерыпредосторожности».
9. J. Garrido-Mesa, A.Rodríguez-Nogales, F. Algieri, T. Vezza, L. Hidalgo-Garcia, M. Garrido-Barros, M. P. Utrilla, F. Garcia, N. Chueca, M. E. Rodriguez-Cabezas, N. Garrido-Mesa, J. Gálvez. Immunomodulatory tetracyclines shape the intestinal inflammatory response inducing mucosal healing and resolution. First published: 05 September 2018 https://doi.org/10.1111/bph.14494
10. Ruby Cross, ClareLing, Nicholas P. J. Day,RoseMcGready&Daniel H. Paris. Revisiting doxycycline in pregnancy and early childhood – time to rebuild its reputation? Pages 367-382 | Received 20 Oct 2015, Accepted 15 Dec 2015, Accepted author version posted online: 17 Dec 2015, Published online: 25 Jan 2016. https://doi.org/10.1517/14740338.2016.1133584
11. Sheila Valentín 1, Adisbeth Morales, Jorge L Sánchez, Abimael Rivera. Safety and efficacy of doxycycline in the treatment of rosacea. DOI: 10.2147/ccid.s4296
12. Справочник Vidalhttps://www.vidal.ru/drugs/doxycycline__13306
13. Archer JS, Archer DF. Oral contraceptive efficacy and antibiotic interaction: a myth debunked. JAmAcadDermatol. 2002;46:917–923.
14. Инструкция к препарату Юнидокс Солютаб 100мг, раздел «Особые указания»