

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
«ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №52 ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»

**Сборник тезисов Московской городской
научно-практической конференции
«Многопрофильный стационар —
мультидисциплинарный подход к пациенту»**

18 декабря 2015 года

Москва 2015

УДК 61.616
ББК 88.47
С 23

Сборник тезисов Московской городской научно-практической конференции «Многопрофильный стационар – мультидисциплинарный подход к пациенту», посвященной 60-летию Городской клинической больницы №52.

Организатор конференции: ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

В сборнике опубликованы тезисы докладов Московской городской научно-практической конференции «Многопрофильный стационар – мультидисциплинарный подход к пациенту», посвященной 60-летию Городской клинической больницы №52.

Научная тематика конференции включает широкий спектр вопросов комплексного лечения пациентов, в том числе с тяжелой, сочетанной патологией, в условиях многопрофильного стационара. Материалы конференции будут интересны широкому кругу практикующих врачей-специалистов, терапевтам, хирургам, руководителям медицинских организаций.

© ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», 2015

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗАГРУДИННО РАСПОЛОЖЕННОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алексян А.А., Ширинский В.Г.,
Хохлатов Д.Э., Алибеков К.К.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме: в данной работе проведен анализ 40 пациентов с различными заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы, находившихся в 2010-2015 гг. на обследовании и лечении в хирургическом отделении №1 ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ».

Ключевые слова: загрудинно расположенная щитовидная железа, оперативное вмешательство на щитовидной железе.

Актуальность. Среди широко распространенной тиреоидной патологии заболевания загрудинно расположенной щитовидной железы встречаются в 5-6% случаев. Единственным методом лечения больных данной категории является хирургический способ. При оперативном лечении пациентов с патологией щитовидной железы, расположенной загрудинно, количество интра- и постоперационных осложнений может достигать до 10%. При этом основными причинами осложнений могут быть как традиционные трудности, характерные для всех операций на щитовидной железе, так и особенности, связанные с локализацией загрудинного компонента. Следует отметить, что к хирургическим осложнениям при данных операциях из шейного доступа часто приводят попытки слепого «вылущивания» нижнего тиреоидного полюса. Кроме того, нередко требуется переход на более травматичные вмешательства, а именно стернотомию или торакотомию. Неоднозначность методики хирургического вмешательства у пациентов с различными заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы делает необходимым поиск новых путей профилактики специфических интра- и послеоперационных осложнений.

Цель и задачи: улучшение результатов хирургического вмешательства у больных с заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы.

Материалы и методы: среди оперированных были 4 (10%) пациента с узловым нетоксическим зобом, 17 (42,5%) – с многоузловым нетоксическим зобом, 2 (5%) – с рецидивным многоузловым зобом, 2 (4%) – с диффузным токсическим зобом, 5 (10%) – с аутоиммунным тиреоидитом, 8 (20%) – с аденомой щитовидной железы и 2 (5%) пациента с тиреоидной карциномой.

При обследовании больных мы придавали особое значение визуализирующим методам исследования, таким как УЗИ, планарная сцинтиграфия, однофотонная эмиссионная компьютерная томография щитовидной железы с ^{123}I , компью-

терная и магнитно-резонансная томография органов шеи и средостения. Полученная информация о топографо-анатомических особенностях границ нижних полюсов железы имела большое значение при планировании тактики хирургического вмешательства.

При хирургическом лечении больных использовали усовершенствованную методику оперативного вмешательства из шейного доступа с соблюдением определенной этапности при мобилизации щитовидной железы. Суть методики заключается в обеспечении максимальной мобильности удаляемой тиреоидной доли с загрудинным компонентом при мобилизации ее сверху вниз. Возможность атравматичного перемещения нижнего полюса в ложе щитовидной железы обуславливается тем, что этиологически загрудинная локализация тиреоидной ткани является приобретенной патологией. Нижний полюс опускается за грудину под воздействием различных факторов. Исходя из этого, длина сосудистых структур и растяжимость связочного аппарата загрудинного компонента позволяет переместить последний в шейную часть тиреоидного ложа. Важным условием при этом является, в первую очередь, полная мобилизация верхнего полюса и средней части щитовидной железы. Доступ к щитовидной железе осуществлялся воротниковым разрезом. Углы операционной раны располагались на уровне медиальных краев грудино-ключично-сосцевидных мышц. При необходимости, для более хорошего обзора и удобного манипулирования в условиях небольшого разреза пересекали предгортанные мышцы. После обнажения операционной области, учитывая современные представления об онкологической настороженности, при всех тиреопатиях щитовидную железу удаляли исключительно экстрафасциально. Производили оценку размеров, консистенции, структурных и топографо-анатомических особенностей щитовидной железы. Значительное внимание уделяли исследованию нижних тиреоидных полюсов. При данном способе для облегчения мобилизации загрудинно расположенной части щитовидной железы мы начинали вмешательство с пересечения перешейки в продольном направлении после отделения его от трахеи тупым способом. Следующим этапом мобилизовывали верхний полюс железы с выделением и пересечением после перевязки верхних тиреоидных артерий, вен и лимфатических сосудов. Следует отметить, что обнажение верхне-боковых отделов горта-

ни проходило с обязательным учетом анатомии наружной ветви верхнего гортанного нерва. Далее пересекали боковую вену, визуализировали верхнюю паращитовидную железу и возвратный гортанный нерв. После этого приступали к мобилизации загрудинно расположенной части щитовидной железы. Под четким зрительным контролем, разделяя фиксирующие связки, фасциальные и рубцовые тяжи, поэтапно поднимали загрудинный компонент в шейную часть тиреоидного ложа. Далее, используя микрохирургические инструменты, острым путем визуализировали, выделяли, разделяли между зажимами лигировали и пересекали артерии, вены и лимфатические сосуды нижнего полюса щитовидной железы. На сложном этапе операции, который чаще соответствует отделению ткани щитовидной железы от возвратного гортанного нерва особенно в зоне вхождения его в гортань и атравматическому выделению паращитовидных желез, использовали бинокулярные лупы. Для надежного гемостаза в труднодоступных отделах ложа загрудинного компонента щитовидной железы мы применяли генератор для прошивания сосудов «LigasureTM» и гармонический скальпель «UltraCision».

Данная последовательность технических приемов и использование современной медицинской аппаратуры позволяла достигать максимальной мобильности удаляемой доли щитовидной железы для выведения ее загрудинной части с наименьшей травматичностью и предотвращением интраоперационных осложнений.

Вмешательство на щитовидной железе завершали тщательной ревизией ее ложа и окружающих структур—целостности магистральных сосудов шеи, возвратных гортанных нервов, паращитовидных желез, трахеи, перстне-щитовидной мышцы. Особое внимание уделяли за-

грудинной части дна раны. Для предупреждения деформации шеи в зоне операции и развития сращений трахеи с платизмой и подкожной клетчаткой производили тщательное восстановление мышечно-фасциального каркаса. При закрытии раны оставляли дренажи на активной аспирации. На 2-3 сутки после операции больным определяли уровень в крови Са, Р и производили ларингоскопическое исследование гортани.

Результаты и выводы: анализ результатов лечения указанной группы больных показал, что при использовании предложенного вмешательства необходимости в расширении операционного доступа не возникло. К тому же, клинических и ларингоскопических признаков нарушений деятельности гортани и ротоглотки, стойкого гипопаратиреоза, кровотечений и воспалительных процессов в ране зафиксировано не было. В послеоперационном периоде нами выявлен 1 (2,5%) случай транзиторного гипопаратиреоза, который легко был купирован консервативными мероприятиями.

Таким образом, для улучшения результатов хирургического вмешательства у больных с заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы из шейного доступа необходимо соблюдение определенной и четкой этапности при мобилизации тиреоидной доли с отдельной перевязкой ветвей нижних и верхних щитовидных сосудов, визуализацией и выделением паращитовидных желез, возвратного и, при необходимости, верхнего гортанного нерва. Именно вышеуказанные обстоятельства позволили достигнуть уменьшения количества интра- и послеоперационных осложнений при необходимом объеме вмешательства, и тем самым дали возможность улучшить результаты хирургического лечения наблюдаемых больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Алексанян А.А., Ширинский В.Г., Хохлатов Д.Э., Алибеков К.Т.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме: представлены результаты обследования и лечения 28 пациентов с первичным гиперпаратиреозом.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, паратгормон, аденома паращитовидной железы.

Актуальность. Единственным способом лечения первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) является оперативный метод. Операции на паратиреоидных железах считаются трудным разделом эндокринных органов. Эти трудности объясняются рядом объективных причин. По данным лите-

ратуры, частота аномального расположения околощитовидных желез колеблется от 13 до 43%. Стандартным методом операции при первичном гиперпаратиреозе считается вмешательство с частичной мобилизацией ЩЖ через воротниковый разрез по Кохеру. При данном виде операции возможны осложнения в виде повреждения гортанных нервов и развития стойкого гипопаратиреоза, также сохраняется вероятность возникновения рецидива.

Цель и задачи: улучшение результатов хирурги-

ческого лечения больных с первичным гиперпаратиреозом при солитарной аденоме путем применения предлагаемого методического подхода.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов обследования и лечения в ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» 28 пациентов с ПГПТ (с 2005 по 2015 гг.). Больные распределены на три группы. I-ю группу составили 8 пациентов с ПГПТ, из них 2 больных с ПГПТ в сочетании с патологией щитовидной железы. Во II группу вошли 6 пациентов с ПГПТ, обусловленным солитарной аденомой одной из околощитовидных желез (ОЩЖ). III группа включала 14 (50%) больных с ПГПТ, как в изолированном формате, так и в сочетании с заболеваниями щитовидной железы.

Больные из I группы оперированы с применением стандартного доступа и нового методического подхода. При проведении вмешательства применяли метод фотодинамической визуализации (ФДВ) околощитовидных желез (ОЩЖ), визуализации возвратных гортанных нервов (ВГН). Для проведения ФДВ больные за 2 часа до начала операции получали перорально 1,5 г гидрохлорид 5-аминолевулиновой кислоты (препарат «Аласенс») в виде растворенного в 50 мл воды порошка. Кроме того, интраоперационно определяли уровень паратгормона до и после удаления аденомы ОЩЖ спустя 10 минут. Пациентам II группы проведены вмешательства на ОЩЖ из минидоступа. Больные из III группы были оперированы стандартным способом, без применения представленного методического подхода. При применении предлагаемого спо-

соба лечения среди больных из I и II групп обязательными являлись: уточнение локализации, определение оптимального доступа, соблюдение строгой этапности проведения операции, интраоперационная ФДВ ОЩЖ, визуализация ВГН, интраоперационное определение паратгормона.

Результаты и выводы: интраоперационно ОЩЖ визуализировались у 95% пациентов из первых двух групп. Во всех указанных случаях свечения ОЩЖ регистрировалась интенсивность. При анализе интраоперационных данных уровня паратгормона и ионизированного кальция у пациентов определялось снижение паратгормона более чем на 50% от исходных показателей, а ионизированного кальция как минимум на 2%. Случаев повреждения ГН и аллергических реакций у больных зафиксировано не было. Транзиторная гипокальциемия в I группе наблюдалась у 3 (37,5%) пациентов из 8, а во II группе – у 1 больного. Нормализация уровня ионизированного кальция в течение месяца отмечено у всех пациентов. Среди больных из III группы был зафиксирован 1 (7%) случай транзиторного пареза одного из возвратных гортанных нервов, 2 (14%) случая постоянного гипопаратиреоза. Все пациенты перенесли перечисленные вмешательства удовлетворительно.

Проведенное исследование показало, что представленный лечебно-диагностический алгоритм позволяет избежать специфических осложнений и определить необходимую радикальность хирургического вмешательства и хороший косметический эффект.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАЗОВЫХ ГРЫЖ

Алибеков К.Т.², Луцевич О.Э.², Ширинский В.Г.¹, Хохлатов Д.Э.¹, Алексанян А.А.¹

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница №52»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ им.А.И. Евдокимова

Резюме: проведена сравнительная оценка качества жизни больных после лапароскопической и открытой герниопластики. Для изучения качества жизни у больных использован опросник SF-36. Установлено, что качество жизни больных, перенесших лапароскопическую герниопластику, страдает в меньшей степени и нормализуется в более ранние сроки в сравнении с традиционным методом оперативного лечения.

Ключевые слова: качество жизни, паховая грыжа, лапароскопическая герниопластика.

Актуальность. Паховые грыжи являются одной из наиболее распространенных хирургиче-

ских патологий, требующих оперативного лечения. Несмотря на достаточно широкий арсенал видов хирургических вмешательств, вопросы эффективности оперативного лечения паховых грыж не всегда удовлетворяют хирургов и далеки от окончательного решения. Внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических операций открыло новую страницу развития хирургической герниологии, и на сегодняшний день в мировой практике накоплен достаточно большой опыт применения видеолaparоскопических операций в лечении паховых грыж. Одним из показателей эффективности того или иного метода

хирургического лечения является качество жизни оперированных больных. Сегодня невозможно в полной мере оценить преимущества или недостатки какого-либо метода операции, не изучив его влияния на качество жизни пациента. Эффективная оценка эффективности новых высокотехнологичных операций, разрабатываемых для улучшения результатов лечения пациентов и повышения качества их жизни, предполагает сравнительный анализ этих методик с имеющимися классическими методами лечения. В этой связи такой показатель, как «качество жизни», приобретает значение одного из основных критериев успешного лечения.

Цель исследования: изучить в сравнительном аспекте качество жизни больных после лапароскопической герниопластики и традиционного открытого грыжесечения.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами были выбраны больные, подвергнутые оперативному лечению по поводу паховых грыж. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от вида проведенного оперативного лечения. В основную группу вошли 24 больных, которым была произведена лапароскопическая ненатяжная герниопластика с предбрюшинной имплантацией эндопротеза (TAPP). В контрольную группу методом свободной выборки были включены 30 больных, которым была выполнена открытая операция – пластика пахового канала по Лихтенштейну. Распределение больных в зависимости от пола и группы представлено в таблице 1. Все пациенты были в возрасте от 34 до 73 лет, подавляющее большинство составили мужчины.

Обе группы практически в равной степени были представлены пациентами с различными типами грыж, в том числе рецидивными и двусторонними. Распределение больных в зависимости от локализации и типа паховых грыж по класси-

фикации Nyhus представлено в таблице 2.

Как следует из таблицы, больные обеих сравниваемых групп были сопоставимы по гендерному составу, возрастным и нозологическим характеристикам.

В качестве сетчатого имплантата при операциях в обеих группах были использованы легкие проленовые и композитные сетки (VIPRO, VIPROII, Ultrapro, Parietex или самофиксирующая сетка Parietene™ ProGrip™). Всем больным проводили кратковременную периоперационную антибиотикопрофилактику препаратами широкого спектра действия.

Для изучения качества жизни больных мы использовали общепринятую шкалу оценки качества жизни SF-36, которая относится к неспецифическим методам оценки. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал (физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье), которые интегрируют два показателя – душевное и физическое благополучие. Индикаторы имеющихся шкал варьировали от 0 до 100, где 100 обозначает абсолютное здоровье.

Результаты и обсуждение. Всего в сроки от 3 месяцев до 3 лет после операции было проанализировано 54 анкеты: основная группа – 24 (44%), группа сравнения – 30 (56%). При анализе полученных анкет опросника SF-36 показатели физического функционирования (PF) больных после лапароскопической герниопластики были в 1,5 раза выше, чем после открытого грыжесечения. Показатели ролевого функционирования пациентов (RP) и психологического состояния (RE) после лапароскопической герниопластики также были в 1,2 раза выше, чем после открытой операции. Параметры жизненной активности (VT) и социального функционирования больных (SF) после ла-

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от пола и группы

Категории больных	Клинические группы (n=54)	
	1 группа (основная)	2 группа (контрольная)
Мужчины	23 (42,6%)	28 (51,8%)
Женщины	1 (1,8%)	2 (3,7%)
Всего	24 (44,4%)	30 (55,5%)

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от локализации и типа паховой грыжи

Категории больных	Типы грыж по Nyhus				Локализация грыж		
	I	II	III	IV	D*	S**	BL***
1 группа (основная)	5	4	11	4	10	9	5
2 группа (контрольная)	4	6	13	7	12	11	7

Примечание: D – правосторонняя локализация, S – левосторонняя локализация, L – двусторонняя локализация.

пароскопической операции были соответственно в 1,4 и 1,3 раза выше, чем после грыжесечения. Значения показателей психологического здоровья пациентов (MH) и общего состояния здоровья (GH) после лапароскопического метода лечения были в 1,3 и в 1,2 раза соответственно выше, чем после традиционного грыжесечения.

При анализе анкет пациентов было установлено, что наихудшие показатели качества жизни по опроснику SF-36 были получены у пациентов с рецидивами грыж. У пациентов после лапароскопической герниопластики отмечены достоверно более высокие показатели шкал общего состояния здоровья, физического и социального функционирования, интенсивности болевого синдрома, самооценки психического здоровья по сравнению с открытой операцией ($p < 0,05$). Отличия по шкалам физического и ролевого функционирования оказались недостоверными.

После традиционного грыжесечения длительность болевого синдрома составила до 1 недели у 61%, и у 34%—до 1 месяца; рецидив боли наблюдался у 17,2% опрошенных, 49% пациентов

были недовольны видом послеоперационного рубца. После лапароскопической герниопластики болевой синдром купировался до 1 недели у 92% и 8%—в течение месяца; рецидив боли отметили 4,1% опрошенных. Таким образом, по всем шкалам опросника SF-36 отмечаются более высокие показатели качества жизни у пациентов, которым была выполнена лапароскопическая герниопластика.

Выводы. Проведенное исследование позволяет констатировать, что лапароскопическая герниопластика при лечении паховых грыж обладает большей клинической эффективностью по сравнению с открытыми грыжесечениями. При анализе качества жизни с помощью опросника SF-36 достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического компонентов здоровья наблюдаются у пациентов после лапароскопической герниопластики, а качество жизни больных, перенесших лапароскопическое вмешательство, страдает в меньшей степени и нормализуется в более ранние сроки по сравнению с традиционными открытыми операциями.

КОМБИНАЦИЯ КЕТАМИНА И ПРОПОФОЛА («КЕТОФОЛ») ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Арболишвили Г.Н.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}

¹ГБУЗ ГKB №52 ДЗМ,

²Кафедра общей терапии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Исследование серии случаев (неконтролируемое наблюдательное исследование вмешательства и исхода у 6 пациентов).

Эндотрахеальная интубация (ЭИ)—частая процедура у критически больных пациентов. Перед ЭИ, как правило, даются индукционные агенты, но большинство из них вызывает гипотонию. Считается, что среди индукционных агентов этомидат является наиболее нейтральным по воздействию на сердечно-сосудистую систему, но последний связан с потенциальным риском развития надпочечниковой недостаточности, и у пациентов с септическим шоком было продемонстрировано увеличение летальности при применении этомидата, в связи с чем в нашей стране препарат не зарегистрирован. В связи с этим до сих пор актуальным остается вопрос безопасной индукции у критических больных, особенно вызванной острой кардиоваскулярной патологией. Кетамин и пропофол являются эффективными индукционными препаратами с разнонаправленными гемодинамическими эффектами. В условиях циркуляторного шока большинство врачей предпочитают введение кетамина. Однако применение послед-

него связано с появлением галлюцинаций и более длительным периодом восстановления, чем при применении других индукционных агентов. Кроме того, кетамин вызывает увеличение системного сосудистого сопротивления и частоты сердечных сокращений (ЧСС), что может иметь потенциально неблагоприятное воздействие у больных с компрометированной сердечно-сосудистой системой. Пропофол же обладает дозозависимым гипотензивным эффектом, прямым кардиодепрессорным эффектом и в терапевтических дозах может вызвать глубокую дестабилизацию гемодинамики. В связи с этим целью настоящего исследования была оценка влияния комбинации этих препаратов в субтерапевтических дозах для индукции пациентов в критическом состоянии. В настоящее время имеется очень ограниченное число исследований, посвященных изучению этой комбинации в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии.

Мы изучили серию случаев из 10 пациентов, у которых комбинация кетамина и пропофола («кетопрофол») применялась в качестве индукционного агента при быстрой последовательной интубации

Характеристика больных

	Класс ОCH Killip	CAM-ICU за 24 до/ 24 после	Использование вазопрессоров	Коллоиды (мл)	срАД за 15 мин до/ 15 мин после	ЧСС за 15 мин до/ 15 мин после
Больной №1	IV	±	нет	0/0	64/64	93/94
Больной №2	IV	-/+	да	500/500	79/69	119/120
Больной №3	IV	-/-	нет	0/100	87/85	124/123
Больной №4	IV	-/+	нет	0/0	77/65	142/116
Больной №5	III	-/-	да	0/0	103/123	133/129
Больной №6	IV	+/+	да	0/500	94/97	93/91

Техника и препараты, используемые во время интубации

	Вес	Визуализация	Морфин (мг)	Диазепам (мг)	Кетамин (мг/кг)	Пропофол (мг/кг)	Миорелаксант
Больной №1	68,1	ПЛ	4	-	0,5	0,5	Sux, 100 мг
Больной №2	56,5	ПЛ	2	-	0,5	0,5	Sux, 100 мг
Больной №3	87,8	ПЛ	4	5	0,5	0,5	Sux, 150 мг
Больной №4	100,5	ПЛ	4	-	0,5	0,5	Sux, 200мг
Больной №5	76,7	ПЛ	2	-	0,5	0,5	Pip, 4 мг
Больной №6	83,4	ПЛ	2	2,5	0,5	0,5	Sux, 150 мг

ПЛ – прямая ларингоскопия; Sux – сукцилинхолин; Pip – пипекурония бромид

трахеи. Все пациенты получили миорелаксанты. Мы регистрировали среднее артериальное давление (срАД) за 1 минуту до интубации и через 15 минут после. Из 10 пациентов 8 сохраняли уровень срАД ≥ 65 мм рт.ст. Не было зарегистрировано ни одного случая дестабилизации гемодинамических параметров после проведения интубации.

Данное исследование – это серия случаев, описывающих использование «кетофола» как индукционного агента для интубации больных с инфарктом миокарда, находящихся в критическом состоянии, когда есть потребность в обеспечении (сохранении) стабильности гемодинамики. В

исследовании включались больные с инфарктом миокарда, осложненным кардиогенным шоком или отеком легких

Результаты и выводы. Применение комбинации пропофола и кетамина у критических кардиологических больных, которым требуется интубация трахеи, оказалось эффективным и безопасным. При применении данной комбинации достигались хорошие интубационные условия, не происходило дестабилизации гемодинамики. Применение комбинации кетамина и пропофола не сопровождалось развитием делирия (по результатам оценки шкалы CAM-ICU), сопровождалось более быстрым восстановлением.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЗДНЕГО ОСТРОГО И АКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОТТОРЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

Артюхина Л.Ю.¹, Столяревич Е.С.^{1,2}, Томилина Н.А.², Иванова Е.С.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра нефрологии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Резюме. Несмотря на успехи, достигнутые в трансплантологии за последние годы, отторжение остается одной из ведущих причин поздней дисфункции почечного трансплантата, в том числе, в поздние сроки после аллогенной трансплантации почки (АТП). В развитии поздних эпизодов

отторжения важную роль играет активация гуморального звена иммунитета, что во многом определяет его резистентность к терапии и плохой прогноз. В последние годы были предложены различные схемы лечения гуморального отторжения, направленные на удаление антидонорских анти-

тел и на предупреждение их дальнейшего образования. Тем не менее, вопрос об эффективности такого лечения до настоящего времени остается предметом изучения. В статье представлено наше исследование оценивающее эффективность использования комбинированной терапии плазмаферезом, внутривенным иммуноглобулином (ВВИГ) и ритуксимабом для лечения позднего гуморального отторжения, в зависимости от клинико-лабораторной картины и морфологической характеристики отторжения.

Ключевые слова: Аллотрансплантация почки (АТП), гуморальное отторжение трансплантата, плазмаферез, иммуноглобулин, ритуксимаб.

Материалы и методы. В исследование были включены 87 реципиентов с морфологически верифицированным гуморальным отторжением трансплантата. Срок после трансплантации почки составил в среднем $75,4 \pm 59$ мес с момента операции (от 1,5 мес до 24 лет). Показанием к биопсии во всех случаях было выявление дисфункции трансплантата с повышением креатинина плазмы (в среднем до 236 ± 134 мкмоль/л) и/или протеинурии ($1,83 \pm 1,81$ г/сут). У всех больных определялись анти-HLA-антитела (анти-Human Leucocyte Antigens-антитела) методом ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Морфологическое исследование включало светооптическую и иммунофлюоресцентную диагностику с обязательным определением свечения C4d фрагмента комплемента. На основании данных пункционной биопсии и определения анти-HLA антител в 30 случаях было диагностировано острое, и в 57 – хроническое активное гуморальное отторжение трансплантата. У 29 реципиентов (у 12 с острым и у 17 с хроническим отторжением) прово-

дилось лечение, включавшее сеансы плазмафереза (№4-6) в сочетании с низкими дозами ВВИГ (0,5-1,0 г/кг) с последующим однократным введением ритуксимаба 375 мг/м². Контрольную группу составили 58 пациентов с острым (n=17) и хроническим активным (n=41) отторжением, не получавших патогенетического лечения.

Исследуемая и контрольная группы не различались по возрасту, сроку после ТП, а также морфологическим характеристикам, уровню креатинина крови и протеинурии. Распространенность гломерулосклероза и тубулоинтерстициального фиброза в группах была сопоставимой.

Результаты. В исследуемой группе в сравнении с контрольной наблюдалось более медленное прогрессирование дисфункции трансплантата. Уровень креатинина при этом снижался в среднем на 0,9 мкмоль/л/мес. против 8,2 мкмоль/л/мес. в контрольной группе.

В группе пациентов, получавших терапию, отмечалось снижение темпов прогрессирования дисфункции в сравнении с контрольной группой: прирост креатинина составил 0,9 мкмоль/л/мес против 8,2 мкмоль/л/мес в контрольной группе (P=0,03). Эта же закономерность сохранялась в подгруппах острого (90% vs 61%; p-NS) и хронического (23% vs 0; p=0,01) отторжения. Как следствие, 3-летняя выживаемость составила 45% и 27% в исследуемой и контрольной группе соответственно (p=0,01).

Заключение. Комбинированная терапия плазмаферезом, ВВИГ и ритуксимабом способствует стабилизации функции и торможению прогрессирования дисфункции трансплантата при позднем остром и активном хроническом гуморальном отторжении.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА СЛУХОПРЕДДВЕРНОГО НЕРВА

Артюшина Е.И.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Ключевые слова: головокружение, слухопреддверный нерв, сосудисто-нервный конфликт.

В последнее время интерес к проблемам головокружения и расстройства равновесия значительно возрос. Это связано не только с ростом числа пациентов, обращающихся к врачу с подобными жалобами, но и с появлением новых методов диагностики, созданием как специфических фармакологических препаратов, так и методов реабилитационной терапии. Головокружение, шум и снижение слуха возникают на фоне различных причин, которые в большом количестве

случаев трудно диагностируются. Изолированный приступ головокружения может возникнуть в результате различных заболеваний, связанных с патологией внутреннего уха (болезнь Меньера), поражением периферических вестибулярных образований во внутреннем слуховом проходе (вирусные поражения вестибулярного ганглия, воспаление корешка слухопреддверного нерва, невринома), а также в результате анатомических особенностей кровоснабжения лабиринта, проявляющих себя при гемодинамических нарушениях (артериальная гипертензия, тромбоз внутренней

слуховой артерии, нейроваскулярный конфликт).

Внутреннее ухо кровоснабжается конечными ветвями передней и нижней мозжечковой артерии, которые относятся к бассейну вертебробазилярных сосудов. Любые колебания артериального давления, извитость позвоночной артерии, вертеброгенное влияние, обусловленное патологией шейного отдела, стеноз или окклюзия подключичной артерии, а также патология интракраниальных ветвей вертебро-базилярной системы может вызвать неполноценность кровоснабжения внутреннего уха. Но так как полукружные каналы и улитка располагаются рядом, то периферическое головокружение обязательно будет сопровождаться слуховыми симптомами.

Сосудисто-нервный конфликт представляет собой синдром гиперактивной дисфункции слухопреддверного нерва, обусловленной сдавлением его сосудом в месте входа в ствол головного мозга в области мостомозжечкового угла или внутреннего слухового прохода. По данным S. Salah и соавторов, передняя нижняя мозжечковая артерия может формировать петлю с вершиной, лежащей во внутреннем слуховом проходе, или удвоение внутренней слуховой артерии. По последним литературным данным, 11% случаев при аномалии в вертебро-базилярной системе приходится на сосудистые петли. Клинические проявления данной патологии возможны и на фоне повышения артериального давления, и/или вязкости крови, и/или затруднения венозного оттока из задней черепной ямки. Сдавление слухопреддверного нерва может приводить к развитию изолированного периферического головокружения, ушному шуму, снижению слуха.

В отделении судологии в период 2015 г. было выявлено 3 случая данной патологии: 3 женщи-

ны разного возраста: 39, 56 и 58 лет. В первых 2-х случаях больные поступили в с жалобами на шум в одном ухе и прогрессирующее падение слуха. В третьем наблюдении пациентка была доставлена в неврологическое отделение с острым приступом головокружения. Пациентки страдали артериальной гипертензией в разных формах. У всех наблюдалось одностороннее снижение слуха и шум в ухе. В первом случае после сбора анамнеза была выявлена связь возникновения шума в ухе с повышением артериального давления (АД), в двух других поступление сопровождалось гипертоническим кризом. Длительность головокружений была разная, однако после приступов сохранялось нарушение равновесия, и улучшение состояния было постепенным. При отоневрологическом обследовании пациенток были выявлены симптомы поражения корешка VIII черепномозгового нерва (спонтанный нистагм, направленный в сторону поражённого лабиринта; воздушная калорическая проба выявила двустороннюю гипорефлексию). Для уточнения первопричины возникновения головокружений и снижения слуха проведено МРТ головного мозга, где было выявлено: асимметрия позвоночных артерий, «интимное» прилегание задней и передне-нижней мозжечковых артерий и сосудистая петля.

Выводы: выраженные системные головокружения на фоне подъема АД и односторонний ушной шум, а впоследствии постепенное снижение слуха на одной стороне, может свидетельствовать о сдавлении VIII пары черепномозговых нервов сосудом в зоне наименьшей миелинизации. Диагностика этих вестибулярных нарушений основывается на результатах отоневрологического обследования и данных МРТ головного мозга.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бабаян Г.Р.¹, Трушкин Р.Н.¹, Ванюков А.Е.¹, Сысоев А.М.¹, Сысоев В.М.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», ²МРЦ «КЛИНИКА+31»

Резюме. Эмболизация артерий простаты рассматривается как альтернатива оперативному лечению гиперплазии предстательной железы, целью работы была оценка уменьшения объема предстательной железы после проведения эндоваскулярной эмболизации и дальнейшее рассмотрение данной процедуры как монотерапии при гиперплазии предстательной железы

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, эмболизация артерий предстательной железы.

Цель работы: оценить непосредственные результаты проведения эмболизации артерий предстательной железы (ЭАП) у пациентов с симптоматической доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Материалы и методы. Протокол обследования пациентов включал в себя выполнение трансректального ультразвука (ТРУЗИ), урофлоуметрии, измерение уровня ПСА, количество остаточной мочи, также каждый пациент заполнял анкету IPSS (International Prostatic Symptom Score). Кон-

трольные исследования проводились на следующий день, через 1 и 3 месяца после процедуры.

Показания к ЭАП:

- большие размеры предстательной железы;
- противопоказания к открытому хирургическому лечению;
- высокий риск проведения общего наркоза.

Противопоказания к ЭАП:

- выраженное атеросклеротическое изменение и извитость подвздошных артерий;
- острый воспалительный и/или инфекционный процесс.

Процедура ЭАП проводилась рентгенэндоваскулярным хирургом в ангиографической операционной, оснащенной аппаратом Toshiba Infinix. Предварительно перед процедурой в мочевой пузырь пациента устанавливается мочевой катетер или цистостома. Фиксационный баллон мочевого катетера заполняется рентген-контрастным веществом. Это необходимо для определения локализации дна мочевого пузыря. Под местной анестезией, по методике Сельгингера производится пункция общей бедренной артерии. В артерию устанавливается интродьюсер 5F. Через интродьюсер проводится специализированный катетер (Cobra C2 и/или Roberts). Выполняется ангиография ветвей внутренней подвздошной артерии с целью определения источников кровоснабжения простаты. Катетер поочередно селективно устанавливается в устья левой и правой нижних пузырных артерий (НПА) (ветви внутренней подвздошной артерии). Выполняется селективная ангиография НПА. Методика заключается в селективной эмболизации простатической ветви НПА (ПВНПА). Для этой методики в некоторых случаях применяется микрокатетер, который проводится через катетер Cobra 5F, выполняется суперселективная катетеризация ПВНПА, через микрокатетер вводится эмболизационный материал. Время выполнения ЭАП составило 93 ± 24 минуты. Объем контрастного вещества применяемого для эмболизации – 120 ± 14 мл. В качестве эмболизационного материала использовались эмбосферы диаметром 300-500 μm .

ЭАП была выполнена у 12 пациентов с симптоматической ДГПЖ, среднее значение IPSS составило $21 \pm 2,3$, средний возраст пациентов 74 ± 3 года,

средний объем предстательной железы составил $96,3 \pm 18$ мм³, уровень ПСА в среднем составил $6,5 \pm 2,3$ нг/л, максимальная скорость мочеиспускания в среднем составила $9,2 \pm 2,7$ мл/с. Пациентам за неделю до ЭАП отменялись медикаменты для предстательной железы и за 2 дня до процедуры назначались нестероидные противовоспалительные препараты (ксефокам 4 мг 2 раза/сутки), прием которых продолжался в течение 5 дней после эмболизации.

Результаты. ЭАП была успешно выполнена у 11 из 12 пациентов (90,9%). У одного пациента было невозможно выполнить катетеризацию простатических артерий ввиду выраженных извитостей и атеросклеротических изменений подвздошных артерий. Пациенты не отмечали болевых ощущений ни во время выполнения эмболизации, ни после операции. Мочевой катетер был удален у 2 пациентов через 3 дня после операции и у остальных пациентов через 7 дней. Улучшение симптомов было отмечено у всех 11 пациентов, которым успешно выполнили эмболизацию артерий простаты (среднее значение IPSS составило $12,8 \pm 2$ в течение первого месяца и $11,7 \pm 2$ к 3 месяцу наблюдений). Уменьшение объема предстательной железы наблюдалось в среднем с $96,3 \pm 18$ мм³ до $74,3 \pm 14$ мм³ (22,9%) в течение первого месяца и на 9,95% к 3 месяцу. Средний объем остаточной мочи, снизился с 187 ± 23 мл до 98 ± 19 мл (47,6%) к 1 месяцу и на 52,4% к 3 месяцу. Уровень ПСА снизился на 51,3% от исходного и составил $3,1 \pm 1,2$ нг/л. Максимальная скорость мочеиспускания через месяц в среднем составила $14,3 \pm 2,3$ мл/с (улучшение на 55,4% от исходного). Инфекционных осложнений или осложнений со стороны пункции бедренной артерии не отмечались ни у одного пациента.

Выводы.

1. ЭАП приводит к уменьшению объема предстательной железы, как следствие – к снижению выраженности симптомов.
2. ЭАП позволяет снизить риск послеоперационных осложнений (кровотечение, инфекционные осложнения) у пациентов высокой группы риска.
3. ЭАП – безопасный альтернативный метод лечения ДГПЖ по данным 3-месячного периода наблюдения.

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» И ПРИНЦИПЫ ИХ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

А.Ю.Багуцкий

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. Значительное число пациентов многопрофильных лечебных учреждений имеют пси-

хические расстройства. Сочетание соматической патологии с психическим расстройством являет-

ся предиктором повышенной инвалидизации и смертности от соматических заболеваний, увеличивает стоимость лечения в несколько раз. Правильная оценка вклада психической составляющей в развитие заболевания и адекватное лечение позволяют добиться более полного восстановления здоровья.

Ключевые слова: психические расстройства, соматоформные расстройства.

В 2012 году психиатром проведено 1568 консультаций, в 2013 году – 1772, за 2014 год – 2021. Психиатром проконсультировано в среднем 3,7% пролеченных больных (табл. 1, 2). По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: до 40 лет – 17%, 40-60 лет – 23%, свыше 60 лет – 60%. По гендерному признаку мужчин – 40%, женщин – 60%.

У мужчин основную часть нозологических форм составляют органические психические расстройства с тенденцией возрастания с возрастом. Как наиболее легкие астенические, так и тяжелые, достигающие степени деменции. В молодом и среднем возрасте консультации психиатра проводятся чаще для пациентов с синдромами зависимости от психоактивных веществ, как

с простыми абстинентными состояниями, так и развитием металкогольных психозов. Примерно одинаковое число случаев составляют аффективные расстройства и невротические, соматоформные расстройства с пиком заболеваемости в среднем возрасте. Шизофрения и бредовые расстройства составляют значительно меньшую часть у женщин, но преобладают органические расстройства, также с пиком в среднем возрасте. Незначительную часть составляют синдром зависимости от психоактивных веществ, шизофрения, шизофреноподобные расстройства.

Таким образом, основная часть пациентов, которые проконсультированы психиатром, имеют органические психические расстройства. В клинической картине отмечались дисмнестические расстройства, которые сочетаются обычно с аффективным слабодушием и склонностью к умиленю. Эти проявления сопровождаются сознанием болезни в той или иной степени и суеливой беспомощностью. Отмечались псевдоневрастические астено-вегетативные расстройства, сочетавшиеся с дисмнестическими нарушениями, начальными проявлениями агнозии, акалькулии, иногда – с элементами нарушений конструктивно-

Таблица 1. Распределение по нозологическим группам. Мужчины.

Нозологическая группа	до 40 лет	40-60 лет	старше 60 лет
Деменция		27	231
Синдромы нарушенного сознания		33	98
Органическое бредовое расстройство		2	6
Органическое астеническое расстройство	9	24	39
Органическое расстройство личности	46	81	298
Синдром зависимости от ПАВ	38	26	22
Металкогольные психозы	50	72	22
Шизофрения	3	13	6
Аффективные расстройства	24	43	22
Невротические и соматоформные расстройства	45	43	17
Расстройство личности	13		

Таблица 2. Распределение по нозологическим группам. Женщины.

Нозологическая группа	до 40 лет	40-60 лет	старше 60 лет
Деменция		21	380
Синдромы нарушенного сознания	3	13	95
Органическое бредовое расстройство		6	17
Органическое астеническое расстройство	6	80	150
Органическое расстройство личности	83	70	342
Синдром зависимости от ПАВ	19	6	3
Металкогольные психозы	7	7	
Шизофрения	17	7	3
Аффективные расстройства	76	160	89
Невротические и соматоформные расстройства	114	129	78
Расстройство личности	7		

го праксиса. При начальных проявлениях заболевания выявлялся комплекс церебрастенических нарушений с легко возникающими реакциями раздражения, нарушениями концентрации внимания, снижением памяти, преимущественно на текущие события, трудностями пробуждения с длительно сохраняющейся сонливостью, снижением устойчивости к психоэмоциональным нагрузкам, метеопатией. При значительных органических расстройствах развивается деменция. Для установления диагноза деменции необходимо наличие выраженных нарушений более чем в одной когнитивной сфере (праксис, гнозис, память, речь, интеллект), проявляющихся при сохранном сознании вследствие органического поражения головного мозга не менее месяца.

Такие пациенты получают нейропротективную терапию. Задачей психиатра является коррекция поведенческих расстройств, нарушений сна. С этой целью назначаются кветиапин 25 мг 1-3 раза в день, хлорпротиксен 15-30 мг 1-3 раза в день, неулептил 3-5 капель 2-3 раза в день, карбамазепин 0,05 г 2-3 раза в день. При депрессивных синдромах назначаются антидепрессанты из группы СИОЗС эсциталопрам 5-10 мг, флувоксамин 25-50 мг, пароксетин 10-20 мг в сутки. Учитывая, что основной контингент пожилого возраста, по возможности ограничивается назначение амитриптилина и бензодиазепинов.

Пациентам с деменцией рекомендуется длительное амбулаторное лечение NDMA-антагонистом мемантином, при болезни Альцгеймера применяются ингибиторы ацетилхолинэстеразы: допенежил, галантамин, ривастигмин, ипидакрин.

Психотические расстройства у стационарных соматических больных развиваются чаще всего по типу кратковременных психотических эпизодов—эпизодов спутанности, протяженностью несколько часов (чаще всего ночью). Прежде всего, это больные со спутанностью сознания на фоне цереброваскулярной болезни. Чаще всего это престарелые пациенты, у них в бессонные часы первых 1-3 ночей развиваются эпизоды спутанности сознания с блужданием по палате, попытками лечь на чужую постель, перебиранием предметов в чужих тумбочках, собиранием своих вещей и сумок, стремлением уйти из больницы. Обычно после консультации психиатра, которая происходила на следующее утро после эпизода спутанности сознания, выяснялось, что пациент не помнит о том, что с ним было ночью. В этих случаях на ночь назначается галоперидол капли (2 мг/1 мл) 5-7 капель, кветиапин 25-50 мг. В случае, если такое состояние затягивается на сутки и более, то пациент переводится в отделение реанимации. Такое расстройство трактуется как делирий. Наиболее важное клиническое проявление делирия—нарушение сознания. Поражение функции мозга, лежащее в его основе, является генерализованным, а первопричина часто находится вне мозга (например, интоксикация, инфекция, отравления, гипоксия). В лечении такого пациента основным является лечение соматиче-

ской патологии, купирование интоксикации, гиповолемии, электролитных нарушений по возможности без применения седативных препаратов. Для купирования психомоторного возбуждения назначается дексдор.

Соматоформные расстройства представлены тревожно-депрессивным, ипохондрическим, соматизированным расстройствами, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы. Значительное преобладание—у женщин среднего возраста. Соматоформные расстройства часто сопровождаются соматической патологией, которая представлена преимущественно гипертонической болезнью, заболеваниями ЖКТ, бронхиальной астмой. При ипохондрических соматоформных расстройствах достоверно доминируют астено-ипохондрические, тревожно-ипохондрические. Среди соматических симптомов наиболее частые: утомляемость, нарушения сна, неустойчивое артериальное давление, лабильность пульса, чувство онемения, ощущение нехватки воздуха, нарушения стула и мочеиспускания, головокружение. Телесные ощущения сопровождаются вегетативными пароксизмами. У пациентов актуальны озабоченность заболеванием, настойчивые поиски диагноза и недоверие к врачам. Обострения течения невротического (соматоформного) расстройства достоверно взаимосвязаны по времени с психотравмирующими ситуациями и обострением соматической патологии.

Наиболее ярким и дезадаптирующим симптомом являлась тревога различной степени выраженности. Поэтому купирование тревоги—первостепенная задача. Тревожные, вегетативные приступы купируются бензодиазепиновыми транквилизаторами, для базовой терапии назначаются антидепрессанты группы СИОЗС пароксетин, сертралин, эсциталопрам, флувоксамин в низких и средних дозировках или тразодон 50-150 мг в сутки. В некоторых случаях пожилым пациентам требуется назначение кветиапина 25-50 мг на ночь, или карбамазепина 50-100 мг 2-3 раза в день.

Определенную часть составляют пациенты, которые попадают на консультацию к психиатру с зависимостью от психоактивных средств. Чаще всего это металкольные психозы и абстинентные состояния. Металкольные психозы развиваются у лиц, которые госпитализированы по поводу какого-либо серьезного соматического заболевания (желудочное кровотечение или панкреатит, гепатит, эписиндром). Они оказываются лишенными возможности ежедневно выпивать спиртное (как это происходило в течение последних дней, недель или месяцев). На третий, четвертый день такого вынужденного воздержания от алкоголя у этих больных развивается картина алкогольного или смешанного, сочетающегося с иной интоксикацией, делирия. Купирование алкогольного или смешанного делирия в условиях соматической больницы проводится в условиях отделения реанимации. Пациентам назначает-

ся дезинтоксикационная терапия, феназепам 2-4 мл внутривенно капельно 2 раза в сутки, витамины В1, В6, С в высоких дозах, В2 в средних дозах, магния сульфат. При выраженном возбуждении назначается дексдор. В случае значительной соматической патологии у части пациентов исходом делирия является амнестический синдром. Абстинентные состояния без развития делирия лечатся в условиях общесоматических отделений по тем же принципам.

В ГКБ №52 функционирует Московский городской нефрологический центр. Основной контингент нефрологической службы составляют пациенты с почечной недостаточностью. Почечная недостаточность, в стадии компенсации и субкомпенсации наиболее часто сопровождается развитием астенического синдрома, являющегося самым ранним признаком заболевания и нередко «сквозным» видом патологии. Особенность астении почечного происхождения обычно состоит в сочетании выраженной гиперестезии и раздражительности со стойкими нарушениями сна. Характерной чертой нефрогенной астении является адинамия с невозможностью или трудностью мобилизовать себя на выполнение действия при понимании необходимости такой мобилизации. Больные большую часть времени проводят в постели, что не всегда оправдано тяжестью почечной патологии. Характерным также является наличие дисфорического оттенка настроения, слабо выраженные вегетативные расстройства, периодически возникающие нарушения схемы тела. Вышеперечисленные расстройства психического статуса так же, как развитие сумеречных помрачений сознания или отчетливых приступов дисфории, свидетельствуют в пользу нарастания органического психосиндрома. Усиление симптомов интоксикации сопровождается характерными расстройствами сна. У больных появляется сонливость днем и упорная бессонница ночью, кошмарные, часто одного и того же сюжета сновидения. В последующем могут присоединяться гипнагогические галлюцинации.

Таким образом, основную часть пациентов, нуждающихся в консультации психиатра, составляют пациенты с органическими расстройствами личности. Затем идут невротические и соматоформные расстройства, в клинической картине которых отмечается чувство страха, тревоги, беспокойства. Больные полностью фиксированы на своем состоянии, требуют к себе постоянно-

го внимания, капризны, подозрительны, назойливы. Довольно типичным является нарастание неуверенности в себе, тревожности, мнительности. В содержании переживаний звучит ощущение тяжести почечного заболевания, с полным изменением образа жизни, необходимостью гемодиализа, постоянной зависимостью от нефрологического центра. Следующее место занимает группа пациентов, имеющих аффективные расстройства в виде неустойчивости настроения с преобладанием депрессивного фона. Лечить таких пациентов трудно. В лекарственной терапии необходимо учитывать значительное снижение выделительной функции почек, наличие уремической интоксикации, гиперкалиемии, взаимодействия с нефрологическими препаратами. Даже назначая небольшие дозы лекарств, можно ожидать непредсказуемые реакции, например, длительную сонливость, вялость при применении 0,005 г феназепама, или психомоторное возбуждение на 0,25 г фенибута. При астенических расстройствах назначается энерион 0,2–2 раза в сутки. При тревожных и депрессивных состояниях назначается грандаксин 0,05 г утром, в обед, вальдоксан 0,025 г на ночь, амитриптилин 0,005 г на ночь, СИОЗС в дозах начиная с ¼ от рекомендуемых. При нарушениях сна, эпизодах спутанности пожилым пациентам назначается кветиапин 0,025-0,05 г на ночь.

Выводы:

1. Психические расстройства являются частыми у больных многопрофильного стационара и встречаются в среднем у 3,7% пролеченных.

2. Психические расстройства чаще возникают у пациентов пожилого возраста. Преобладают органические психические расстройства всего спектра – от астенических проявлений до деменции, включая делирий и различные степени нарушенного сознания.

3. При выборе стратегии и тактики лечения указанной категории больных следует использовать психотропные средства с минимально выраженными побочными эффектами и в минимально низких дозах с одновременным проведением патогенетической терапии.

4. Наличие значительного числа психических расстройств у пациентов свидетельствует об актуальности вопросов организации специализированной помощи этому контингенту больных, в том числе и социальной, по уходу и обслуживанию.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛСОДЕРЖАЩЕЙ СИСТЕМЫ «МИРЕНА» И МЕДЬСОДЕРЖАЩИХ ВМС ПО ДАННЫМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ

Баева Н.Г.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», филиал

Резюме. Одной из важнейших задач медицины репродуктивного возраста является обеспечение пациентов эффективной, безопасной, доступной контрацепцией. В данной работе проведена сравнительная оценка состояния эндометрия у пациенток-пользовательниц ВМС «Мирена» и медьсодержащих ВМС на основании данных цитологического исследования мазков-отпечатков, выполненных после удаления контрацептива. Проанализирован возврат фертильности в течение года у рожавших и нерожавших женщин, пожелавших выполнить репродуктивную функцию.

Ключевые слова: внутриматочная гормональная левоноргестрелсодержащая система «Мирена», возврат фертильности, мазки-отпечатки с ВМС, медьсодержащая ВМС, репродуктивное здоровье, хронический эндометрит.

Актуальность. Внутрисемейное планирование деторождения требует все более широкого распространения безопасных, надежных и обратимых средств, предупреждающих беременность. Внутриматочная контрацепция является одним из них. Медикаментозные внутриматочные средства контрацепции делятся на ВМС, содержащие медь: Мультилоад-375 и Т-380, и левоноргестрелсодержащую систему «Мирена». Важнейшей причиной бесплодия, невынашивания беременности, неудачных попыток ЭКО, фето-плацентарной недостаточности и других осложнений беременности и родов, а так же гиперпластических процессов эндометрия, предрака и рака матки является хронический эндометрит. Одна из его причин – использование внутриматочной контрацепции.

Цель исследования: проведение сравнительной оценки состояния эндометрия у рожавших и нерожавших пациенток без гинекологической патологии, использующих с контрацептивной целью ВМС «Мирена» и медьсодержащие ВМС в возрасте от 18 до 45 лет (возраст на момент введения), учитывая значимость вклада воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин в интегральный показатель репродуктивного здоровья, а также понимание принципиальных различий механизмов действия разных типов ВМС на эндометрий.

Материалы и методы. Цитологическое исследование мазков-отпечатков с ВМС предусматривает исследование клеток, полученных из полости матки. Цитологический метод позволяет судить о состоянии эндометрия: оценить степень пролиферативных процессов, обнаружить атипические

клетки, выявить признаки злокачественных новообразований на ранних стадиях. Данный метод используется для оценки состояния эндометрия после извлечения ВМС. Мазки-отпечатки, получаемые после удаления с ВМС «Мирена» и медьсодержащих ВМС (Мультилоад 375 и Т Си 380), фиксировались в смеси Никифорова (спирт и эфир в соотношении 1:1) в течение 20 минут путем погружения в него стекла с нанесенным материалом. Исследование препаратов проводилось в ОД №2 (ныне КДО ГКОБ №62) г. Москвы.

Морфологические критерии хронического эндометрита представлены следующими признаками:

- наличие плазматических клеток в строме эндометрия;
- лимфоидные инфильтраты вблизи кровеносных сосудов и устьев желез;
- неравномерный фиброз стромы;
- склеротические изменения стенок спиральных артерий.

Результаты исследования. Всего было исследовано мазков-отпечатков с ВМС «Мирена» – 375. Из них рожавших женщин было 338, нерожавших – 37. Мазков-отпечатков с медьсодержащих ВМС – 169. Из них рожавших женщин – 126, нерожавших – 43. Время использования ВМС «Мирена» и медьсодержащих ВМС составило 4,5-5 лет, кроме группы пациенток с ВМС «Мирена», оторвавшихся от наблюдения. Данные пациентки в количестве 21 (все рожавшие) обратились для удаления ВМС «Мирена» через 5,5-7 лет.

При использовании ВМС «Мирена» более 5,5 лет однократно у 21 пациентки был выявлен воспалительный процесс в мазках-отпечатках. Это представляется интересным для обоснования использования ВМС «Мирена» с протективной или лечебной целью.

Реализация репродуктивных планов пациенток в течение года после удаления ВМС «Мирена» и медьсодержащих ВМС. У 35 пациенток, планирующих беременность, после удаления ВМС «Мирена» наступило 32 беременности в течение года (17 у рожавших ранее и 15 у ранее нерожавших), которые закончились родами (из них одни преждевременные), родилось 32 живых ребенка. У 43 пациенток, планирующих беременность, после удаления медьсодержащих ВМС наступило 22 беременности (14 у рожавших ранее и 8 у ранее нерожавших). Родами закончились 18 (из них 4 преждевременных), 4 беременности закончились

Таблица 1.
Результаты цитологических исследований мазков-отпечатков с медьсодержащих ВМС

	Рожавшие	Нерожавшие
Эндо метрий в стадии пролиферации	8 (6,3%)	3 (7,0%)
Группы клеток эндометрия с выраженной пролиферацией	29 (23,0%)	6 (13,9%)
Клетки плоского эпителия, элементы воспаления, обильная смешанная флора	19 (15,1%)	8 (18,6%)
Воспаление с резко выраженной пролиферацией железистого эпителия	24 (19,0%)	5 (11,6%)
Клетки железистого и плоского эпителия, резко выраженное воспаление	15 (11,9%)	6 (14,0%)
Пласты железистого и плоского эпителия, эритроциты	31 (24,7%)	15 (34,9%)
Всего	126	43

Таблица 2.
Результаты цитологических исследований мазков-отпечатков с ВМС «Мирена»

	Рожавшие	Нерожавшие
Элементы крови	29(9,1%)	3(8,1%)
Эпителий эндометрия в пределах нормы	57-5=52 (16,4%) (см. разъяснение ниже)	7(18,9%)
Эндо метриальный эпителий без атипии	69(21,8%)	2(5,4%)
Эндо метриальный эпителий отсутствует	19(6,0%)	-
Пласты плоского и железистого эпителия без особенностей	38(12,0%)	9(24,4)
Слизь, клетки плоского эпителия, единичные клетки железистого эпителия без атипии	46(14,5%)	3(8,1%)
Цитограмма без особенностей	28(8,8%)	7(18,9%)
Кровь, очаги лейкоцитов, клетки железистого и плоского эпителия без особенностей	16(5,0%)	2(5,4%)
Кровь, элементы воспаления, скопления клеток железистого эпителия с реактивными изменениями	20-6=14(4,5%) (см. разъяснение ниже)	3(8,1%)
Большие очаги лейкоцитов, немного макрофагов, немного полуразрушенных клеток железистого эпителия	16-10=6 (1,9%) (см. разъяснение ниже)	1(2,7%)
Всего	338-21=317	37

самопроизвольными выкидышами), родилось 18 живых детей.

Обсуждение. Таким образом, данным исследованием выявлено, что использование ВМС Мирена в течение 5 лет имеет очень низкий индекс воспалительного заболевания эндометрия по сравнению с медьсодержащими ВМС. Терапевтические свойства левоноргестрела способны защитить полость матки от инфицирования и воспалительных изменений. ВМС «Мирена» при однократном введении желательно использовать не более 5 лет, так как снижение уровня левоноргестрела ведет к увеличению риска воспалительного заболевания.

Восстановление фертильности в течение года после удаления ВМС Мирена наступило у 32 из 35 пациенток, планирующих беременность, что соответствует 91,4%; среди рожавших и нерожавших это составило 94,4% и 88,2%. Все беременности закончились родами (только 1 роды были преждевременными), родилось 32 живых ребен-

ка. В то же время восстановление фертильности в течение года после удаления медьсодержащих ВМС составило 51,2%; среди рожавших и нерожавших это составило 50,0% и 53,3%. Из 22 беременностей родами закончились 18 (преждевременных родов—4, прервавшихся беременностей на ранних сроках—4), родилось 18 живых детей.

Выводы.

1. Цитологическое исследование мазков-отпечатков с ВМС—достаточно объективный, технически простой, недорогой и информативный метод оценки состояния эндометрия, позволяющий проанализировать влияние на него различных внутриматочных устройств.

2. Риск развития хронического эндометрита у пациенток—пользовательниц медьсодержащих ВМС составил: у рожавших—27,0%, у нерожавших—32,6%, что значительно выше, чем при использовании ВМС «Мирена»—соответственно 11,4% и 16,2 %.

3. Риск развития пролиферативных (гипер-

пластических) процессов у пациенток–пользовательниц медьсодержащих ВМС составил у рожавших и нерожавших соответственно 29,3% и 20,9%. «Воспаление с резко выраженной пролиферацией» было выявлено у 19% рожавших и 11,6% нерожавших пациенток–пользовательниц медьсодержащих ВМС. При использовании ВМС «Мирена» данных за пролиферативные и гиперпластические процессы в мазках-отпечатках выявлено не было.

4. Лечебно-протективное действия левоноргестрела прогрессивно снижается при использовании «Мирены» однократно более 5 лет.

5. Низкий процент воспалительных и гиперпла-

стических заболеваний эндометрия способствует более быстрой реализации репродуктивных планов пациенток, профилактике гинекологических заболеваний при использовании ВМС «Мирена».

Таким образом, при интерпретации ВМС как одной из причин развития хронического эндометрита необходимо учитывать различный механизм действия ВМС «Мирена» и медьсодержащих ВМС. Следует разделять, какая ВМС была использована в каждом конкретном случае, и стремиться к выбору (предпочтению) заведомо более безопасного внутриматочного устройства.

В-КЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА НЕКЛАССИФИЦИРУЕМАЯ, ПРОМЕЖУТОЧНАЯ МЕЖДУ ДИФFUЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМОЙ И ЛИМФОМОЙ БЕРКИТТА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Барях Е.А.¹, Мисюрина А.Е.², Ковригина А.М.², Обухова Т.Н.²,
Воробьев В.И.¹, Мангасарова Я.К.², Кравченко С.К.²

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», ²Гематологический научный центр МЗ РФ

В-клеточная лимфома неклассифицируемая, занимающая промежуточное положение между диффузной В-крупноклеточной лимфомой (ДВК-КЛ) и лимфомой Беркитта (ЛБ) (ВНЛ), является агрессивной лимфомой, имеющей одновременно морфологические, иммунофенотипические и цитогенетические признаки как ДВККЛ, так и ЛБ. Впервые выделена в качестве отдельной нозологии в классификации опухолей гемопоэтической и лимфоидной тканей ВОЗ в 2008 г.

Цель исследования: охарактеризовать данный редкий вид лимфом, определить клинические, морфологические и цитогенетические особенности ВНЛ, разработать терапевтическую тактику и выделить факторы неблагоприятного прогноза.

Материалы и методы. С 2004 по 2015 гг. в ФГБУ ГНЦ МЗ РФ и ГКБ№52 диагноз ВНЛ установлен 30 пациентам, 14 мужчинам и 16 женщинам с медианой возраста 45 (23-76) лет. II стадия заболевания выявлена у 4 (13,3%) пациентов, III–у 2 (6,7%), IV–у 24 (80%). В-симптомы определялись у 17 (56,7%), повышение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) имело место у 25 (83,3%) больных. Соматический статус ECOG ≥ 2 выявлен у 23 больных. Поражение костного мозга диагностировано у 10 (33,3%) пациентов, нейтролейкемия–у 4 (13,3%) больных. Вовлечение в опухолевый процесс более 1 экстранодального очага выявлено у 23 (76,7%) пациентов. Перестройка локуса гена MYC определялась у 14/28 (50%) больных. «Double hit» лимфома диагностирована у 8 (26,7%) пациентов. При исследовании биопсий-

ного материала гистологическая картина была разделена на 2 морфологических варианта: I–сходная с ЛБ (12 случаев); II–морфологическая картина, представленная мономорфным пролифератом центробластов средних размеров с морфологическими признаками апоптоза, высокой митотической активностью (18 случаев). Согласно алгоритму Hans у 27 (90%) больных ВНЛ отнесена к GCB подтипу, у 3–к non-GCB иммуногистохимическому подтипу. Медиана пролиферативной активности (Ki-67) составила 93%. Экспрессия белка MYC, (пороговые значения $\geq 40\%$), выявлена у 23 (76,7%), BCL2 (пороговые значения $\geq 50\%$)–у 16 (53,3%). Коэкспрессия BCL2+MYC+ («double-expresser» лимфома) диагностирована у 15 (50%). Лечение больных проводили по протоколу терапии лимфомы Беркитта ЛБ-M-04 $\pm$ R, пациентов >60 лет СНОР-подобными курсами $\pm$ R. Трансплантацию аутологичных стволовых клеток (аутоТСКК) выполняли всем больным «double-hit» лимфомой при достижении ремиссии и пациентам «non-double-hit» лимфомой высокого риска (поражение костного мозга, множественные экстранодальные очаги, перестройка гена MYC, позднее (после 6 курсов) достижение ремиссии). Во всех случаях использовали режим кондиционирования BEAM. 2-летняя общая выживаемость (ОВ) составила 53%, 2-летняя бессобытийная выживаемость 43%.

Результаты. Однофакторный анализ прогностического значения различных клинико-лабораторных характеристик в отношении ОВ выявил

статистически значимую роль поражения ЦНС, повышения активности ЛДГ, наличия В-симптомов, поражения более 1 экстранодальной области, соматический статус ECOG 3-4 и отсутствия аутоТСКК2). Прогностическую значимость в отношении вероятности развития рецидива/ прогрессирования ВНЛ в течение 2 лет наблюдения имели: поражение ЦНС, повышение активности ЛДГ и перестройка гена с-МYC (рис. 3). При многофакторном анализе статистически значимыми в отношении ОБ оказались: соматический статус ECOG, экспрессия BCL2, коэкспрессия MYC+/BCL2+ и «double-hit» лимфома, в отношении вероятности развития рецидива/ прогрессирования: «double-hit» или «double-expresser» лимфома, генерализованные стадии заболевания), поражение костного мозга и отсутствие аутоТСКК.

Заключение. Таким образом, ВНЛ представля-

ет собой гетерогенную группу лимфом. Наиболее агрессивными и прогностически неблагоприятными вариантами ВНЛ являются «double-hit» и «double-expresser» лимфомы. ВНЛ характеризуется генерализованными стадиями заболевания, частым вовлечением костного мозга, центральной нервной системы и экстранодальных органов. Для установления диагноза ВНЛ необходим комплекс диагностических мероприятий, включающих гистологическое, иммуногистохимическое и цитогенетическое исследования. Учитывая цитогенетические особенности ВНЛ, предпочтительным является сочетание СЦИ и FISH. Протокол ЛБ-М-04+R с ауто-ТСКК представляется перспективным для использования у больных ВНЛ. В то же время, для определения оптимальных подходов к терапии ВНЛ, роли аутоТСКК в повышении эффективности лечения, необходимо большее число наблюдений.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЖЕСТКОСТЬ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ АГ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Белоглазова И.П.^{1,2}, Могутова П.А.², Потешкина Н.Г.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Ключевые слова: артериальная гипертензия, жесткость аорты, индекс аугментации.

Актуальность. Жёсткость артериального русла является самостоятельным маркером высокого кардиоваскулярного риска. Особый интерес представляет изучение факторов, способных улучшить состояние сосудистого русла и, соответственно, влиять на прогноз при ССЗ. Упруго-эластические свойства артерий тесно связаны с процессом ремоделирования сосудов. Известно, что ухудшение эластических свойств артерий возникает при АГ, а также прогрессирует с возрастом даже при отсутствии сердечно-сосудистых заболеваний, что обусловлено нарушением синтеза компонентов сосудистой стенки и развитием атеросклероза. В ряде исследований получены данные о влиянии повышенного потребления соли на механизмы сосудистого ремоделирования, однако характер этих взаимодействий требует дальнейшего изучения. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) является «золотым стандартом» измерения артериальной жесткости. Также имеются данные, позволяющие рассматривать индекс аугментации в качестве самостоятельного прогностического фактора риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Однако на сегодняшний день нет четких положений клинического применения индекса аугментации в аорте Alxao (Aortic augmentation index). Кроме то-

го, вопросы влияния факторов сердечно-сосудистого риска на различные показатели артериальной ригидности также остаются открытыми. Все это предопределило актуальность данного исследования.

Цель исследования: изучить факторы, влияющие на жесткость аорты у больных артериальной гипертензией (АГ) разных возрастных групп.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных АГ, из них 32 мужчины. Средний возраст—59,14±8,93 лет, средняя продолжительность АГ—11,27±10,54 лет. У 13 пациентов—2 степень и у 45 пациентов—3 степень АГ. Риск ССО: у 3 пациентов—средний, у 10 пациентов—высокий и у 45 обследуемых—очень высокий. Группа контроля—26 добровольцев без сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе 12 мужчин (средний возраст 57,92±7,64 лет). Группы сопоставимы по возрасту и полу (p>0,05). Больные АГ разделены на 4 подгруппы по уровню потребления соли: 1 подгруппа (n=11)—уровень потребления соли до 100 ммоль/сут Na⁺, 2 подгруппа (n=14)—от 100 до 199 ммоль/сут Na⁺, 3 подгруппа (n=26)—от 200 до 299 ммоль/сут Na⁺, 4 подгруппа (n=7)—300 ммоль/сут Na⁺ и более. Всем обследованным проведено СМАД с определением среднесуточного систолического аортального давления (ЦСАД) и общего индекса аугментации в аорте; потребление соли оценивали путем определения содержания ионов

Na⁺ в составе 24-часового объема мочи методом эмиссионной фотометрии.

Результаты: найдено, что у больных АГ Аlхао оказался достоверно выше, чем в группе контроля ($35,86 \pm 12,99\%$ против $30,00 \pm 8,12\%$, $p=0,03$) (рис.1). В результате многофакторного регрессионного анализа у больных АГ выявлена положительная связь Аlхао с возрастом ($\beta=0,43$, $p=0,005$) и ЦСАД ($\beta=0,35$, $p=0,008$) и отрицательная связь с уровнем потребления Na⁺ ($\beta=-0,35$; $p=0,002$). Обнаружена достоверная отрицательная связь уровня потребления соли со значениями Аlхао у больных АГ в 1-3 подгруппах ($r_1=-0,15$, $p_1=0,03$; $r_2=-0,43$, $p_2<0,0001$; $r_3=-0,38$, $p_3<0,0001$). Повышение индекса аугментации в аорте при увеличении ЦСАД, а также с возрастом определяет Аlхао в качестве маркера сосудистой жесткости. Отрицательная связь потребления соли с Аlхао у больных 1, 2 и 3 групп, вероятно, связана с уве-

личением диаметра артерий мышечного типа (результат повышения объема циркулирующей крови при росте потребления Na⁺), приводящим к снижению градиента сосудистого сопротивления в артериальном русле и уменьшению отражения. У пациентов 4 подгруппы между Аlхао и уровнем потребления соли выявлена достоверная положительная средней силы связь ($r_4=0,49$, $p_4=0,0004$). По-видимому, при очень высоком уровне потребления соли начинают преобладать механизмы периферической вазоконстрикции, сосудистого ремоделирования с уменьшением внутреннего диаметра сосудов или дилатация аорты, усиливающие градиент сосудистого сопротивления и приводящие к усилению отражения пульсовой волны.

Выводы: возраст, повышенное ЦСАД, уровень потребления соли 300 ммоль/сут Na⁺ и более приводят к увеличению жесткости аорты.

ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЗДОРОВЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Белоглазова И.П.^{1,2}, Добашина А.Н.¹, Могутова П.А.², Потешкина Н.Г.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Ключевые слова: артериальная гипертония, почечная гемодинамика, индекс сопротивления почечных артерий.

Актуальность. У больных артериальной гипертонией (АГ) возникают изменения почечной гемодинамики, причем, как на макрососудистом, так и микрососудистом уровнях. Влияние на почечный кровоток оказывают также возрастные изменения сосудистого русла.

В настоящее время для оценки интенсивности почечного кровотока наиболее широко используется ультразвуковое доплерографическое исследование с измерением индексов сопротивления почечных артерий (относительных «почти уголнезависимых» показателей). Однако до сих пор нет четкого понимания клинического значения изменения данных параметров.

Повышенные значения индексов сопротивления могут свидетельствовать о стеноокклюдированной патологии, вазоспазме, пониженные значения – являются результатом выраженной периферической вазодилатации или артериовенозного шунтирования. Однако сужение артерий и повышение сосудистого сопротивления в артериальном почечном русле, с одной стороны, является защитным механизмом, препятствующим развитию баротравмы почечных клубочков, с другой стороны – инициирует ишемическое повреждение почечной ткани. Малоизученной остается роль

различных факторов и их сочетания в изменении параметров почечного кровотока

Цель: изучить почечную гемодинамику у больных АГ и здоровых разных возрастных групп.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных АГ, из них 32 мужчины. Средний возраст $59,14 \pm 8,93$ лет, средняя продолжительность АГ – $11,27 \pm 10,54$ лет. У 13 пациентов – 2 степень и у 45 пациентов – 3 степень АГ. Риск ССО: у 3 пациентов – средний, у 10 пациентов – высокий и у 45 обследуемых – очень высокий. Группа контроля – 26 здоровых добровольцев, из них 12 мужчин (средний возраст $57,92 \pm 7,64$ лет). Группы сопоставимы по возрасту и полу ($p>0,05$). Больные АГ и здоровые добровольцы разделены на 3 подгруппы по возрасту: 1В подгруппа – от 40 до 59 лет, 2В подгруппа – от 60 до 69 лет, 3В подгруппа – 70 лет и старше.

Всем пациентам проведена УЗДГ почечных артерий с расчетом пульсационного индекса (PI), индекса резистентности (RI) и систоло-диастолического соотношения (S/D) почечных артерий. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы «Statistica for Windows v. 7.0» и приложения Microsoft Excel.

Результаты: в целом в группе больных АГ индексы сопротивления (PI ($1,39 \pm 0,35$ у.е.), RI ($0,70 \pm 0,07$ у.е.) и S/D ($3,55 \pm 1,20$ у.е.)) почечных артерий были выше, чем в группе контроля.

Выявлено, что у больных АГ с возрастом от 40-59 лет до 70 лет и старше наблюдается увеличение почечных индексов сопротивления: PI ($p=0,002$), RI ($p<0,0001$), S/D ($p=0,003$). Обнаружена достоверная положительная средней силы связь индексов PI, RI и S/D с возрастом у пациентов с АГ.

Достоверные различия по величине RI и S/D между подгруппами 40-59 лет и старше 70 лет найдены и у здоровых добровольцев.

Выявлена достоверная положительная корреляционная связь индексов RI ($r=0,09$, $p<0,0001$) и

S/D ($r=0,13$, $p<0,0001$) с возрастом в группе контроля, но более слабая, чем у больных АГ.

Выводы:

1. У больных АГ индексы сопротивления почечных артерий выше, чем у здоровых сверстников.

2. С возрастом наблюдается увеличение индексов сопротивления почечных артерий как у больных АГ, так и у здоровых лиц.

3. Наличие гемодинамического (повышенное АД) и негемодинамического (возраст) факторов способствует достоверно большему увеличению индексов сопротивления почечных артерий.

ANCA-АССОЦИИРОВАННЫЕ ВАСКУЛИТЫ, СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Беседовская Н.А.^{1,2}, Загребнева А.И.^{1,2}

¹Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ,

²ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. ANCA-ассоциированные васкулиты—группа заболеваний с поражением сосудов мелкого и среднего калибра. В настоящее время основной терапией у такой категории пациентов является индукционная и поддерживающая. Для индукции ремиссии применяется комбинированная терапия сверхвысоких доз глюкокортикостероидов (ГКС), цитостатической терапии (ЦТ) и ингибитор ФНО-α (ритуксимаб). Терапевтическая тактика обусловлена активностью заболевания, частотой рецидивов, наличием огранных поражений.

Ключевые слова: системные васкулиты, ANCA, терапия.

ANCA-ассоциированные васкулиты (AAB)—это группа заболеваний, характеризующихся воспалительным поражением стенки сосудов мелкого и среднего калибра, наличием или отсутствием антинейтрофильных цитоплазматических антител (ANCA) [3]. Согласно последним рекомендациям (Рекомендации по лечению системных васкулитов. Е.Л. Насонов, Т.В.Бекетова по поручению группы экспертов АРР. 2013) современная классификация AAB включает в себя микроскопический полиангиит (МПА), гранулематоз с полиангиитом—гранулематоз Вегенера (ГПА), эозинофильный гранулематоз с полиангиитом—синдром Чарга—Стросс (ЭГПА).

Терапия AAB является актуальной проблемой ввиду тяжести самого заболевания, системности процесса, неблагоприятного прогноза и высокой летальности. Ранее смертность пациентов с ANCA-ассоциированным васкулитом достигала 80-90% в течение первых 2-х лет—от момента установления диагноза [1]. В настоящее время стратегия терапии таких пациентов является

достаточно агрессивной в связи с применением комбинированной иммуносупрессивной терапии: ГКС, циклофосфана (ЦФ)/ритуксимаба (ФНО-α). Это позволило улучшить прогноз по основному заболеванию, однако привело к повышению случаев летального исхода, обусловленного присоединением инфекции на фоне иммуносупрессии, сердечно-сосудистыми осложнениями. Что требует должного наблюдения таких пациентов на амбулаторном этапе с привлечением смежных специалистов для назначения симптоматической терапии [3].

Несмотря на наличие накопленного опыта применения комбинированной иммуносупрессивной терапии, в настоящее время остается актуальной проблема выбора корректной комбинации индукционной терапии, с целью максимально быстрого достижения ремиссии на длительный срок с минимальным или отсутствием органных поражений, а в дальнейшем—поддерживающей терапии для поддержания ремиссии и отсутствия прогрессирования основного заболевания.

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по ревматологии (Е.Л. Насонов, Т.В.Бекетова по поручению группы экспертов АРР 2013г) индукционная терапия включает в себя комбинацию ГКС+ЦФ: ГКС назначаются в виде пульс-терапия 500-1000 мг №3 с последующим переходом на пероральный прием из расчета 1мг/кг/сут (не более 80 мг/сут) не менее месяца, до достижения ремиссии с последующим снижением дозы до поддерживающей 10мг/сут.; ЦФ в/в введения 15 мг/кг (не более 1 г) через 2 недели N 1- 3, далее каждые 3 недели или ЦФ внутрь 2 мг/кг/сутки (не более 200 мг/сутки) со снижением дозы до 1,5 мг/кг/сутки при достижении ремиссии.

Лечение по продолжительности составляет 3-12 месяцев.

При отсутствии применения ЦФ высокий риск рецидива и тяжелого течения заболевания.

При рецидивирующем течении ААВ или неэффективности стандартной терапии ГКС+ЦФ к терапии присоединяется (ФНО-α) РТМ—в/в 375 мг/м² 1 раз в неделю в течение 4 недель.

Эффективность применения РТМ в индукционной терапии ААВ была продемонстрирована в рандомизированном исследовании RAVE. Было получено, что РТМ не уступает ЦФ в индукции ремиссии при первичном применении, кроме того, при рецидиве заболевания более эффективен в связи с достижением более длительного периода ремиссии. В исследовании RITUXVAS также была продемонстрирована эффективность повторного введения РТМ в качестве поддерживающей терапии в сравнении с применением ЦФ в дозе 15 мг/кг массы тела в комбинации с ГКС.

Исследование MAINRITSAN продемонстрировало превалирующую эффективность РТМ в сравнении с азатиоприном в качестве поддерживающей терапии [3].

В качестве поддерживающей терапии используют комбинацию малых доз ГКС 5-10 мг/сут. в сочетании с азатиоприном 2 мг/кг/сут./микофенолата мофетил 1-2 г/сут./лефлуномид 20-30 мг/сут [2].

Таким образом, ориентируясь на накопленный опыт многочисленных исследований и новые рекомендации по диагностике и лечению пациентов

с ААВ, можно говорить о необходимости взвешенного и продуманного подхода к вопросу выбора терапии. Пациентам надо объяснить о необходимости должного контроля на амбулаторном этапе с оценкой активности заболевания и проведением своевременной коррекции терапии.

Список литературы:

1. С.В. Моисеев, П.И.Новиков, А.Д. Мешков, Л.В. Иваницкий АНЦА-ассоциированные васкулиты: спорные вопросы классификации, диагностики и оценки активности и современные подходы к лечению. // Клиническая фармакология и терапия 2014; 23 (1):44-50.

2. Федеральные клинические рекомендации по ревматологии. (Е.Л. Насонов, Т.В.Бекетова по поручению группы экспертов АРР, 2013 г).

3. П.И.Новиков, С.В. Моисеев, Н.М. Буланов, Е.А. Макаров. Современные подходы к терапии АНЦА-ассоциированных системных васкулитов. // Клиническая нефрология; 2014;1.

4. Е.С. Жабина, С.В. Моисеев, П.И.Новиков, К.Е. Федоров Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Чарга-Страусс): клинические варианты, диагностика и лечение. //Клиническая фармакология и терапия; 2013; 22(5):85-92.

5. П.И.Новиков, С.В.Моисеев, Е.И.Кузнецова, Е.Н. Семенова, Н.А.Мухин. Изменение клинического течения и прогноза гранулематоза с полиангиитом (Вегенера), результаты 40-летнего наблюдения. //Клиническая фармакология и терапия; 2014; 23(1): 32-37.

ПРОБЛЕМЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ: ГЕПАРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Буланов А.Ю.^{1,2}, Прасолов Н.В.¹, Яцков К.В.¹, Доброва Н.В.¹, Андрейченко С.А.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», ²РУДН, г. Москва

Актуальность. Гепарины—широко используемая в современной клинике группа антикоагулянтов, эффективное средство профилактики и лечения тромбозов. Однако в ряде случаев их эффект недостаточен или вовсе отсутствует.

Цель работы: анализ причин развития резистентности к действию гепарина.

Материалы и методы. В исследование вошло 24 пациента, у которых при проведении терапии гепарином констатировано отсутствие гипокоагуляционного эффекта. Пациенты были консультированы выездной специализированной бригадой гематологического центра в стационарах г. Москвы. В качестве метода контроля эффекта гепарина использовалась тромбоэластография (тест с гепаринозой) на тромбоэластографе ТЭГ 5000.

Результаты и обсуждение. Контроль исходной

активности гепарина осуществлялся у всех пациентов, получавших НФГ, и у 4, получавших НМГ. Из этих больных ни в одном из случаев не отмечалось отсутствия первичного ответа на гепарин, и резистентность развивалась в процессе лечения в разные сроки от начала (от 1-х до 17-х сут).

Самой частой причиной развития резистентности к гепарину был дефицит антитромбина III (АТ III). Его значение на момент выявления проблемы составляло 47,4±12,7%. Первичные данные известны только у 13 больных, у которых на начало применения гепаринов его уровень составлял 94,2±21,9%. Все пациенты, в рамках данного исследования для восстановления уровня АТ III получали концентрат антитромбина III (Бакстер). Доза препарата составила в среднем 16,3±4,12 МЕ/кг. В результате отмечено повышение уровня АТ III в плазме на 32,7±9,2. Активность гепарина

после первого введения АТ III была восстановлена у 16 больных (94%).

Одному пациенту (6%) для достижения эффекта в дополнение к концентрату антитромбина была произведена трансфузия СЗП в дозе 12,3 мл/кг.

У 4 пациентов гиперкоагуляция на фоне введения НФГ сопровождалась прогрессирующим снижением числа тромбоцитов. Причиной этого состояния была гепарин-индуцированная тромбоцитопения II типа (ГИТ II). Подтверждение ГИТ II было осуществлено исследованием антител к комплексу гепарина-IV пластинчатый фактор. У данной категории больных для лечения применялся фондапаринукс.

У 3 пациентов с недостаточным эффектом гепарина (в профилактической дозе) уровень АТ III был нормальным, отсутствовали признаки ГИТ. Наиболее вероятной причиной гепаринорезистентности у них явилась гиперфибриногенемия:

$5,9 \pm 1,11$ г/л. в раннем послеоперационном периоде. Повышение фибриногена является реактивным ответом на развитие инфекционных осложнений. У одной из пациенток тромбогенное состояние проявилось развитием ТЭЛА.

Фактором риска резистентности к гепарину является повышение маркеров эндотелиального повреждения (фактора VIII и фактора Виллебранда). Не было выявлено их значимого повышения как причины неэффективности гепарина.

Заключение. Резистентность к гепарину является важной клинической проблемой. Основная ее причина – транзиторный (как правило) дефицит эндогенного антитромбина III. При выявлении неэффективности гепаринов, а в случае высокого тромботического риска до начала терапии гепарином, необходим контроль активности антитромбина, и, при необходимости, заместительная терапия его концентратом.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ванюков А.Е., Бабаян Г.Р., Бондаренко С.А.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является доказанным независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых событий у больных ИБС. Почечная недостаточность (ХПН) ускоряет развитие атеросклероза и ухудшает профиль выживаемости пациентов. Таким образом, своевременная диагностика и коронарная реваскуляризация в данной когорте больных могла бы улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, эндоваскулярное лечение, стентирование, реваскуляризация.

Цель: изучение непосредственных и средне-отдаленных результатов эндоваскулярного лечения больных с различными формами ИБС на фоне ХБП.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ было включено 25 больных 62 ± 5 лет, получивших в период 2011-2015 гг. эндоваскулярное лечение по поводу хронической ИБС, ХБП: из них на диализе 22 человека. Три человека находились в преддиализной стадии с показателями креатинина более 500 мкмоль/л (скорость клубочковой фильтрации менее 17 мл/мин/1,73м²).

Большинству пациентов выполнено этапное стентирование 2 коронарных артерий, по поводу стенозирующего атеросклероза. Использовались стенты с лекарственным покрытием эверолимусом, среднее количество стентов на одного

пациента составило 1,3; неионные низкоосмолярные контрастные вещества в среднем на процедуру 300 мл.

Результаты. Непосредственный технический успех процедуры в общей группе составил 97%, клинически неосложненное течение в раннем послеоперационном периоде наблюдалось у 24 пациентов. Ранняя постоперационная летальность составила 4% – у пациента после ангиографически успешной реваскуляризации хронической тотальной окклюзии развилась некупируемая фибрилляция желудочков в первый час после процедуры. 22 пациентам был проведен сеанс гемодиализа накануне вмешательства и дополнительный сеанс на следующий день после процедуры. Трем пациентам не понадобился сеанс гемодиализа непосредственно после проведения процедуры, однако в течение следующих 6 месяцев эти пациенты стали диализзависимы.

По результатам контрольного обследования через 6 и 12 месяцев повторное вмешательство на целевом сосуде не потребовалось ни одному пациенту, 5 пациентов (20%) подверглись процедурам дальнейшей реваскуляризации других коронарных бассейнов в течение 12 месяцев.

Выживаемость 12 месяцев без значимых кардиальных событий составила 100% без учета ранней послеоперационной смерти одного больного, тогда как ожидаемая 5-тилетняя выживаемость в

этой группе больных на основании международных регистров не превышает 70%.

Выводы: стентирование коронарных артерий с использованием эверолимусэллитирующих

стентов демонстрирует обнадеживающие средние-отдаленные результаты в когорте пациентов, страдающих клинически значимой почечной дисфункцией.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛОЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Ванюков А.Е., Бабаян Г.Р., Бондаренко С.А., Кириллов М.Г.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Ключевые слова: гемодиализ, баллонная ангиопластика, стентирование подключичной вены, артерио-венозная фистула.

Цель работы: изучение клинических результатов эндоваскулярной реканализации окклюзированных подключичных вен, у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности после длительного использования манжеточного катетера для гемодиализа, установленного подключичным доступом.

Материалы и методы. В исследование вошли 10 пациентов (в возрасте от 63 до 78 лет) с ангиографически верифицированной окклюзией подключичной вены (длительность окклюзии 6-8 мес.), которым в период с января по декабрь 2013 года была выполнена механическая реканализация с баллонной ангиопластикой подключичной вены. Целью вмешательства было восстановление кровотока по подключичной вене для уменьшения венозного застоя в верхней конечности и восстановлении функции ипсилатеральной артерио-венозной фистулы. Так успешная реканализация с баллонной ангиопластикой была выполнена 9 пациентам, 1 пациенту потребовалась имплантация стента в область окклюзии подключичной вены. Всем больным была выполнена реканализация проводником 0,014" с дилатацией малым баллонным катетером с последующей заменой проводника на 0,035" и финальной дилатацией большим периферическим баллонным катетером диаметром 9,0–10,0 мм. У 5 пациентов в течение процедуры использовался болюс гепарина в количестве 5000МЕ внутривенно. В качестве сосудистого доступа использовалась антеград-

ная пункция артерио-венозной фистулы. После выполнения процедуры у всех больных был выявлен остаточный стеноз, не превышающий 30%. 10 больным была выполнена контрольная флебография в сроки до 4 месяцев от реканализации.

Результаты. Через 4 месяца антеградный кровоток был сохранен у всех пациентов, отмечено незначимое уменьшение диаметра подключичной вены в месте реканализированной окклюзии у пациентов после баллонной ангиопластики. У пациента, которому потребовалась имплантация стента, выявлен краевой рестеноз до 60%. Отмечено значимое уменьшение отека верхней конечности, средняя потеря массы конечности за счет ухода отека составила в среднем 9 кг. Уменьшение отека позволило вернуться к использованию ипсилатеральной артерио-венозной фистулы для проведения сеанса гемодиализа. Осложнений ходе выполнения процедуры не было. Отсроченных осложнений также не наблюдалось. Пациентам было рекомендовано проведение контрольных флебографий не реже одного раза каждые 6 месяцев.

Выводы. Эндоваскулярная реканализация окклюзированных магистральных вен верхней конечности является эффективным и безопасным методом лечения, позволяющим значительно улучшить качество жизни пациентов с данной патологией и сохранить функцию артерио-венозной фистулы. Также количество окклюзий подключичной вены позволяет поставить вопрос о целесообразности установки манжеточного катетера подключичным доступом и расценивать окклюзию вены как осложнение данной методики.

«ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ» У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

Воронова М.Ю.¹, Бодня О.С.²

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», ²РМАПО, кафедра клинической аллергологии

Резюме. У пациентов с хронической крапивницей регистрируется повышение уровня тревоги и депрессии. Каждая патология несет изменение психического статуса пациента и, в свою очередь, влияет на его интерпретацию заболевания.

Ключевые слова: хроническая крапивница, тревога, депрессия, внутренняя картина болезни

Введение. В современных многочисленных исследованиях было показано, что у пациентов с хронической крапивницей (ХК) происходит снижение качества жизни, фиксируется изменение психологического статуса, диагностируется повышение уровня тревоги и депрессии. Однако достоверно выяснить, каков был преморбидный уровень этих показателей, и могли ли они стать одной из возможных причин заболевания, трудно. Любая болезнь не только влияет на присущие «преморбидной личности» психические процессы, состояния и психологические свойства, но и ведет к появлению такого процесса, как формирование «внутренней картины болезни» (ВКБ), который в той или иной степени участвует в регуляции психической деятельности и поведения больного, а иногда почти полностью это поведение определяет. Возможно, именно ВКБ определяет отношение пациента к заболеванию, оценку им своего состояния, и, как следствие, приверженность к назначаемой терапии. Важно рассмотреть вопрос о том, может ли субъективная интерпретация больным своего заболевания влиять на его тяжесть. Пациенты с ХК – сложная категория пациентов, требующая индивидуального подхода и гибкой схемы подбора терапии. В клинической практике приходится сталкиваться с негативным отношением пациента к лечению, отсутствием веры в медицину. Понимание психологического статуса пациента, его ощущения болезни поможет практикующему врачу правильно подобрать терапию, а также повысить уровень приверженности к лечению.

Цель исследования. Изучить психологический статус больного с ХК по шкале оценки тревоги Тейлора и шкале депрессии Бека.

Материалы и методы. Нами обследовано 67 пациента с ХК в возрасте от 24 до 65 лет (средний возраст $42 \pm 3,5$), из них 25 мужчин, 37 женщин. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от степени тяжести крапивницы. В исследование включались пациенты с тяжелой (30 человек) и средней степенью тяжести течения ХК (37 человек). Тяжесть крапивницы оценивалась по Индексу Активности Крапивницы 7 за последние 7 дней. В качестве базисной терапии все пациенты получали антигистаминные препараты второго поко-

ления в дозах, превышающих терапевтические в 4 раза, или их комбинацию с антагонистами лейкотриенов. Для оценки психологического статуса все пациенты самостоятельно заполняли валидизированные опросники: шкалу оценки тревоги Тейлора и шкалу депрессии Бека. В шкале тревоги имелась встроенная шкала оценки лжи для оценки достоверности ответов больных. Приверженность к терапии в течение последних шести недель, обращение за медицинской помощью и отказ от терапии оценивались на основании анализа амбулаторных карт.

Результаты. В группе с ХК средней степени тяжести отмечен высокий уровень тревоги в среднем 38 ± 2 баллов, и уровень депрессии 19 ± 3 баллов. Примечательно, что у пациентов в этой группе низкий балл по внутренней шкале лжи, приверженность к терапии оставалась высокой, только 3 (6,6%) пациентов совершали пропуски в приеме лекарственных препаратов или отказались от терапии. В группе пациентов с тяжелой ХК уровень тревоги и депрессии был ниже и составил $21 \pm 1,5$ и 7 ± 1 баллов соответственно, однако обращало на себя внимание, что у 21 (70%) пациентов в ходе опроса зафиксировано более 6 баллов согласно внутренней шкале лжи, в связи с чем результаты шкал тревоги и депрессии находятся под сомнением. У этих же пациентов зафиксирован низкий уровень комплаентности и частые пропуски приема препарата, неоднократные обращения с целью замены применяемого лекарственного средства и отказа от лечения.

Выводы. Полученные в настоящий момент результаты в группе со среднетяжелым типом течения ХК совпадают с общемировыми представлениями об изменении психологического статуса пациента в сторону повышения тревоги и депрессии. Результаты, полученные у пациентов в группе с тяжелым типом течения ХК, заставляют задуматься о причинах формирования данного типа течения заболевания. Возможно, формирование особой ВКБ идет по пути отрицания заболевания и, как следствие, происходит снижение комплаентности, отмечается низкая приверженность к проводимой терапии, что, соответственно, ведет к еще большему утяжелению течения заболевания. Данные исследования подтверждают необходимость комплексного и персонифицированного подхода к пациенту и ведению его заболевания. Анализ психологического статуса пациентов и его коррекция поможет правильно понимать ВКБ, что, возможно, повысит уровень приверженности к терапии и, как следствие, увеличит ее эффективность.

ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Демкина А.Е.², Хашиева Ф.М.², Крылова Н.С.^{1,2}, Ковалевская Е.А.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Резюме. Дисфункция правого желудочка (ПЖ) и ее роль в развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) изучены недостаточно.

Ключевые слова. Гипертрофическая кардиомиопатия, хроническая сердечная недостаточность, правый желудочек.

Цель исследования: изучить функцию ПЖ, ее влияние на клинико-инструментальные параметры ХСН у пациентов ГКМП.

Материалы и методы. Обследовано 55 пациентов с ГКМП, средний возраст $58,0 \pm 15,5$ лет, из них 13 мужчин (33%). Все пациенты получали терапию бисопрололом в средней дозе $5,5 \pm 1,8$ мг. У 15 обследуемых (27,2%) выявлена обструктивная форма заболевания. Пациентам проводилась оценка выраженности ХСН по NYHA и ШОКС. В лабораторно-инструментальный комплекс были включены эхокардиография (ЭхоКГ) с тканевым доплеровским исследованием (ТДИ), определение уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP). Функция ПЖ оценивалась по данным индекса Tei ПЖ. На основании индекса Tei ПЖ пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа ($n=35$) – больные, с дисфункцией ПЖ (индексом $Tei\ ПЖ > 0,32$), 2 группа ($n=20$) – пациенты с сохранной функцией ПЖ (индексом $Tei\ ПЖ < 0,32$).

Результаты. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, дозе бисопролола, размерам полостей сердца ($p > 0,05$). Фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) у всех пациентов

была в пределах нормы и составляла $65,4 \pm 1,5\%$. Пациенты 1-ой группы отличались более высоким уровнем ФК ХСН по NYHA ($2,0 \pm 0,4$ и $1,5 \pm 0,7$, $p=0,008$), суммой баллов по шкале ШОКС ($2,1 \pm 0,7$ и $1,3 \pm 0,5$, $p=0,03$), уровнем BNP плазмы крови (200 (159; 381) и 91 (70; 180) пг/мл, $p=0,01$). Выявлена корреляционная связь между индексом Tei ПЖ и уровнем BNP ($r=0,48$, $p=0,01$), ФК ХСН по NYHA ($r=0,44$, $p=0,01$). Наиболее тяжелые типы диастолической дисфункции ЛЖ – псевдонормализация и рестрикция – были выявлены только в 1-ой группе. Отношение Е/А по данным трансмитрального потока в 1-ой группе было достоверно выше ($p=0,04$). Параметры транстрикуспидального потока у больных обеих групп не отличались. Выявлена взаимосвязь между индексом Tei ПЖ и пиком А ($r=-0,66$, $p=0,0007$), отношением Е/А трансмитрального потока ($r=0,63$, $p=0,01$). По данным ТДИ, у пациентов обеих групп отмечено снижение продольной регионарной систолической скорости на перегородочном отделе фиброзного кольца митрального клапана (ФКМК), при этом у пациентов 1-ой группы эти показатели были достоверно ниже ($8,9 \pm 0,4$ и $10,3 \pm 0,7$ см/с, $p=0,04$).

Выводы. Дисфункция ПЖ по данным индекса Tei выявлена у 63,6% пациентов с ГКМП. Нарушение функции ПЖ у больных ГКМП ассоциировалось с более выраженными проявлениями ХСН по данным NYHA и ШОКС, более высоким уровнем уровнем BNP и более выраженными нарушениями диастолической и продольной систолической функциями ЛЖ.

УРОВЕНЬ BNP У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Демкина А.Е.², Хашиева Ф.М.², Крылова Н.С.^{1,2}, Ковалевская Е.А.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Резюме. У большинства пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) наблюдается повышение уровня натрийуретического пептида (BNP), несмотря на нормальные и даже повышенные значения глобальной систоли-

ческой функции левого желудочка (ЛЖ). Данное исследование посвящено изучению клинико-инструментальных параметров, взаимосвязанных с уровнем BNP у больных ГКМП.

Ключевые слова: гипертрофическая кардио-

миопатия, мозговой натрийуретический пептид, диастолическая дисфункция, гипертрофия миокарда, правый желудочек.

Цель исследования: исследование уровня BNP плазмы крови и его взаимосвязи с клинико-инструментальными данными пациентов с ГКМП.

Материалы и методы. Обследовано 55 пациентов с ГКМП, средний возраст $58,0 \pm 15,5$ лет, из них 13 мужчин (33%). Все пациенты получали терапию бисопрололом в средней дозе $5,5 \pm 1,8$ мг. У 15 обследуемых (27,2%) выявлена обструктивная форма заболевания. Пациентам проводилась оценка выраженности ХСН по NYHA и ШОКС. В лабораторно-инструментальный комплекс были включены эхокардиография (ЭхоКГ) с тканевым доплеровским исследованием (ТДИ), определение уровня BNP.

Результаты. У 52 (94,5%) пациентов уровень BNP превышал референсное значение, принятое для ХСН (более 35 пг/мл), и составил в среднем $150 (83; 300)$ пг/мл. В исследовании выявлена положительная корреляция между уровнем BNP и клинико-инструментальными проявлениями ХСН. Получена положительная корреляция между уровнем BNP и ФК ХСН по NYHA ($r=0,37$, $p=0,04$), а также суммой баллов по

ШОКС ($r=0,47$, $p=0,009$). При проведении корреляционного анализа между BNP и параметрами ЭхоКГ выявлена положительная взаимосвязь с толщиной межжелудочковой перегородки (ТМЖП) ($r=0,40$, $p=0,04$), размером ЛП ($r=0,93$, $p=0,001$), степенью МР ($r=0,60$, $p=0,006$), Е/А ($r=0,37$, $p=0,04$) и IVRT трансмитрального кровотока ($r=0,30$, $p=0,04$). Уровень BNP был тесно взаимосвязан с функцией ПЖ, что подтвердилось наличием корреляции с индексом Tei ПЖ ($r=0,48$, $p=0,01$) и локальными систолическими скоростями на всех уровнях свободной стенки фиброзного кольца трикуспидального клапана (ФКТК) – s' ФКТК ($r=-0,79$, $p=0,01$), s' базального ($r=-0,94$, $p=0,002$), s' среднего ($r=-0,73$, $p=0,02$) отделов.

Выводы. Уровень BNP был повышен у 94,5% пациентов с ГКМП. Высокие значения BNP ассоциировались с более выраженной клинической картиной ХСН по данным ШОКС и NYHA. Основные факторы, влияющие на уровень BNP при ГКМП – это выраженность гипертрофии миокарда и степень нарушения диастолической функции ЛЖ, а также нарушение глобальной функции ПЖ с наличием его регионарной продольной систолической дисфункции.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Духанина М.В.¹, Мазуркевич М.В.^{1,2}, Фирсова Т.А.², Кокая И.Ю.¹, Давтян А.О.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» филиал,
²ГБОУ ВПО МГМСУ им.А.И.Евдокимова

Ключевые слова: Актигель, бактериальный вагиноз, микрофлора.

Актуальность. В структуре акушерско-гинекологической заболеваемости по-прежнему прочно занимают лидирующее место вагинальные инфекции. Особое место занимают патологические нарушения экосистемы влагалища, обусловленные усиленным ростом облигатных бактерий, как аэробных, так и анаэробных, с преобладанием последних, вызывающих дисбиоз влагалища – бактериальный вагиноз (БВ). Практикующие врачи относят БВ в МКБ-Х к шифру N89.5 «Бели неуточненные как инфекционные» или шифру N76 «Другие виды воспаления влагалища и вульвы».

В практической деятельности на приеме в женской консультации данное патологическое состояние широко распространено, часто имеет стертую клиническую картину, хроническое рецидивирующее течение, нарушает качество жизни женщины, вызывает различную патологию женских половых органов и осложнения беременно-

сти. Возраст, фаза менструального цикла, сексуальная активность, выбор метода контрацепции, используемые методы личной гигиены и качество гигиенических изделий играют существенную роль в развитии БВ.

Постоянно совершенствуются методы лабораторной диагностики, в настоящее время широко используются и культуральные, и методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) и полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени, а также ДНК-биочип. Все эти методы способствуют выявлению многообразия микробной структуры при БВ, но не всегда доступны при обследовании пациентов на этапе женской консультации или требуют вложения личных средств самих пациентов на этапе диагностики. Поэтому в клинической практике врача-гинеколога всего используются клинико-лабораторные критерии R.Amsel (1983).

Имеет значение своевременное выявление факторов риска, способствующих возникновению, снижению эффективности проводимой те-

рапии, а также рецидивирующему течению БВ. И, безусловно, выявление контингента пациенток, подверженного их воздействию, с целью проведения лечебно-профилактических мероприятий в этой группе на этапе женской консультации.

При выборе препаратов для лечения БВ в арсенале акушера-гинеколога имеется достаточно широкий спектр лекарственных средств. Лекарственные средства должны обладать низкой токсичностью и высокой биодоступностью, низкой аллергенностью, достаточным спектром действия, минимальным количеством побочных эффектов, отсутствием тератогенного и эмбриотоксического действия на плод, а также приемлемой стоимостью, при возможности следует отдавать предпочтение препаратам местного действия, не дающим системных эффектов.

Цель исследования: оценка эффективности лечения и профилактики рецидивов бактериального вагиноза препаратом Актигель Мульти-Гин.

Материалы и методы исследования. По специально разработанной анкете, включавшей 22 вопроса, было опрошено 266 женщин. В анкетировании участвовали пациентки, имеющие жалобы на дискомфорт во влагалище и (или) выделения из половых путей, а также с их отсутствием, но проводившие неоднократно (2 и более раз в течение последних 6 месяцев) терапию с диагнозом «БВ». У 216 пациенток был диагностирован БВ на основании данных клинического и лабораторного обследования. Проводимая диагностика соответствовала критериям Амсея, в дальнейшем проводилась повторно с целью контроля эффективности проведенной терапии и исключения рецидивов.

Всем пациенткам обозначены сроки визитов к врачу: до начала терапии, через 2 недели и через 12 недель, а также методы проводимых обследований на каждом этапе: гинекологический осмотр, лабораторный контроль, рН-метрия. Все пациентки в процессе исследования в целях его рандомизации были распределены в две группы: 1 группа – 112 пациенток, 2 группа – 104. Группы были сопоставимы по возрасту, давности заболевания и частоте обращений в женскую консультацию. Средний возраст пациенток 1 группы составил $23,96 \pm 0,51$ года, во 2 группе – $25,01 \pm 0,53$ года ($p=0,055$). Средняя давность бактериального вагиноза у пациенток 1 группы составила $2,45 \pm 0,26$ года, у 2-ой – $2,63 \pm 0,54$ года ($p=0,058$). Средняя частота обращений в год составила $4,00 \pm 0,11$ на 100 пациенток в 1 группе и $3,58 \pm 0,22$ на 100 пациенток во 2 группе ($p=0,056$). Обращались за лечением неоднократно $40,18 \pm 3,75\%$ (45 чел.) пациенток 1 группы и $42,31 \pm 4,10\%$ (44 чел.) пациенток 2 группы ($p=0,057$).

С учетом необходимости назначения эмпирической терапии в день обращения в качестве лечебных препаратов пациенткам 1 группы проводилась комбинированная терапия в виде назначения антианаэробного препарата местно на 7-10 дней и далее Актигель Мульти-Гин в режиме 2 раза в день – 5 дней; пациенткам 2 группы на-

значали монотерапию Актигель Мульти-Гин в режиме 2 раз в день в течение 10 дней. Контроль результатов лечения проводился через 2 недели и через 12 недель в каждой группе. Критерием излеченности являлось: отсутствие клинических проявлений и изменений в лабораторных данных. Полученные результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием компьютерных средств MicrosoftOffice, Statistica-14.

Актигель Мульти-Гин представляет собой препарат нового поколения безопасных и эффективных средств для комплексного лечения и профилактики бактериального вагиноза, обладающий уникальной способностью блокировать механизм адгезии патогенных бактерий. Актигель Мульти-Гин нейтрализует действие патогенных бактерий благодаря воздействию инновационного комплекса полисахаридов 2QR, в результате чего создается оптимальная и естественная микрофлора, препятствующая развитию бактериального вагиноза, а также быстро восстанавливается оптимальная кислотность влагалища.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования частота жалоб на выделения из половых путей после лечения снизилась с $85,00 \pm 7,98$ до $2,68 \pm 0,20$ – в 1-й группе и с $89,42 \pm 6,22$ до $4,80 \pm 0,41$ – во 2-й группе, соответственно на 82% и 85%, что не имело достоверных различий (таблица 1).

По данным объективного обследования через 2 недели от начала лечения было констатировано отсутствие патологического характера выделений у $98,21 \pm 1,25\%$ (110 чел.) пациенток 1-й группы, и у $99,04 \pm 0,96\%$ (103 чел.) пациенток – 2 группы. В $87,50 \pm 3,13\%$ случаев (98 чел.) отсутствовала патология при бактериоскопическом исследовании – в 1-й группе, в $85,58 \pm 3,44\%$ (89 чел.) – во 2-й группе.

Исчезновение жалоб на выделения из половых путей и отсутствие их возобновления через 12 недель от начала лечения отмечено у $83,04 \pm 3,55\%$ (93 чел.) женщин 1-й группы и $86,54 \pm 3,35\%$ (90 чел.) 2-й группы. У 2 из 112 пациенток ($1,79 \pm 0,11\%$) 1-й группы и у 3 из 104 пациенток ($2,88 \pm 0,23\%$) 2-й группы сохранялись умеренные или скудные выделения, которые самими пациентами не расценивались как патологические. При лабораторном контроле бактериоскопическим методом результаты лечения были удовлетворительными у всех пациенток независимо от проведенной схемы лечения.

Для оценки эффекта фармакотерапии использовалась триада критериев: клиническая картина, рН-метрия и микроскопическое исследование. Варианты оценки эффекта расценивались как «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный». Суммарное количество хороших и удовлетворительных результатов в обеих группах достоверно сопоставимо: в первой группе 110 пациенток – 98%, во второй группе 102 пациентки – 98%.

Таким образом, при своевременном назначении лечения при первом контрольном визите кли-

нические проявления значительно уменьшились в обеих группах. При анализе рецидивирования процесса через 12 недель клинические проявления не возобновлялись. Результаты лабораторных данных показали эффективность лечения в обеих группах в 100%.

Двухэтапное лечение с применением препарата Актигель в комплексном лечении БВ показало свою высокую эффективность. Монотерапия не уступает по эффективности комплексному лечению, что было отмечено в отдаленных результатах, в связи с уникальной способностью Актигеля блокировать механизм адгезии патогенных бактерий, которая приводит к нейтрализации их действия.

Не всегда в практической деятельности удается полностью нивелировать провоцирующие факторы, приводящие к развитию БВ, таким пациентам необходима поддерживающая противорецидивная терапия, в результате которой создается оптимальная и естественная микрофлора, препят-

ствующая развитию бактериального вагиноза, а также быстро восстанавливается оптимальная кислотность влагалища, что обеспечивает инновационный комплекс полисахаридов 2QR, входящий в состав Актигеля.

Выводы. При назначении лечения БВ необходимо учитывать, что всегда имеется контингент женщин, неудовлетворенных лечением и требующих альтернативных схем, которые должны быть в арсенале практикующего врача акушера-гинеколога.

При применении Актигеля отмечена высокая эффективность лечения и профилактики рецидивов бактериального вагиноза и хорошая комплаентность в связи с простотой использования и быстрым достижением лечебного эффекта. Терапия Актигелем не ограничивает качество жизни пациентов, так как отсутствует необходимость соблюдения алиментарных поведенческих ограничений на период лечения, а также не влияет на сексуальную активность.

Динамика эффективности лечения в группах

параметры	1-я группа (n=112)						2-я группа (n=104)					
	до начала лечения		через 2 недели от начала лечения		через 12 недель от начала лечения		до начала лечения		через 2 недели от начала лечения		через 12 недель от начала лечения	
	абс.	на 100 пациенток	абс.	на 100 пациенток	абс.	на 100 пациенток	абс.	на 100 пациенток	абс.	на 100 пациенток	абс.	на 100 пациенток
Жалобы												
Выделения из половых путей	95	85,00±7,98	3	2,68±0,20	2	1,79±0,11	93	89,42±6,22	5	4,80±0,41	3	2,88±0,23
Неприятный запах	70	63,00±5,90	-	-	-	-	59	56,73±5,51	-	-	-	-
Зуд	27	24,00±2,22	2	1,79±0,11	-	-	29	27,88±2,68	1	0,96±0,08	-	-
Жжение	31	28,00±2,59	1	0,89±0,06	-	-	29	-	1	0,96±0,08	-	-
Диспареуния	25	22,00±2,03	1	0,89±0,06	-	-	25	24,03±2,30	-	-	-	-
Дизурия	23	21,00±1,93	-	-	-	-	9	8,65±0,79	-	-	-	-
Боли в области влагалища и промежности	22	20,00±1,84	-	-	-	-	23	22,11±2,12	-	-	-	-
Данные объективного исследования												
Патологический характер влагалищных выделений	112	100,00±9,40	2	1,79±0,11	-	-	104	100,00±9,76	1	0,96±0,08	-	-
Отсутствие изменения слизистой оболочки влагалища	112	100,00±9,40	112	100,00±9,40	112	100,00±9,40	104	100,00±9,76	104	100,00±9,76	104	100,00±9,76
Патология влагалищной части шейки матки	34	30,00±2,78	22	19,64±1,80	26	23,21±2,15	33	30,77±2,97	18	17,30±1,65	25	24,03±2,30
РН >4,5 РН <4,5	112	100,00±9,40	112	100,00±9,40	4 108	3,57±0,34 96,42±9,06	104	30,77±2,97	104	17,30±1,65	5 102	1,92±0,13 98,07±9,56
КОН	82	73,00±6,85	-	-	-	-	80	76,92±7,49	-	-	-	-
Лабораторные данные												
Патологические результаты бактериоскопии	101	90,00±8,46	2	1,78±0,11	-	-	91	87,50±8,53	3	2,88±0,23	-	-

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЛАНОВОЙ И ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Дымковец В.П., Полухова Е.В.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. Проведен анализ работы гинекологического отделения ГКБ №52 и рассмотрены перспективы развития и повышения эффективности гинекологической помощи с использованием высокотехнологичных методов лечения.

Ключевые слова: эндовидеохирургия, временная окклюзия маточных артерий.

К настоящему времени в системе здравоохранения России и Москвы в частности внедрены в широкую практику высокотехнологичные методы диагностики и лечения гинекологической патологии. Вместе с тем остаются проблемы, связанные с улучшением доступности и качества медицинской помощи, повышением эффективности ее оказания и необходимостью разработки современных алгоритмов лечения различных гинекологических заболеваний.

Основные направления развития плановой и экстренной гинекологической помощи в многопрофильном стационаре рассмотрены на примере работы гинекологического отделения Городской клинической больницы №52 ДЗ г. Москвы.

Гинекологическое отделение ГКБ №52 было развернуто на 60 коек в 1955 г., из них 30 коек было предназначено для искусственного прерывания беременности и 30 – для консервативного лечения гинекологических заболеваний. С 1984 г. стало формироваться отделение для оказания экстренной гинекологической помощи, включающее 30 «оперативных» коек и 30 «консервативных». С 1997 г. стали осваиваться оперативные вмешательства с использованием эндовидеохирургии. С 2011 г. на основании решения ДЗ г. Москвы гинекологические стационары, в том числе и наше отделение, стали оказывать помощь женщинам с патологическим течением беременности на сроке до 22 недель.

Анализ основных количественных и качественных показателей работы гинекологического отделения показал, что за 2014 г. было пролечено 6048 больных, что на 934 пациентки больше, чем в 2013 г., и на 2118, чем в 2012 г. Средняя длительность пребывания в стационаре весьма низкая – 3,8-4,1 дня. Высокий оборот койки обусловлен: высоким удельным весом малых гинекологических операций и больших операций, проводимых лапароскопическим доступом; использованием современных методов экстракорпоральной детоксикации при гнойно-септических гинекологических заболеваниях, плазмафереза, УФО крови, ГБО и т.д.; хорошим контактом с врачами женских консультаций, которые проводят долечивание больных в амбулаторных условиях.

Абсолютное большинство пациенток госпитализировано по экстренным показаниям 69%. Летальность стабильно низкая (0,02%).

Среди контингента пациенток, получавших помощь в нашем отделении, преобладали женщины от 20 до 40 лет. Значительное преобладание пациенток репродуктивного возраста обусловлено характером и уровнем заболеваемости – около 38% больных госпитализировано в связи с невынашиванием беременности.

При этом работа отделения характеризуется высоким уровнем оперативной активности (более 70%) и низким уровнем послеоперационных осложнений (0,4%). За 2014 г. выполнено 4475 различных гинекологических операций.

Изучение структуры оказания медицинской помощи в условиях гинекологического отделения показало, что преобладающей группе пациенток были выполнены различные малые гинекологические операции (2345 пациентки). Основными показаниями к проведению выскабливания полости матки были: патология беременности и родов (неполные самопроизвольные выкидыши, аборт в ходу, неразвивающаяся беременность, кровотечения в послеродовом периоде). Каждой четвертой пациентке выскабливание проводилось в связи с дисфункциональным маточным кровотечением и патологией эндометрия. В 20% наблюдений операции были выполнены в плановом порядке (патология эндометрия, субмукозная миома матки, маточные кровотечения в анамнезе). Подавляющее большинство операций выполнялось под контролем гистероскопии. Считаем целесообразным при выполнении малых гинекологических операций максимальное использование гистероскопии и гистерорезектоскопии. Учитывая высокую эффективность и низкую себестоимость криодеструкции эндометрия, необходимо более широко использовать данный метод в лечении рецидивирующих гиперпластических заболеваний эндометрия.

Сотрудниками нашего отделения предложена и внедрена в практику инновационная методика лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и дистрофических заболеваний вульвы методом лазерной ударно-волновой терапии. Оформлен патент на изобретение. Считаем это направление перспективным при оказании помощи вышеуказанному контингенту больных.

Оказание плановой и экстренной помощи в нашем отделении проводится с использованием высокотехнологичных эндовидеохирургических

методов лечения. С 2005 г. проводится активное внедрение этих методов, и сегодня мы находимся в числе лидеров среди стационаров г. Москвы. В среднем, 75% оперативных вмешательств в стационарах г. Москвы выполняется лапароскопическим доступом и 25% — лапаротомным. В нашем отделении 78,8% оперативных вмешательств выполняется лапароскопическим доступом и 21,2% лапаротомным.

Нужно отметить, что все бригады дежурных врачей владеют техникой выполнения операций лапароскопическим доступом. Около 95% вмешательств на придатках матки выполняется этим методом при оказании экстренной помощи больным с клинической картиной «острого живота». Лапароскопическим доступом выполняются также технически сложные операции при внематочной беременности в интерстициальном отделе, при гнойных tuboовариальных образованиях органов малого таза, при инфильтративных формах эндометриоза.

Основным направлением в повышении эффективности оказания плановой гинекологической помощи считаем максимальное использование эндовидеохирургических методов лечения доброкачественных заболеваний матки и ее придатков. Приоритетным остается выполнение органосохраняющих операций.

В нашем отделении при выполнении плановых оперативных вмешательств лапароскопическим доступом по поводу миомы матки больших размеров используется методика временной окклю-

зии магистральных сосудов: клеммирование или баллонирование внутренних подвздошных артерий. Также для лечения миомы матки выполняется эмболизация маточных артерий.

В лечении пролапсов внутренних половых органов и стрессового недержания мочи предполагается максимальное применение современных методов с использованием сетчатых имплантов (TVT, TOT, Elevate).

Планируется также выполнение интимной пластики в рамках платных медицинских услуг.

Одним из основных направлений в работе нашего отделения считаем повышение эффективности оказания медицинской помощи пациенткам с различной патологией беременности. С этой целью, учитывая возможности многопрофильного стационара, необходимо более широкое привлечение смежных специалистов. Отмечая высокий удельный вес в этиологии невынашивания беременности различных наследственных и приобретенных тромбофилий, планируется привлечение сотрудников гемостазиологического центра, организованного на базе нашей больницы и, при необходимости, использование экстракорпоральных детоксикационных методов лечения. А для своих сотрудников отделения ставим задачу иметь более глубокое представление об этой патологии.

Таким образом, проблемы совершенствования оказания стационарной помощи гинекологическим больным остаются актуальными и требуют поиска новых путей решения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ В РАМКАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Евсеев М.А.¹, Розумный А.П.^{1,2}, Локтев В.В.¹, Никитин В.Е.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме. Представлен опыт выполнения 23 лапароскопических спленэктомий у пациентов гематологического профиля.

Ключевые слова: лапароскопическая спленэктомия, эндоскопические операции у больных гематологического профиля.

Актуальность. При ряде гематологических заболеваний, протекающих с поражением селезенки, спленэктомия остается методом выбора. Однако хирургическое вмешательство у таких пациентов зачастую сопряжено с высоким риском развития как интра-, так и послеоперационных осложнений. Минимизация травматичности операции в этой ситуации имеет первоочередное значение для достижения желаемого результата лечения и может быть достигнута применением

лапароскопической спленэктомии.

Материал и методы. Наш опыт лапароскопической спленэктомии (ЛСЭ) насчитывает 23 наблюдения (16 женщин и 7 мужчин). Средний возраст пациентов составил 42±7,2 года, основную часть больных (40%) составили лица среднего возраста: от 30 до 50 лет. Основными показаниями к операции явились заболевания, не поддающиеся консервативному лечению, с частыми или постоянными обострениями: тромбоцитопеническая пурпура (9 больных), гемолитическая анемия (6), аутоиммунная цитопения (4), лимфома селезенки (4). При этом у 2 пациентов со спленомегалией оперативное вмешательство носило срочный характер, поскольку на фоне имеющегося гематологического заболевания был выра-

женный геморрагический синдром, диагностированы субарахноидальные кровоизлияния. Кроме того, в одном случае выполнена лапароскопическая спленэктомия на фоне прогрессирующей маточной беременности 7-8 недель. В комплексе дооперационного обследования всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ), а также компьютерная томография с ангиоконтрастированием селезеночных сосудов, позволившая детализировать архитектуру сосудов ворот органа и диагностировать очаговые и диффузные изменения селезенки, наличие или отсутствие добавочных долей селезенки. В среднем размер селезенки составил $17,32 \pm 3,24 \times 10,13 \pm 1,76$ см, при этом выраженность спленомегалии не служила противопоказанием к выполнению операции лапароскопическим доступом. Во всех случаях расположение на операционном столе было на спине с максимально приподнятым головным концом и поворотом стола направо, что создавало комфортное операционное поле, облегчало доступ к воротам селезенки и последующую эвакуацию органа. Данная позиция позволяла комфортно в привычных условиях проводить анестезиологическое пособие. Операция выполнялась двухврачебной хирургической бригадой из 4-х лапаропортов, расположение операторов и троакаров было стандартным. Мобилизация селезенки и обработка сосудов ворот органа выполнялась традиционным передним доступом с помощью гармонического скальпеля или аппарата Ligasure. Селективной обработке и клипированию подвергались короткие желудочные артерии, а также сосуды ворот селезенки. Первоначально выделяли и клипировали селезеночную артерию, что позволяло значительно уменьшить кровенаполнение органа благодаря сохраняющемуся венозному оттоку и облегчить манипуляции за счет увеличения свободного пространства, в то же время такая последовательность снижала интраоперационную кровопотерю, уменьшая количество крови, теряемой вместе с удаляемой селезенкой. При магистральном типе кровоснабжения, наблюдаемом в 14 (60,9%) случаев, подобная последовательность была технически удобнее и обеспечивала почти полное прекращение

кровенаполнения после клипирования основного артериального ствола. После мобилизации селезенки ее помещали в пластиковый контейнер, эвакуировали селезенку через расширенный до 4-5 см доступ в пупочной области или создавался отдельный доступ в гипогастрии по Пфанненштилю. Орган последовательно извлекали путем кускования с помощью окончательного зажима, при этом жидкий субстрат удалялся отсосом, погруженным в контейнер, снижая риск обсемененности спленоцитами.

Результаты. Среди интраоперационных осложнений отмечались кровотечения в двух случаях (8,69%), потребовавшие гемотрансфузии. Следует отметить, что обе ситуации возникли на этапе освоения методики, а по мере накопления опыта число подобных осложнений было сведено к минимуму. Конверсий и летальных исходов не было. Средняя продолжительность ЛСЭ составила $101 \pm 29,13$ мин. Средний объем кровопотери (без учета крови потерянной с органом) составил $30 \pm 12,96$ мл. После выведения пациентов из наркоза в 100% случаев первые сутки наблюдение осуществлялось в условиях реанимационного отделения, где проводился лабораторный и инструментальный контроль, коррекция гомеостаза, профилактика тромбоэмболических осложнений. Инфекционных осложнений не наблюдалось. Продолжительность пребывания в стационаре составила в среднем $5,2 \pm 2,94$ дней и, главным образом, была обусловлена необходимостью контроля за гематологическими показателями.

Заключение. Таким образом, несмотря на техническую сложность, ЛСЭ является безопасной и эффективной процедурой, позволяющей успешно применять ее как в плановой, так и неотложной хирургии. Наряду с традиционными преимуществами лапароскопических операций, эндовидеохирургическая спленэктомия позволяет существенно снизить уровень инфекционных и геморрагических послеоперационных осложнений, присущих больным с гематологическими и аутоиммунными заболеваниями, сократить сроки восстановления основных систем и добиться лучших результатов лечения в меньшие сроки.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ ГИПЕРПАЗИИ ВУЛЬВЫ

Ежов В. В.^{1,2}, Елканова Е. Е.^{1,2}, Дымковец В. П.¹, Полухова Е. В.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,
²ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме. Предметом исследования является разработка инновационной технологии лечения дис-

трофических заболеваний вульвы методом управляемого ударно-волнового процесса деструкции

патологических тканей с использованием лазерного излучения, слабо поглощаемого биотканями и с мощностью излучения, недостаточной для прямого деструктивного термического повреждения биотканей.

Ключевые слова. Ударно-волновая лазерная деструкция, дистрофия вульвы.

Введение. В последние годы отмечается увеличение числа дистрофических гинекологических заболеваний наружных половых органов. Согласно классификации, разработанной в 1993 году Международным обществом по изучению болезней вульвы и влагалища (ISSVD) и Международным обществом по гинекологической патологии (ISGP), к доброкачественным поражениям вульвы относятся: склеротический лишай и плоскоклеточная гиперплазия (далее хронические дистрофические заболевания вульвы), а также другие дерматозы. С возрастом доля этих заболеваний в общем количестве гинекологической патологии увеличивается, принося страдания женщинам, не давая вести нормальный образ жизни и грозя осложнениями в виде онкологических новообразований.

Несмотря на свою очевидную актуальность, проблема лечения дистрофических заболеваний наружных половых органов, которая могла бы предотвратить рецидив заболевания до сих пор не решена. Это обусловлено, прежде всего, недостаточной эффективностью существующих методов терапии, длительностью заболевания, тяжестью клинических проявлений, а также вероятностью злокачественной трансформации.

Материалы и методы. Предложена инновационная технология лечения дистрофических заболеваний влагалища и вульвы методом управляемого ударно-волнового процесса деструкции патологических тканей с использованием лазерного ударно-волнового излучения (ЛУВД), слабо поглощаемого биотканями и с мощностью излучения, недостаточной для прямого деструктивного термического повреждения биотканей. Для активации управляемого ударно-волнового процесса деструкции биотканей с минимальным её термическим повреждением использовали мелкодис-

персные частицы, наносимые на патологическую поверхность. В предлагаемой модели процесс разогрева частиц приводит к их взрыву, сопровождаемому генерацией ударных волн в окружающей среде, распространение которых в биоткани приводит к её механической деструкции. Такой процесс деструкции может обеспечить прецизионное, дозированное по глубине и площади лечебное воздействие с минимальным термическим эффектом. Под действием лазерного облучения в процессе нагрева и последующего взрыва частицы разрушаются и очищенный от них участок биоткани, слабо поглощая лазерное излучение, более не подвергается деструктивному воздействию последнего. Этим достигается безопасность и дозируемый лечебный эффект воздействия и, как следствие, снижение вероятности послеоперационных рецидивов и развития рубцовых процессов.

Результаты исследования. ЛУВД выполнена 57-ми женщинам перименопаузального и постменопаузального периода с дистрофическими заболеваниями вульвы. Отсутствие эффекта наблюдалось только у трех пациенток, они продолжали консервативную терапию. Еще у двух пациенток был отмечен частичный эффект: очаги гиперплазии вновь возникли, но меньших размеров, с незначительными клиническими проявлениями. У 15 пациенток отмечена стойкая ремиссия более 2х лет, у 22 пациенток ремиссия не менее 1 года. Учитывая небольшое количество и время наблюдений, исследования продолжаются. Преимущества методики в однократности процедуры, щадящей деструкции патологических очагов, (следовательно, быстрой эпителизации), низкой себестоимости, длительной ремиссии.

Работа ведется в рамках Государственного контракта № 14.579.21.0014 от 05.06.2014.

Выводы. Лазерная ударно-волновая деструкция является новым методом лечения хронических дистрофических заболеваний вульвы. Преимущества методики: высокий межрецидивный промежуток при однократной процедуре, минимальное деструктивное воздействие на ткани и отсутствие рубцовых деформаций после воздействия.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ЛИХОРАДКИ У ПАЦИЕНТА С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Иванова Е.С.^{1,2}, Артюхина Л.Ю.¹, Томилина Н.А.², Зелтынь-Абрамов Е.М.^{1,3},
Столяревич Е.С.^{1,2}, Белафина Н.И.¹, Соколова Н.В.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра нефрологии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова МЗ РФ,

³Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Резюме. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – воспалительное заболевание инфекционной при-

роды, характеризующееся преимущественным поражением клапанного аппарата сердца, при-

стеночного эндокарда, эндотелия крупных сосудов и внутрисердечных имплантированных устройств. ИЭ протекает как септическое состояние с токсическим поражением внутренних органов, комплексом иммунопатологических реакций и целым рядом сопутствующих осложнений, среди которых следует выделить развитие гломерулонефрита, ассоциированного с ИЭ. Полиморфизм клинико-инструментальной картины ИЭ диктует необходимость включения данного заболевания в широкий дифференциально-диагностический ряд патологических состояний, протекающих с упорной лихорадкой и поражением почек.

Ключевые слова: лихорадка, постинфекционный гломерулонефрит, инфекционный эндокардит.

Представляем результаты клинического наблюдения пациента Л., 49 лет, находившегося на лечении в 1 нефрологическом отделении ГKB №52. В анамнезе – ортотопическая трансплантация сердца, имплантация постоянного электрокардиостимулятора (ПЭКС) по поводу дилатационной кардиомиопатии в 2011 г. с последующей иммуносупрессивной терапией. С начала 2013 г. стали отмечаться эпизоды лихорадки до 40 °С, сопровождавшиеся диареей и эксикозом, отмечен эпизод повышения креатинина, протеинурии и эритроцитурии. Больной неоднократно обследовался в различных медицинских учреждениях, в том числе исключался целый ряд инфекционных заболеваний. В феврале 2014 г. на фоне очередного эпизода лихорадки до 39 °С пациент госпитализируется в ГKB №52 с развернутыми явлениями острой почечной недостаточности, макрогематурией, выраженной анемией. В ходе обследования был отвергнут ряд заболеваний, протекающих со сходной клинической картиной и лабораторными изменениями: опухоль системы мочевыделения, тромботическая микроангиопатия в рамках атипичного гемолитико-уремического синдрома, быстро прогрессирующий гломерулонефрит в рамках ANCA-ассоциированного васкулита. В начале госпитализации проведение пункционной биопсии не представлялось возможным из-за выраженной тромбоцитопении. Высказывалось предположение об ИЭ, однако, по данным трансторакальной и чрезпищеводной эхокардиографии (ТТЭХОКГ, ЧПЭХОКГ) вегетации выявлены не были. На фоне стабилизации состояния пациента выполнена биопсия почки, по результатам которой диагностирован фокальный пролиферативный склерозирующий гломерулонефрит с сопутствующим острым тубулоинтерстициальным нефритом. В посевах крови определялся *Staphylococcus aureus*. Таким образом, был установлен постинфекционный характер поражения почек, ассоциированный с септическим процессом, острый канальцевый некроз. Был идентифицирован возбудитель, но не найден источник сепсиса. После проведения очередного курса антибактериальной терапии синдром системного воспалительного ответа регрессировал. Однако сохранялся активный неф-

ритический синдром, диализ-потребная почечная недостаточность. Было принято решение о назначении патогенетической терапии гломерулонефрита кортикостероидами. Наступило клинико-лабораторное улучшение: разрешилась ОПН до уровня, соответствующего ХПН 1ст., регрессировал нефритический синдром, в заместительной почечной терапии пациент не нуждался, был выписан. Однако, в сентябре 2014 г. он снова поступает в ГKB №52 с лихорадкой до 40 °С и явлениями ОПН. При проведении ТТЭХОКГ исследования в проекции верхнего полюса правого предсердия в непосредственной близости от электрода ПЭКС была выявлена линейная структура, свободным концом флотирующая в кровотоке, которая не определялась при предыдущих исследованиях. В посевах крови вновь получен *Staphylococcus aureus*. Таким образом, с учетом выявленной вегетации и повторного определения в посевах крови типичного возбудителя, был установлен диагноз ИЭ. Начата антибактериальная терапия согласно действующим международным рекомендациям по лечению данного заболевания, вновь потребовались сеансы гемодиализа. Оставался нерешенным принципиальный для определения дальнейшей тактики ведения вопрос: на какой именно внутрисердечной структуре образовалась вегетация? В настоящее время развитие ИЭ имплантированного устройства подразумевает безальтернативное хирургическое вмешательство с целью его замены. Представляется очевидным, что у пациента с трансплантированным сердцем на фоне иммуносупрессии, интоксикации и почечной недостаточности дополнительное хирургическое вмешательство сопровождалось бы неприемлемо высокими рисками. В связи с этим было принято решение продолжить комплексную терапию в течение 6 недель с последующей динамической оценкой данных ЭХОКГ. В результате проведенного лечения состояние пациента значительно улучшилось, был полностью купирован интоксикационный синдром, явления почечной недостаточности, нефрита регрессировали. При контрольной ЧПЭХОКГ данных за наличие вегетаций не получено. Пациент был консультирован кардиохирургом – показаний к хирургическому вмешательству нет.

Заключение. У пациента после трансплантации сердца, находящегося на иммуносупрессивной терапии, развился ИЭ, осложненный развитием постинфекционного гломерулонефрита, острого тубулоинтерстициального нефрита и рецидивирующей ОПН. Адекватная трактовка полученных клинико-инструментальных данных позволила избежать хирургического вмешательства на трансплантированном сердце. Этиотропное антибактериальное лечение в сочетании с патогенетической терапией кортикостероидами и комплексом дезинтоксикационных мероприятий привели к стойкой ремиссии ИЭ и ассоциированного с ним гломерулонефрита, разрешению ОПН.

AL АМИЛОИДОЗ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Иванова Е.С.¹, Артюхина Л.Ю.¹, Столяревич Е.С.^{1,2}, Томилина Н.А.², Желнова Е.И.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра нефрологии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Резюме. AL амилоидоз относится к плазматочной дискразии, при которой аномальные клоны плазматических клеток костного мозга продуцируют амилоидогенные иммуноглобулины, откладывающиеся в тканях, приводя к прогрессирующей дисфункции внутренних органов и смерти. Органами-мишенями при AL амилоидозе чаще всего становятся почки и сердце. Средняя продолжительность жизни без лечения после постановки диагноза не превышает двух лет. Патогенетическое сходство с миеломной болезнью позволяет рассчитывать на торможение прогрессирования заболевания при использовании химиотерапевтических препаратов, применяемых при лечении миеломной болезни.

Ключевые слова: AL амилоидоз, моноклональные иммуноглобулины, трансплантат почки.

Представляется клинический случай пациента Д., 53 лет, который находился в 1 нефрологическом отделении в связи с дисфункцией трансплантата почки. В анамнезе в 2006 г. 3 эпизода лихорадки с ОПН. Клинически был диагностирован тубулоинтерстициальный нефрит, хронический пиелонефрит. Биопсия почки не выполнялась. Проводилось лечение преднизолоном без эффекта. С мая 2007 г. терминальная ХПН, начато лечение программным гемодиализом.

В 2008 г. выполнена аллогенная трансплантация трупной почки. Назначена базисная иммуносупрессивная терапия (програф, преднизолон, селлсепт). В послеоперационном периоде диагностирован посттрансплантационный сахарный диабет, получал таблетированную сахароснижающую терапию. Функция трансплантата оставалась удовлетворительной. Через год после АТП (в 2009 г.) в связи с появлением протеинурии 1,0-1,3 г/сутки выполнена биопсия трансплантата почки – пограничные изменения трансплантата, хроническая трансплантационная нефропатия 1-2 ст. Вводился метипред (суммарно 750 мг). Функция трансплантата оставалась удовлетворительной, сохранялась умеренная протеинурия 1,0 г/сутки. С 2010 г. – появились эпизоды диареи, тенденция к гипотонии (АД 90/60 мм рт.ст.). С 2013 г. – стойкая диарея, резкое похудание на 25 кг, усилилась гипотония до 70/35 мм рт.ст.

В апреле 2014 г. появились отеки ног, одышка, онемение в конечностях, прогрессирующая дисфункция трансплантата (нарастание креатинина крови до 319 мкмоль/л). Был госпитализирован в 1 нефрологическое отделение ГКБ №52. При поступлении обращала на себя внимание

кахексия (вес 52 кг), бледность кожных покровов. Лабораторно выраженный ацидоз (рН 6,9, АВЕ -23,0), гипокалиемия 2,9 ммоль/л, анемия (гемоглобин 96 г/л), лейкоциты в крови 4,9 тыс. с относительным лимфоцитозом 53%, протеинурия 1,54 г/сутки, обнаружен М-градиент. Была выполнена стерильная пункция, в которой выявлено 2,4% плазматических клеток. При иммунохимическом исследовании белков сыворотки крови и мочи обнаружен низкий уровень секреции моноклонального IgGλ (5,1 г/л). Выполнена биопсия трансплантата почки – признаки AL амилоидоза трансплантата с преимущественным поражением сосудов. По данным трепанобиопсии не выявлены признаки какого-либо гематологического заболевания, после дополнительного окрашивания диагностирован амилоидоз стенок артерий и артериол.

С учетом проведенного обследования у пациента диагностирован AL амилоидоз с поражением трансплантата почки, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сердечно-сосудистой системы, периферической нервной системы; костного мозга, ренальный тубулярный ацидоз. Начата химиотерапия по схеме: дексаметазон и мелфалан. Проведено 6 курсов такой терапии. В декабре 2014 года при контроле иммунохимического анализа крови и мочи сохранялся прежний уровень секреции моноклонального IgGλ (6,4 г/л). К терапии добавлен бортезомиб (схема химиотерапии бортезомиб+дексаметазон+мелфалан). Суммарно проведено 2 таких курса.

В настоящее время срок наблюдения составляет 1,5 года. На фоне лечения самочувствие пациента удовлетворительное, АД на уровне 90/60 мм рт.ст., тенденция к увеличению веса, регрессировали электролитные и кислотно-основные нарушения, функция трансплантата улучшилась: разрешилась ОПН (креатинин крови снизился с 319 до 160 мкмоль/л), протеинурия уменьшилась до 0,6 г/сут.

Заключение. У пациента с неуточненным основным заболеванием почек, приведшим к терминальной ХПН, верифицирован AL амилоидоз трансплантированной почки. Не исключается, что и этиология поражения собственных почек могла быть связана с плазматочной дискразией. Верификация диагноза проводилась с применением морфологического исследования биоптата трансплантата почки, трепанобиоптата, иммуногистохимического исследования. На фоне проведения курсов химиотерапии, коррекции

иммуносупрессивной терапии удалось достичь клинико-лабораторного улучшения состояния и стабилизировать течение заболевания. Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует крайне редкое поражение транспланти-

рованной почки (возможно, имеющее возвратную природу). Благодаря совместному активному ведению пациента нефрологами и гематологами удалось улучшить течение прогностически фатального заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТОЛОГИИ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Ильина А.Я.², Шумилов П.В.², Кириллова Н.И.², Баринова А.С.²,
Фролова Е.В.², Науменко М.Г.¹, Кашин В.Н.¹, Духанина М.В.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», филиал,
²Кафедра госпитальной педиатрии №1
имени В.А. Таболина РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Резюме. Несмотря на постоянное внимание акушеров, неонатологов и гематологов к проблеме состояния здоровья новорождённых детей, родившихся у женщин с наследственной тромбофилией (НТ), она не утратила своей актуальности, поскольку причины перинатальной гипоксии продолжают активно изучаться и уточняются диагностические алгоритмы её выявления и принципы лечения. В статье рассмотрены причины возникновения перинатальной гипоксии и клинические её проявления в виде синдромов и заболеваний у новорождённых детей в зависимости от формы наследственной тромбофилии матери.

Ключевые слова: беременные женщины, наследственная тромбофилия, мутации генов, терапия, новорождённые дети, внутриутробная гипоксия, синдромы, заболевания.

Актуальность. В настоящее время с патологическим свертыванием крови у беременных женщин с наследственной тромбофилией связывают развитие тяжелых форм акушерских осложнений, влияющих как на условия развития плода, так и на состояние здоровья новорожденных детей.

Расстройства гемостаза возникают приблизительно у 1–2% новорожденных, а среди детей, нуждающихся в интенсивной терапии, – у 16–40%. На неонатальный период приходится 12% тромбозов, а в возрасте от 1 месяца до 10 лет – до 50% всех тромботических состояний детского возраста. Выявлено, что перинатальный ишемический инсульт вследствие тромбоза сосудов головного мозга встречается с частотой 1 на 2300–5000 детей, родившихся живыми. По другим данным, частота инсультов в педиатрической практике составляет 3–8 на 100 тыс., в неонатальном периоде ишемические инсульты регистрируются с большей частотой – 25–35 на

100 тыс. новорожденных. Примерно у 40–47% умерших новорожденных на аутопсии находят геморрагии и тромбозы различной локализации. И в настоящее время остается малоизученным состояние здоровья детей, родившихся у женщин с наследственной тромбофилией.

Цель исследования: оценить состояния здоровья новорожденных детей раннего неонатального периода в зависимости от формы наследственной тромбофилии у матери.

Материалы и методы. На клинической базе кафедры в филиале ГКБ №52 (до 2014 г. – родильный дом № 26) с 2011 по 2015 гг. были изучены и проанализированы карты ведения беременности и истории родов 38 женщин с различными формами наследственной тромбофилии (НТ), также были клинически обследованы родившиеся у них 39 детей. Возраст обследованных беременных женщин находился в интервале от 23 до 47 лет. Из 38 беременных женщин с НТ 29 (76,3%) находились в возрастной группе от 30 до 40 лет.

Беременные женщины с различными формами НТ и родившиеся у них дети были разделены на следующие группы: группу А составили 23 женщины с мутациями в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) и в гене ингибитора активатора плазминогена (PAI-1) и родившиеся у них дети (n=23); группу В составили 15 женщин со сложными комбинациями мутаций в генах I, II, V и XIII факторов свертывания, мутациями в генах тромбоцитарных гликопротеидов, гипергомоцистеинемией неясной этиологии и родившиеся у них дети (n=16).

Необходимо отметить, что из 38 беременных женщин 36 (94,7%) во время беременности находились на терапии низкомолекулярными гепаринами (НМГ), учитывая повреждение эндоте-

лия и естественных антикоагулянтных путей при НТ. Терапия НМГ у беременных женщин группы А начиналась в среднем на сроке 15,4 недель беременности, а у женщин группы В – 19,5 недель беременности в связи с началом развития акушерских осложнений на фоне увеличенных показателей маркеров тромбофилии у данной категории женщин.

Статистическую оценку достоверности различий между исследуемыми группами проводили с помощью непараметрического критерия углового распределения Фишера. Для подсчета критерия Фишера использовали программу Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что среди беременных женщин группы А у 15 (65,2%) выявлен гетерозиготный генотип С/Т гена МТНFR, который у каждой третьей женщины (30,4%) сочетался с гетерозиготным генотипом 5G/4G PAI-1, а у каждой четвертой женщины (26,1%) – с гомозиготным генотипом 4G/4G PAI-1. Гомозиготный генотип Т/Т гена МТНFR выявлен у каждой третьей беременной женщины (30,4%), а сочетания данного генотипа с гетерозиготным генотипом 5G/4G PAI-1 и гомозиготным генотипом 4G/4G PAI-1 встретились соответственно у 4 (17,4%) и 3 (13%) женщин.

В группе В у 9 (60%) женщин выявлены мутации в генах факторов свертывания крови, у 4 (26,7%) – гипергомоцистеинемия и у 2 (13,3%) – мутации в генах тромбоцитарных гликопротеидов. Необходимо отметить, что мутации в гене V фактора свертывания крови выявлялись у 4 (26,7% женщин), в гене фибриногена – у 3 (20%) и по 1 случаю в генах протромбина и XIII фактора (по 6,7 % соответственно).

Нами проанализирована структура соматической патологии у беременных женщин групп А и В с различными формами НТ. Установлено, что у беременных женщин группы А по сравнению с женщинами группы В практически в 4 раза чаще диагностировался хронический ДВС-синдром (52,2 и 13,3%, $p<0,01$) и антифосфолипидный синдром (АФС) (26,1 и 6,7%, $p<0,01$). В то же время у беременных женщин группы В по сравнению с женщинами группы А в 6 раз чаще диагностировалась анемия (26,7 и 4,4%, $p<0,01$) и в 2,3 раза – синдром вегетативной дисфункции (20 и 8,7%, $p<0,01$). Важно подчеркнуть, что у беременных группы В пролапс митрального клапана диагностировался в 1,5 раза чаще, чем у женщин группы А (33,3 и 21,7%, $p<0,05$). По нашим данным, у беременных женщин групп А и В частота выявления таких патологических состояний, как митральная регургитация (21,7 и 13,3%), заболевания вен нижних конечностей (17,4 и 13,3%), миопия (17,4 и 26,7%), гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия (по 4,4 и 6,7% соответственно) достоверно не зависела от формы НТ ($p>0,05$).

Необходимо отметить, что в структуре гинекологической патологии у женщин групп А и В с различными формами наследственной тром-

бофилии практически у половины беременных женщин с различными формами НТ диагностировалась эрозия шейки матки. Частота выявления данной патологии достоверно не отличалась в группах А и В (47,8 и 46,7%, $p>0,05$). Нами установлено, что у женщин группы В по сравнению с женщинами группы А в 4,7 раза чаще диагностировалась дисфункция яичников (20 и 4,3%, $p<0,01$); в 4,6 раза чаще – аднексит (40 и 8,7%, $p<0,01$); в 2 раза чаще – бесплодие (26,7 и 13%, $p<0,01$). В тоже время у женщин группы А по сравнению с женщинами группы В в 2,6 раза чаще диагностировались эндометрит, эндометриоз и миома матки (по 17,4 и 6,7%, $p<0,01$). Необходимо отметить, что внематочная беременность диагностировалась только у женщин группы А (8,7%). Важно отметить, что заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), в достоверно большем проценте случаев диагностировались у женщин группы В, чем у женщин группы А (46,7 и 34,8%, $p<0,05$).

При изучении этиологии ЗППП нами установлено, что у беременных женщин группы В по сравнению с женщинами группы А в 3 раза чаще диагностировались уреоплазмоз (26,7 и 8,7%, $p<0,01$) и микоплазмоз (13,3 и 4,3%, $p<0,01$). Частота выявления хламидиоза достоверно не отличалась у беременных женщин группы А и В (4,4 и 6,7%, $p>0,05$). Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) в большем проценте случаев выявлялась в группе А, чем в группе В (13 и 6,7%). Герпетическая инфекция диагностировалась только у женщин группы А (13%).

В то же время в структуре акушерской патологии у беременных женщин групп А и В в достаточном высоком проценте случаев отмечались такие осложнения беременности, как угроза прерывания беременности (69,6 и 66,7%, $p>0,05$) и ФПН (56,5 и 60%, $p>0,05$). Также примерно с одинаковой частотой у беременных женщин групп А и В в акушерском анамнезе отмечалась неразвивающаяся беременность (21,7 и 26,7%, $p>0,05$).

У женщин группы В по сравнению с женщинами группы А в 2 раза чаще беременность осложнялась развитием токсикоза (26,7 и 13%, $p<0,01$); гестоз, напротив, в 1,7 раза чаще развивался во время беременности у женщин группы А по сравнению с женщинами группы В (34,8 и 20%, $p<0,01$). Необходимо отметить, что в акушерском анамнезе у женщин группы В по сравнению с женщинами группы А в 3 раза чаще диагностировалась антенатальная гибель плода (40 и 13%, $p<0,01$). Самопроизвольный выкидыш в анамнезе в несколько большем проценте случаев диагностировался у женщин группы В по сравнению с женщинами группы А (33,3 и 26,1%). В то же время преждевременная отслойка плаценты во время беременности и интранатальная гибель плода в анамнезе диагностировались только у женщин группы А в небольшом проценте случаев и с одинаковой частотой (по 8,7% соответственно).

Важно подчеркнуть, что частота оперативно-

го родоразрешения путем кесарева сечения в 1,7 раза чаще отмечалась у женщин группы В по сравнению с женщинами группы А (80 и 47,8%, $p<0,01$). Необходимо отметить, что у женщин группы В родоразрешение путем кесарева сечения в 40,1% случаев проводилось в плановом порядке в связи с осложненным соматическим анамнезом женщины (миопия высокой степени, гипертоническая болезнь IIБ), а в 39,9% случаев – по экстренным показаниям в связи с развитием острой гипоксии плода.

Таким образом, у беременных женщин с различными формами НТ ведущей акушерской патологией, влияющей на рост и развитие плода, а в дальнейшем и на состояние здоровья новорожденных детей, являлись ФПН и угроза прерывания беременности, которые сформировались на фоне отягощенного соматического и гинекологического анамнеза.

Нами также изучено состояние здоровья новорожденных детей, родившихся у женщин групп А и В с различными формами НТ.

По нашим данным, у детей групп А и В состояние при рождении в большем проценте случаев и практически с одинаковой частотой оценивалось как среднетяжелое (65,2 и 73,3% соответственно). Тяжелое состояние при рождении отмечалось у каждого пятого ребенка в группах А и В (21,7 и 20%). Важно подчеркнуть, что удовлетворительное состояние при рождении у детей групп А и В диагностировалось в наименьшем проценте случаев и чаще отмечалось у детей группы А (13 и 6,7%).

Нами проанализирована структура синдромов и заболеваний у новорожденных детей в зависимости от формы тромбофилии у матерей.

Важно подчеркнуть, что у детей группы В по сравнению с детьми группы А в 1,6 раза чаще диагностировалась внутриутробная гипоксия и гипоксическое поражение ЦНС (75 и 47,8%, $p<0,01$). Важно отметить, что у детей группы В в 3,2 раза чаще, чем у детей группы А гипоксическое поражение ЦНС проявлялось синдромом угнетения ЦНС (68,8 и 21,7%, $p<0,01$), а у детей группы А в 3,4 раза чаще, чем у детей группы В – синдромом возбуждения ЦНС (21,6 и 6,3%, $p<0,01$). Причем у новорожденных детей группы А синдромы угнетения и возбуждения ЦНС диагностировались практически с одинаковой частотой (21,7 и 26,1%). Напротив, у новорожденных детей группы В гипоксическое поражение ЦНС в большем проценте случаев проявлялось в виде синдрома угнетения (68,8%) и только у одного ребенка в данной группе диагностировался синдром возбуждения (6,3%).

Нами также установлено, что возможно, как последствия внутриутробной гипоксии у новорожденных детей группы В по сравнению с детьми группы А в 2,3 раза чаще диагностировалась задержка внутриутробного развития (ЗВУР) (50 и 21,7%, $p<0,01$), в 1,9 раза чаще – конъюгационная желтуха и морфофункциональная незрелость (МФН) (по 25,5 и 13% соответственно, $p<0,05$) и в

1,8 раза чаще – синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы (31,3 и 17,4%, $p<0,01$).

Необходимо отметить, что у новорожденных детей группы А по сравнению с детьми группы В в 3,4 раза чаще диагностировался геморрагический синдром (21,7 и 6,3%, $p<0,01$) и в 2,8 раза чаще – недоношенность (17,4 и 6,3%, $p<0,01$). И также важно подчеркнуть, что респираторный дистресс-синдром диагностировался только у 3 недоношенных детей группы А (13%). В то же время у новорожденных детей группы А по сравнению с детьми группы В в большем проценте случаев диагностировалась интранатальная асфиксия (13 и 6,3%) и в единичных случаях у новорожденных детей группы В диагностировались врожденный порок сердца с НК 1 степени и врожденный стридор (по 6,3% соответственно).

Также нами проанализированы показатели частоты перевода на II этап выхаживания новорожденных детей, родившихся у женщин групп А и В с различными формами НТ. Новорожденные дети группы В в 2,4 раза чаще переводились на II этап выхаживания по сравнению с новорожденными детьми группы А (93,3 и 39,1%).

Таким образом, нами установлено, что, несмотря на примерно одинаковую частоту среднетяжелого и тяжелого состояния при рождении у детей обследуемых групп, 59,9% детей группы А были выписаны домой, а практически все новорожденные дети группы В (93,3%) нуждались в дальнейшем лечении и переводились на II этап выхаживания.

Заключение. Нами установлено, что, несмотря на более отягощенный соматический анамнез у женщин группы А по сравнению с женщинами группы В и в равной степени достаточно отягощенный акушерский анамнез у женщин обеих групп, у детей группы В по сравнению с детьми группы А в 1,7 раза достоверно чаще диагностировалась внутриутробная гипоксия и гипоксическое поражение ЦНС, которое проявлялось в основном в виде синдрома угнетения ЦНС. Такие последствия перенесенной внутриутробной гипоксии, как ЗВУР, МФН, конъюгационная желтуха, синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы также в большем проценте случаев диагностировались у новорожденных детей группы В. В связи с этим практически все дети группы В нуждались в продолжении лечения и переводились на второй этап выхаживания.

Таким образом, тяжесть состояния новорожденных детей в периоде ранней неонатальной адаптации определяется, с одной стороны формой наследственной тромбофилии у матери, а с другой стороны отягощенным соматическим, гинекологическим и акушерским анамнезом, обусловленным развитием эндотелиопатии в системе «женщина-плод-новорожденный». Данные обстоятельства указывают на необходимость дальнейшего изучения генетики гемостаза и этиопатогенетических механизмов развития заболеваний у детей, родившихся у женщин с различными формами наследственной тромбофилии.

ТРОМБОФИЛИЯ И ПАТОЛОГИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В СИСТЕМЕ «ЖЕНЩИНА-ПЛОД-НОВОРОЖДЁННЫЙ»

Ильина А.Я.², Шумилов П.В.², Баранова А.С.², Фролова Е.В.², Кокая И.Ю.¹,
Кашин В.Н.¹, Жигулина Т.А.¹, Иванова Т.М.¹, Мазуркевич М.В.^{1,3}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», филиал,

²Кафедра госпитальной педиатрии №1 имени В.А. Таболина РНИМУ им. Н.И. Пирогова,

³Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического
факультета ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме. Представлены в зависимости от наличия или отсутствия тромботического анамнеза структура соматических и гинекологических заболеваний, а также особенности акушерского анамнеза у женщин с наследственной тромбофилией. Полученные данные определяют значение генетических нарушений гемостаза не только в развитии патологии репродуктивной системы, но и в развитии заболеваний у детей раннего неонатального периода, родившихся у женщин с наследственной тромбофилией.

Ключевые слова: беременные женщины, наследственная тромбофилия, гетерозиготный генотип, гомозиготный генотип, MTHFR, PAI-I, терапия, новорождённые дети, синдромы, заболевания.

Актуальность. В настоящее время в перинатологии на первый план все более отчетливо выходят проблемы, связанные с изменениями метаболизма и гомеостаза, обусловленные нарушениями в системе «женщина-плод-новорождённый». В настоящее время установлено, что в 75-80% случаев причина акушерской патологии – наследственные и приобретенные аномалии гемостаза. В последнее время среди различных по этиологии и патогенезу заболеваний у беременных женщин определяются генетически обусловленные дефекты гемостаза, в частности, наследственная тромбофилия (НТ).

Наличие генетических дефектов гемостаза на фоне физиологической гиперкоагуляции у женщин во время беременности создает дополнительные условия, способствующие развитию различных осложнений гестационного периода, в частности, фетоплацентарной недостаточности (ФПН). Основными проявлениями ФПН являются гипоксия и внутриутробная задержка роста плода, которые ведут к нарушению развития или повреждению ЦНС плода, что сопровождается снижением адаптации в раннем неонатальном периоде, а в последующем приводит к нарушению психомоторного и интеллектуального развития детей.

Необходимо отметить, что, наряду с открытием и прогрессом в понимании молекулярных механизмов ряда весьма распространенных генетических форм тромбофилии, стала выясняться роль

НТ у беременных женщин не только в структуре тромбозов и осложнений течения беременности, но и в структуре репродуктивных потерь.

Однако в настоящее время остаются недостаточно изученными как вопросы течения беременности и родов у женщин с НТ, так и практически отсутствуют данные о состоянии здоровья детей в зависимости от наличия или отсутствия тромботического анамнеза у матерей с различными формами НТ.

Цель исследования: оценить состояние здоровья женщин с наследственной тромбофилией в зависимости от наличия или отсутствия тромботического анамнеза и состояние здоровья их новорождённых детей в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. На клинической базе кафедры в филиале ГКБ №52 филиал (до 2014 г. – родильный дом №26) с 2011 по 2015 гг. были изучены и проанализированы карты ведения беременности и истории родов 44 женщин с НТ в зависимости от наличия или отсутствия тромботического анамнеза, а также были клинически обследованы родившиеся у них 45 детей. Первую группу (I) исследования составили беременные женщины, у которых отсутствовал тромботический анамнез (n=22) и их родившиеся дети (n=23). Вторая группа (II) – беременные женщины с наличием тромботического анамнеза (n=22) и их родившиеся дети (n=22).

Результаты и обсуждение. Нами изучена структура наследственной тромбофилии в зависимости от наличия или отсутствия тромботического анамнеза у беременных женщин с НТ. По нашим данным у 19 из 22 (86%) женщин I группы и у 21 из 22 (95%) женщин II группы обнаружена комбинация мутаций в генах метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) и ингибитора активатора плазминогена (PAI-I). Установлено, что у 85% женщин I группы диагностирован гетерозиготный генотип 5G/4G PAI-I и, в том числе, в сочетании с гетерозиготным генотипом C/T в гене MTHFR (42%). В то же время у 55% женщин II группы определен гомозиготный генотип 4G/4G PAI-I и в том числе в сочетании с гомозиготным генотипом C/C в гене MTHFR (24%). Важно отметить, что у женщин II группы в 1,6 раз чаще по сравнению с женщи-

нами I группы диагностировались мутации в гене MTRR и в гене CPLA.

В структуре соматического анамнеза у женщин с наличием тромботического анамнеза и у женщин с отсутствием тромботического анамнеза отмечались: миопия (31,8% и 9,1% соответственно, $p < 0,05$), патология вен нижних конечностей (18,2% и 9,1% соответственно, $p > 0,05$) и АФС (27,3% и 18,2% соответственно, $p > 0,05$).

Нами установлено, что среди гинекологических заболеваний у женщин как с наличием тромботического анамнеза, так и с отсутствием тромботического анамнеза диагностировались: эрозия шейки матки (45,5% и 22,7% соответственно, $p > 0,05$), миома матки (18,2% и 9,1% соответственно, $p > 0,05$), эндометриоз (22,7% и 9,1% соответственно, $p > 0,05$) и бесплодие (27,3% и 13,6% соответственно, $p > 0,05$).

Необходимо подчеркнуть, что в структуре акушерского анамнеза только в группе женщин с наличием тромботического анамнеза выявлялись невынашивание беременности (55%), синдром потери плода (55%) и привычное невынашивание беременности (14%). В тоже время, такое осложнение беременности как гестоз отмечалось как у женщин с наличием тромботического анамнеза, так и у женщин с отсутствием тромботического анамнеза (35% и 17,5% соответственно, $p > 0,05$).

Важно отметить, что все обследованные женщины во время гестационного периода находились на антикоагулянтной терапии.

Проведен сравнительный анализ особенностей ранней неонатальной адаптации у детей в зависимости от наличия тромботического анамнеза у матерей. Недоношенность диагностировалась как у детей, родившихся у женщин I группы, так и у детей, родившихся у женщин II группы (4,3 % и 9 % соответственно, $p > 0,05$). Среди синдромов, характеризующих дезадаптацию раннего неонатального периода, у детей обеих групп наблюдались: МФН (43% и 50%, соответственно, $p > 0,05$), гипоксическое поражение ЦНС (52% и 54,5% соответственно, $p > 0,05$), и, в одинаковом проценте случаев, ЗВУР (по 9% соответственно) и интранатальная асфиксия (по 4,5% соответственно).

Как особенности ранней неонатальной адаптации, у родившихся детей были диагностированы в большом проценте случаев различные синдромы функциональных нарушений ЖКТ (78% и 90%, соответственно, $p > 0,05$). По нашим данным, у новорождённых детей, родившихся у женщин I и II групп, независимо от наличия тромботического анамнеза у матери, структуру функциональных нарушений ЖКТ составили: дисбиоз кишечника (39% и 38% соответственно, $p > 0,05$), младенческая колика (23% и 31% соответственно, $p > 0,05$), младенческая регургитация (19% и 16% соответственно, $p > 0,05$), функциональные запоры (11% и 8% соответственно, $p > 0,05$) и функциональная диарея (8% и 7% соответственно, $p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, у женщин с наследственной тромбофилией как при наличии тромботического анамнеза, так и с отсутствием тромботического анамнеза во время беременности диагностировались миопия, патология вен нижних конечностей, АФС, эрозия шейки матки, миома матки и эндометриоз. Важно подчеркнуть, что только у женщин с наследственной тромбофилией с наличием тромботического анамнеза отмечались невынашивание беременности, синдром потери плода и привычное невынашивание беременности. Особенности ранней неонатальной адаптации у детей, независимо от наличия или отсутствия тромботического анамнеза у женщин с наследственной тромбофилией и находившихся на терапии низкомолекулярными гепаринами, были: функциональные нарушения ЖКТ (78% и 90%, соответственно), гипоксическое поражение ЦНС (52% и 54,5% соответственно), МФН (43% и 50%, соответственно) и недоношенность (9 % и 4,3 % соответственно). Полученные данные, с одной стороны, требуют дальнейшей детальной разработки методов коррекции различных нарушений у данной категории женщин, включая верификацию ФПН и изучение состояния системы гемостаза, а с другой стороны, обуславливают на основании данных генетики и различных нарушений гемостаза необходимость пристального изучения условий развития плода и состояние здоровья родившихся детей.

СЛУЧАЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ У ЖЕНЩИНЫ В 94 ГОДА

Ковалевская Е.А.¹, Крылова Н.С.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}, Шеянов М.В.¹, Маркина Т.А.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Резюме. Ранее считалось, что гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – болезнь молодых людей из-за высокого риска внезапной сердеч-

ной смерти (ВСС). Появление эхокардиографии позволило установить, что больные с ГКМП могут доживать до пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: гипертрофическая кардиомиопатия, внезапная сердечная смерть, эхокардиография.

Клинический случай. Больная Б., 94 лет поступила в стационар по поводу внебольничной пневмонии. Предъявляет жалобы на внезапные приступы сердцебиения, проходящие самостоятельно. Около 20 лет страдает артериальной гипертензией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст. Многие годы наблюдалась с диагнозом ИБС по поводу редких ангинозных болей при физической нагрузке. На основании изменений на ЭКГ пациентке трижды устанавливался диагноз перенесенного инфаркта миокарда. Принимает эналаприл, тромбо АСС, бисопролол. Семейный анамнез: отец умер от онкологии, мать от ОНМК. ВСС у родственников не зафиксировано. Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка нуждается в постоянном уходе из-за возрастных изменений, самостоятельно не ходит. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах справа. Хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС 66 в мин. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги. На ЭКГ ритм синусовый 66 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ). Нарушения реполяризации ЛЖ в виде отрицательных Т в отведениях I, II, III, aVF, aVL, V1-V6 (рис.1).

По данным ЭхоКГ выявлена асимметричная гипертрофия ЛЖ с толщиной межжелудочковой перегородки 2,2 см в базальных отделах и 2,6 см – в средних отделах. Толщина задней стенки ЛЖ 1,3 см. Левое предсердие 4,7 см. Полость ЛЖ уменьшена: конечно-диастолический объем ЛЖ 67 мл, конечно-систолический объем ЛЖ 28 мл. Систолическая функция ЛЖ не нарушена, ФВ ЛЖ 59%. Зарегистрирована обструкция выносящего тракта ЛЖ (ВТЛЖ) с максимальным градиентом до 45 мм рт.ст. Диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации. Нельзя исключить акинез нижнего апикального сегмента ЛЖ (рис.3).

При холтеровском мониторинге ЭКГ основной ритм синусовый. Суточные колебания ЧСС от 50 до 105 в мин. Зарегистрировано 1196 желудочковых экстрасистол, 15 парных и 3 эпизода групповых, 1 пробежка желудочковой тахикардии из 5 комплексов с ЧЖС 130 уд/мин (рис.2). 2182 наджелудочковых экстрасистол. Выявлен 1 эпизод фибрилляции предсердий продолжительностью 3,1 сек с ЧЖС 120 в мин. Пауз нет. Преходящая депрессия сегмента ST до –1,6 мм.

На основании данных обследования установлен диагноз:

Основной: Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Стенокардия напряжения (ФК невозможно установить из-за ограничения

физической активности). Осложнение: Пароксизмальная фибрилляция предсердий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Хроническая сердечная недостаточность IIA стадии, II ФК по NYHA. Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия III стадии, 3 степени, риск ССО 4.

Согласно HCM Risk-SCD Calculator риск ВСС составил 3,79%, имплантация кардиовертера-дефибриллятора не показана.

Пациентке назначена терапия : бисопро-

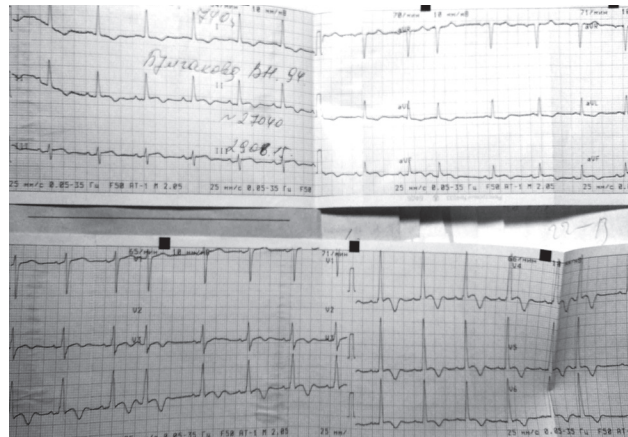


Рисунок 1. ЭКГ больной Б., 94 года

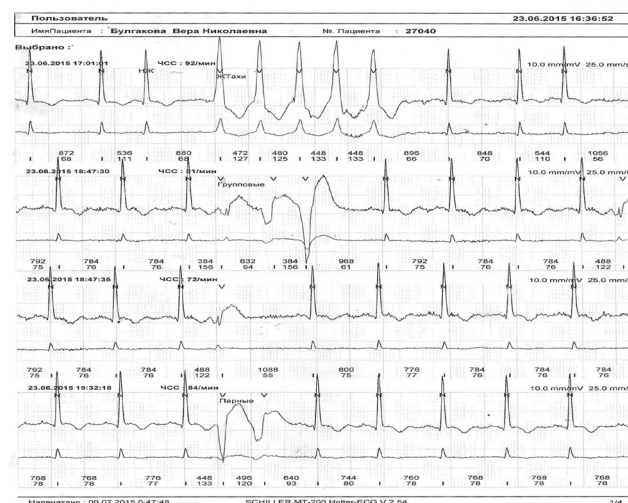


Рисунок 2. ХМ ЭКГ больной Б., 94 года

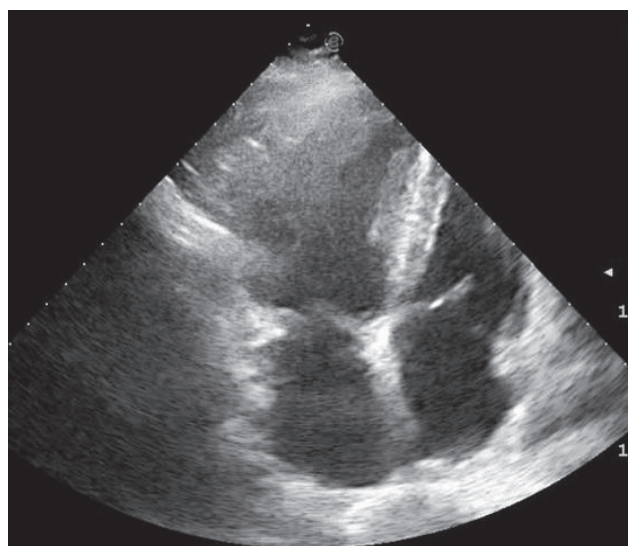


Рисунок 3. ЭхоКГ больной Б., 94 года

лол 5 мг, кордарон по схеме, дабигатран по 110 мгх2 р/д, торасемид 2,5 мг утро, аторвастатин 40 мг, антибактериальная терапия. На фоне лечения состояние больной улучшилось: пневмония разрешилась, одышка уменьшилась, явления сердечной недостаточности уменьшились. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Данный клинический пример демонстрирует наличие обструктивной ГКМП у пациентки—долгожителя. При ЭхоКГ выявлена выраженная

асимметричная гипертрофия ЛЖ с коэффициентом асимметрии 2, что не характерно для АГ. Выраженность гипертрофии (МЖП до 2,6 см) не соответствует степени повышения АГ. Уникальность данного наблюдения заключается в том, что впервые диагноз ГКМП был установлен у больной в 94 года случайно, при госпитализации по поводу пневмонии. Несмотря на наличие обструкции ВТЛЖ, эпизодов неустойчивой тахикардии, пациентка достигла возрастного критерия долгожителя.

КАСКАДНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ИНТЕНСИВНОЙ НЕФРОЛОГИИ

Котенко О.Н., Подкорытова О.Л., Лосс К.Э., Лебедьков Е.В., Брацун О.И.,
Воронова Н.Е., Назарова И.Н., Ткаченко Н.Я.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. DFPP (каскадная фильтрация плазмы)—один из современных методов афереза, основанный на двойной фильтрации плазмы пациента, активно применяемый в нефрологической практике.

Ключевые слова: каскадная фильтрация плазмы, DFPP, плазмаферез.

В Journal of Clinical Apheresis 28:145–284 (2013) опубликованы материалы комиссии, созданной при Американском обществе афереза (American Society for Apheresis (ASFA)) по применению терапевтического афереза. Ведущими учеными в этой области выпущено руководство по использованию афереза на основе доказательной медицины, дана современная классификация процедур афереза, разработаны категории показаний к применению терапевтического афереза и критерии оценки эффективности его процедур (IV. J. Clin. Apheresis 25:83–177, 2010. (C) 2010 American Society for Apheresis).

Терапевтический аферез—это лечебная процедура, при которой кровь пациента пропускается через экстракорпоральное устройство, которое отделяет компоненты крови для лечения заболевания. Это общий термин, который охватывает все процедуры на основе афереза.

Терапевтический обмен—это лечебная процедура, при которой кровь пациента пропускается через медицинское устройство, которое отделяет плазму от других компонентов крови, при этом плазма удаляется и замещается жидкостью, например, коллоидами (альбумин и/или плазма) или смесью кристаллоидов и коллоидов.

Плазмаферез—это процедура, при которой кровь пациента или донора пропускается через медицинское устройство, которое отделяет плазму от других компонентов крови, плазма

удаляется (менее 15% общего объема плазмы) без использования замещающей жидкости.

Каскадная фильтрация плазмы—один из современных методов афереза, основанный на двойной фильтрации плазмы больного (Double filtration plasmapheresis (DFPP)). Она является высокотехнологичным методом экстракорпоральной обработки плазмы, позволяющим выборочно удалять из плазмы больного целый ряд аутоантител, вирусов, иммунных комплексов, холестерина и т.д., являющихся причинами ряда заболеваний без использования донорской плазмы или замещающих растворов.

Метод включает применение двух фильтров—сепаратора плазмы и сепаратора компонентов плазмы. На первом фильтре получают чистую плазму, на втором—плазму, не содержащую клеточные элементы, очищенную от макромолекул, которые далее удаляются. Несколько видов сепараторов плазмы, отличающиеся размерами пор, позволяют подбирать необходимый сепаратор под конкретное заболевание. Данная схема лечения является эффективной по всем категориям заболеваний, требующих проведения плазмаобмена (по данным ASFA). Процедура позволяет замещать до 1,0-1,5 объема циркулирующей плазмы и проводится ежедневно или через день. Ее преимуществом является: минимальная потеря альбумина; заместительные растворы, препараты плазмы требуются в минимальном количестве или не требуются совсем; риск инфицирования отсутствует.

Основными показаниями к DFPP в нефрологической практике с высоким уровнем доказательной медицины являются: АНЦА-ассоциированный быстро прогрессирующий гломерулонефрит, БПГН (гранулематоз Вегенера)—категория I,

класс рекомендаций 1А; Анти БМК (базальная мембрана капилляров клубочка) гломерулонефрит (синдром Гудпасчера) – категория I, класс рекомендаций 1В, 1С; гемолитико-уремический синдром (ГУС) – категория II, класс рекомендаций 2С; системная красная волчанка (СКВ) – степень рекомендации категория II, класс рекомендаций 2С; тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) – категория I, класс рекомендаций 1А.

С 2014 года в ГКБ №52 стали применяться процедуры каскадной фильтрации плазмы на аппарате Plasauto Σ с использованием сепаратора компонентов плазмы мембранного типа Cascadeflo EC (Kawasumi Laboratories Inc, Япония) и плазмосепаратора Plasmaflo OP (Asahi Medical GmbH, Япония). Данный метод лечения применялся у двух пациентов с АНЦА-ассоции-

рованным быстро прогрессирующим гломерулонефритом. Каждому больному было проведено по 3 процедуры с объемом замещения плазмы не менее 2,0 литров. На фоне проведения DFPP мы отмечали снижение уровня АНЦА в два и более раз и прекращения кровохарканья, уменьшение признаков дыхательной недостаточности.

Мы считаем, что DFPP может активно применяться в нефрологической практике для лечения самой тяжелой категории пациентов с БП-ГН, СКВ, ТТП, ГУС и у больных с гуморальным кризом отторжения почечного трансплантата, где плазмаферез является жизнесохраняющей процедурой. Немаловажным достоинством DFPP является возможность проведения плазмафильтрации без применения свежзамороженной плазмы, что снижает стоимость процедуры и риск инфицирования пациента.

СЛУЧАЙ ГЕНЕТИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, МАНИФЕСТИРОВАВШЕЙ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Крылова Н.С.^{1,2}, Демкина А.Е.², Ковалевская Е.А.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2},
Бережной К.Ю.¹, Дорофеева Е.Ю.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Резюме. Представлен случай гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП), дебютировавшей под маской острого коронарного синдрома. Особенностью данного наблюдения явилось отсутствие признаков ГКМП при эхокардиографии: гипертрофия ЛЖ была выражена незначительно и носила симметричный характер. ГКМП заподозрена на основании характерных изменений ЭКГ после исключения атеросклеротического поражения коронарных артерий. Диагноз подтвержден при помощи МРТ сердца с гадолинием и генетического тестирования при исследовании слюны пациентки.

Ключевые слова: гипертрофическая кардиомиопатия, коронароангиография, магнито-резонансная томография с контрастированием гадолинием, ген миозинсвязывающего белка С.

Пациентка С., 65 лет, поступила в отделение кардиореанимации с жалобами на жгучие боли за грудиной без связи с физической нагрузкой длительностью более 5 часов, не купирующиеся нитратами.

Из анамнеза: в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 200/100 мм рт. ст. Постоянно принимает эналаприл 20 мг в сутки, бисопролол 2,5 мг в сутки. Ухудшение состояние с февраля 2015 г., когда впервые появились боли жгучего

характера за грудиной без связи с физической нагрузкой, длительностью до 30 мин, не купирующиеся нитратами.

29.04.15 боли в области сердца продолжались более 5 часов. Пациентка обратилась в поликлинику, где при регистрации ЭКГ обнаружена отрицательная динамика в виде появления глубоких отрицательных зубцов Т в отведениях с V2 по V6 (рис. 1). Больная госпитализирована в ГКБ №52 с подозрением на острый коронарный синдром (ОКС) без подъема сегмента ST. При обследовании в стационаре данных за ОКС не получено: качественный тест на тропонин отрицательный, КФК 177 ед/л, при КАГ – стенотического поражения коронарных артерий не выявлено (рис. 2). При ЭхоКГ небольшая степень гипертрофии ЛЖ: МЖП – 14 мм, ЗСЛЖ – 12 мм, гипертрофия папиллярных мышц, гипертрофия свободной стенки ПЖ до 10 мм. «Застывший» характер изменений на ЭКГ в отсутствие динамики кардиоспецифических ферментов позволил исключить наличие у пациентки инфаркта миокарда 2 типа и явился основанием для включения в круг диагностического поиска кардиомиопатии. В кардиоцентре им. А.Л.Мясникова пациентке была выполнена МРТ сердца с гадолинием. Выявлено отсроченное накопление контраста в области верхушки ЛЖ, расположенное интрамиокарди-

ально, что свидетельствует о наличии фиброза миокарда неишемического и невоспалительного генеза (рис. 3). При этом максимальная толщина стенок ЛЖ составила 12 мм. Нарушения локальной и глобальной сократительной функции желудочков не отмечено. Испанской компанией «HealthInCode» при исследовании слюны пациентки проведен генетический скрининг в 16 генах, ответственных за развитие ГКМП. Выявлены 2 редко встречающиеся мутации в гене миозинсвязывающего протеина C (MYBPC3): Asp75Asn и Arg326Gln. Мутация Asp75Asn в настоящее время зарегистрирована только в 7 семьях по всему миру, 8 членов которых имеют клинические проявления ГКМП. В свою очередь, мутация Arg326Gln самостоятельного патогенного значения не имеет и, скорее всего, участвует в проявлениях фенотипа носителя в качестве генетического модификатора. При обследовании дочери и внучки больной на наличие патологической мутации Asp75Asn результат оказался положительным только у дочери. При этом фенотипических проявлений кардиальных забо-

леваний у родственников пациентки обнаружено не было. Пациентке проведена оценка риска внезапной сердечной смерти на 5 лет по шкале Risc-SCD, который составил 1,8 % (низкий). Имплантация кардиовертера-дефибриллятора не показана. Больная в удовлетворительном состоянии была выписана из стационара. Рекомендовано продолжить прием эналаприла 20 мг в сутки, увеличить дозу бисопролола до 5-7,5 мг в сутки под контролем ЧСС.

Данный клинический пример демонстрирует доброкачественный вариант клинического течения апикальной ГКМП в пожилом возрасте с минимально выраженной гипертрофией ЛЖ, который проявился под маской ОКС. Осведомленность лечащего врача о характерной для данного вида кардиомиопатии картине ЭКГ с гигантскими отрицательными зубцами Т в грудных отведениях позволила своевременно провести дополнительные диагностические тесты и избежать ошибочного назначения вазодилататоров (нитратов), способных вызвать серьезные осложнения у больных с ГКМП.

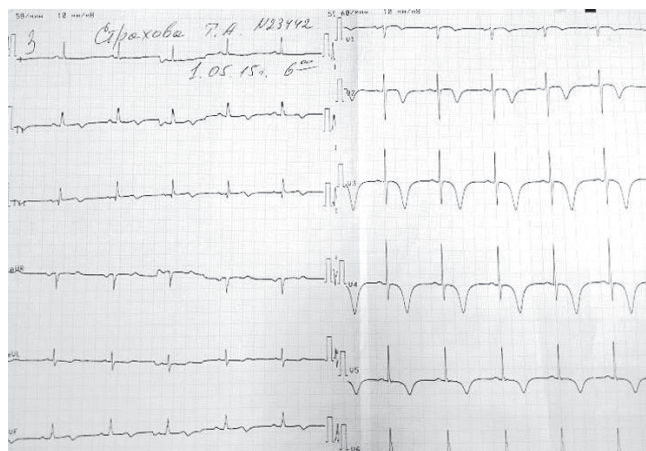


Рисунок 1. ЭКГ больной С., 65 лет



А

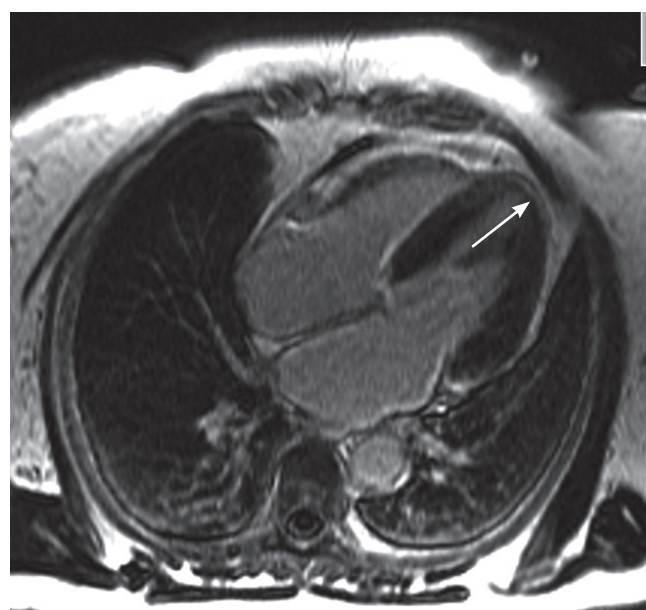


Рисунок 3. МРТ сердца с гадолинием больной С., 65 лет. Стрелкой обозначен белесый участок отсроченного накопления гадолиния в области верхушки ЛЖ (интрамиокардиальный фиброз)



Б

Рисунок 2. Коронароангиография больной С., 65 лет. А – левая коронарная артерия, Б – правая коронарная артерия

ФИБРИЛЛЯЦИЯ И ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Крылова Н.С.^{1,2}, Демкина А.Е.¹, Хашиева Ф.М.¹,
Ковалевская Е.А.^{1,2}, Потешкина Н.Г.¹

¹Кафедра общей терапии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,
²ГБУЗ ГKB №52 ДЗМ

Резюме. В исследовании представлена модель прогнозирования развития фибрилляции/трепетания предсердий (ФП/ТП) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), основанная на результатах собственных наблюдений 182 больных ГКМП.

Ключевые слова: гипертрофическая кардиомиопатия, фибрилляция предсердий, обструкция выносящего тракта левого желудочка

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП)—это первичная генетически детерминированная кардиомиопатия, связанная с мутациями в генах, кодирующих синтез сократительных белков миокарда. Фибрилляция и трепетание предсердий (ФП/ТП) у больных ГКМП наблюдается в 4-6 раз чаще, чем в общей популяции, достигая 22,5% случаев. ФП/ТП обуславливает развитие специфической клинической картины и во многом определяет дальнейшее течение и прогноз ГКМП. Данные нарушения ритма являются причиной развития и прогрессирования ХСН у больных ГКМП, сопровождаются развитием тромбоэмболических осложнений, приводя к инвалидизации пациентов. В связи с чем вопрос своевременного выявления и лечения ФП/ТП у больных ГКМП представляется весьма актуальным.

Цель исследования: выявить факторы, ассоциированные с развитием ФП/ТП у больных с ГКМП.

Материал и методы. В исследование включены 182 больных ГКМП, средний возраст—59,6±14,6 лет, 103 мужчины. Диагноз ФП/ТП устанавливался при регистрации ЭКГ или холтеровского мониторирования ЭКГ, на основании данных медицинской документации с указанием на наличие в анамнезе ФП/ТП.

Результаты. Пароксизмальная или постоянная форма ФП/ТП выявлены у 60 (33 %) больных. Пациенты с ФП/ТП были старше по возрасту (64,2±11,2 против 57,3±15,6 лет, $p=0,005$), с более выраженной клинической симптоматикой (ФК ХСН по NYHA 2,4±0,8 против 2,1±0,8, $p=0,02$). У больных с наличием ФП/ТП размер левого предсердия (ЛП) (4,5±0,6 против 4,1±0,7 см, $p=0,00003$) был больше, чем у больных с синусовым ритмом. Частота выявления обструкции выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ) была примерно одинакова в обеих группах (50 % против 52,2 %, $p=0,2$), а максимальный градиент давления (PGmax) в ВТЛЖ был выше у больных с ФП/ТП (46,0±48,0 против 21,8±26,6 мм рт. ст., $p=0,02$). Выявлена связь наличия ФП/ТП с увеличением

возраста ($r=0,21$, $p=0,005$), выраженностью клинической симптоматики ($r=0,2$, $p=0,001$), увеличением размера ЛП ($r=0,44$, $p=0,04$), выраженностью легочной гипертензии ($r=0,47$, $p=0,004$), величиной PGmax в ВТЛЖ ($r=0,23$, $p=0,02$). Методом бинарной логистической регрессии отобраны 3 наиболее значимые переменные в качестве предикторов ФП/ТП: возраст пациентов, размер ЛП, PGmax в ВТЛЖ. Получена модель, позволяющая определять риск развития ФП/ТП с высокой прогностической значимостью—хи-квадрат 22,0, $df=3$ ($p=0,00006$):

$$\text{ФП/ТП} = 0,05307 * \text{Возраст} + 0,98065 * \text{ЛП} + 0,01516 * \text{PGmax в ВТЛЖ} - 8,66.$$

При полученном результате >0 у больного имеется высокий риск развития ФП/ТП, если результат <0 —риск развития ФП/ТП минимален.

Чувствительность данной модели составила 54%, а специфичность—95%.

Особый интерес представляет вклад обструкции ВТЛЖ в развитие ФП/ТП, поскольку в ряде исследований было показано, что частота нару-

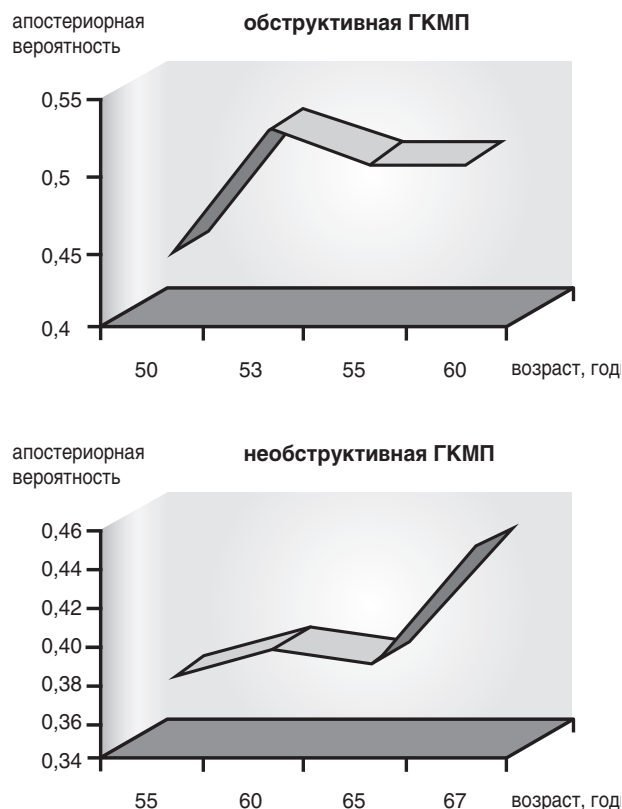


Рисунок 1. Пороговые значения возраста развития ФП/ТП для обструктивной и необструктивной ГКМП.

шений ритма не зависела от наличия обструкции ВТЛЖ. В настоящей работе выявлено, что возникновение ФП/ТП ассоциировано не с фактом наличия обструкции, а с величиной градиента давления в ВТЛЖ. Обнаружено, что наличие обструкции ВТЛЖ способствует возникновению ФП/ТП в более раннем возрасте (рис. 1).

Заключение. Предложена модель, позволяющая с 54%-ной чувствительностью и 95%-ной специфичностью прогнозировать риск развития ФП/ТП у больных ГКМП с использованием трех предикторов: возраста больного, диаметра левого предсердия и максимального градиента давления в ВТЛЖ.

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ПО ЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ КОРПУСЕ – ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРЕНИРОВКИ И ПОДДЕРЖАНИЯ НАВЫКА

Луцевич О.Э.², Вторенко В.И.¹, Ширинский В.Г.^{1,2}, Жаугашев А.Е.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова

Ключевые слова: интракорпоральный шов, тренинг-центр, лапароскопическая хирургия.

Актуальность. Несмотря на наличие в Москве современных обучающих центров по лапароскопии, проблема тренировки навыков для штатных хирургов стоит очень остро. Нехватка времени и большие расстояния делают эту опцию практически невозможной для большей части врачей хирургического профиля.

Цель: обеспечить круглосуточную возможность тренировки навыков лапароскопии врачей ГКБ №52.

Материалы и методы. С июля 2015 года на территории хирургического корпуса ГКБ №52 сотрудниками кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И. Евдокимова был организован тренинг-центр для отработки навыков лапароскопической хирургии. Были установлены тренажеры, разработанные сотрудниками кафедры,

а также налажена работа курса по обучению интракорпоральному шву как наиболее эффективному методу освоения лапароскопии.

Результаты. За этот период курс прошли 40% молодых сотрудников хирургического корпуса. Все врачи имеют возможность тренировки навыков в круглосуточном режиме.

Выводы и заключение. Тренинг-центр на территории хирургического корпуса больницы эффективно решает проблему тренировки хирургических навыков. Тренинг-центр, организованный сотрудниками кафедры факультетской хирургии, многократно дешевле любого московского и зарубежного аналога, а по эффективности наработки навыка эффективнее. Данный способ решения проблемы тренировки хирургических навыков может служить образцом для других лечебных учреждений.

ОТ НОВИЧКА К ЭКСПЕРТУ ЗА ПЯТЬ ДНЕЙ

Луцевич О.Э.², Галлямов Э.А.², Жаугашев А.Е.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова

Ключевые слова: интракорпоральный шов, методика обучения.

Актуальность. На сегодняшний день современный хирург должен уметь выполнять операции лапароскопическим доступом. Лапароскопическая хирургия сложна и требует предваритель-

ного обучения, в первую очередь на тренажерах. Существующие системы обучения лапароскопическим навыкам (FLS, EBLUS и др.) сконцентрированы на проверке выполнения отдельных заданий (перекладывание предметов, резание ножницами, интракорпоральный шов, экстракор-

поральный шов, наложение лигатуры, клипирование участка). Проблема данных методик заключается в том, что они нацелены на проверку навыков, а не на обучение навыкам. На данный момент не существует методики, позволяющей в короткий промежуток времени освоить навыки лапароскопии на высоком уровне.

Цель: разработать эффективную методику обучения лапароскопии.

Материалы и методы. На кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И. Евдокимова в ходе трехлетнего исследования получены данные, свидетельствующие о наличии устойчивой корреляционной связи между уровнем владения интракорпоральным швом и спектром выполняемых лапароскопических операций. Этот факт позволил нам сконцентрироваться на разработке методики обучения интракорпоральному шву. Разработанная нами методика обучения интракорпоральному шву построена по принципу разделения сложного навыка на несколько простых составляющих и отработки отдельных элементов сложного навыка. По данной методике в период с апреля 2014 года по сентябрь 2015 года прошли обучение 62 курсанта. Продолжительность обучения 5 дней по 4 часа в день. Группа испытуемых включала как хирургов с опытом

выполнения лапароскопических операций, так и студентов и ординаторов, не имеющих опыта самостоятельных операций. После прохождения нашего курса испытуемым предлагалось пройти экзамен по существующим протоколам FLS, EBLUS.

Результаты. Все курсанты, прошедшие курс по нашей методике, освоили навык интракорпорального шва. Средние результаты выполнения отдельного узлового интракорпорального шва от 30 сек до 2 минут. При сравнении результатов, полученных нашими курсантами с результатами международных образовательных программ по лапароскопии, выявлено 4-6-кратное превосходство. Другие задания, включенные в экзамен, были выполнены также с двукратным преимуществом. Полученные данные интерпретируются американским и европейским обществом эндоскопических хирургов как экспертный уровень выполнения задания.

Выводы и заключение. Разработанная на кафедре авторская методика обучения лапароскопии, основанная на обучении только интракорпоральному шву, по результатам, показанным испытуемыми, не имеет аналогов в мире. Данная методика позволяет в короткий срок (5 дней) приобрести навыки лапароскопии экспертного уровня.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У БОЛЬНЫХ С SITUS INVERSUS TOTALIS

Луцевич О.Э.², Толстых М.П.^{1,2}, Розумный А.П.^{1,2},
Ширинский В.Г.^{1,2}, Пронин А.И.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова

Введение. При анализе более 10 тысяч компьютерных томографий, выполненных в ГКБ №52 в 2012-2015 гг., А.И. Пронин выявил единственный случай situs inversus totalis и ещё 3 клинических наблюдения декстракардии разной степени выраженности. Со слов больной, ранее пациентка уже получала оперативное лечение, при котором предоперационный диагноз (киста правой почки) не совпал с послеоперационным (киста поджелудочной железы), во время вмешательства была выполнена спленэктомия.

Ключевые слова: SVIT, лапароскопическая холецистэктомия.

Клинический случай. Пациентка П., 75 лет, с полным извращённым положением внутренних органов (situs viscera inversus totalis (SVIT)), страдающая желчнокаменной болезнью, острым холециститом. В правом подреберье зрелый прочный рубец. Из анамнеза заболевания: после приёма пищи 01.03.15 испытала боль в верхних отделах

живота, больше в левом подреберье, тошноту, многократную горькую зеленовато-коричневую рвоту, общую слабость, горечь во рту. К моменту приступа уже знала о существовании у неё желчнокаменной болезни более 10 лет, испытывала неоднократно приступы заболевания. 03.03.15 по СМП поступила в 1 хирургическое отделение ГКБ №52. Из анамнеза жизни известно, что у пациентки situs inversus totalis. Диагноз был установлен в юности, после анализа неудачной попытки снять ЭКГ из обычных стандартных и грудных отведений и удовлетворительного результата после «зеркальной» установки электродов. Диагноз был подтверждён УЗИ и КТ с контрастированием, при которых также была выявлена ещё одна, уже сосудистая аномалия – сеть расширенных вен в воротах печени. Технически сложное оперативное лечение осуществил проф. О.Э. Луцевич: лапароскопическая холецистэктомия от дна желчного пузыря.

Послеоперационный период протекал без особенностей.

Обсуждение: первичная цилиарная дискинезия (ПЦД), ассоциирующаяся с незавершенным поворотом кишечника (наследуется аутосомно-рецессивно) сопровождается астенозооспермией и поэтому является редким наблюдением; в случае показаний к оперативному лечению эти пациенты требуют нестандартного индивидуального планирования операции. Также нами выполнен литературный обзор публикаций на данную тему доступных в PubMed статей, анализ 96 бессистемных ранее описанных случаев холецистэктомий у данной категории пациентов, оперированных эндоскопически. В литературе описаны сочетания SVIT с хронической дуоденальной непроходимостью, с внутренними грыжами, с синдромом верхней брыжеечной артерии, с отсутствием или появлением добавочной селезенки, синуситами, бронхоэктазами и пр.

Выводы и заключение:

1. У больных с situs inversus извращенное положение внутренних органов обычно не является единственной аномалией. У нашей больной имели место варикозно расширенные вены в области устья

пузырного протока и аномально расположенный portoкавальный шунт по передней поверхности желчного пузыря. Наполнение в венозную стадию может быть как признаком портальной гипертензии, так и врожденной функциональной аномалией.

2. Планирование операции по типу «зеркальной» техники не рационально, так как заставляет оператора выполнять манипуляцию фактически в зеркальном отображении, дезориентирует его. При расстановке операционной бригады считаем целесообразным положение оперирующего хирурга между ног пациента («французское» расположение операционной бригады), что требует установки дополнительного порта для ретракции печени. Расстановка операционной бригады практически напоминает расстановку для лапароскопической спленэктомии у обычного пациента.

3. Выполнение КТ с контрастированием считаем необходимым условием подготовки к оперативному лечению у данной категории больных.

4. Возникает этический вопрос: в каком объеме и как необходимо информировать пациента с situs viscerum inversum о возможном наличии у него генетической аномалии?

ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ ШОВ – КЛЮЧ К УВЕЛИЧЕНИЮ СПЕКТРА ВЫПОЛНЯЕМЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Луцевич О.Э.², Галлямов Э.А.², Рубанов В.А.², Жаугашев А.Е.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Ключевые слова: интракорпоральный шов, спектр лапароскопических операций

Актуальность. Несмотря на современное оснащение московских больниц лапароскопическими стойками, спектр выполняемых хирургами операций остается небольшим.

Цель: выявить причину небольшого спектра выполняемых лапароскопических операций.

Материалы и методы. С 2012 г. на кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И. Евдокимова проводится исследование корреляции спектра выполняемых лапароскопических операций и уровня базовых лапароскопических навыков. За это время с 2012 по 2015 гг. исследованы 312 хирургов, выполняющих лапароскопические операции в стационарах города Москвы. Испытуемым предлагалось выполнить несколько базовых упражнений на лапароскопических коробочных тренажерах. Выполненное упражнение оценивалось по времени и качеству. Испытуемым предлагалось также заполнить анкету, где указывалось,

какие виды лапароскопических операций выполняет хирург. После чего данные сопоставлялись.

Результаты. В ходе проведенного исследования выявилась устойчивая корреляционная связь между уровнем владения интракорпоральным швом и спектром выполняемых операций. Так, например, выявилось, что 80% испытуемых не владеют интракорпоральным швом. Эти же 80% испытуемых указали в анкетах операции базового уровня. Хирурги, указавшие в анкетах операции продвинутого уровня, выполнили задание по наложению интракорпорального шва с удовлетворительными и хорошими временными и качественными результатами.

Выводы и заключение. Интракорпоральный шов – базовый навык лапароскопии. Уровень владения интракорпоральным швом среди оперирующих хирургов остается очень низким. По нашим данным это и является сдерживающим фактором, не позволяющим большей части хирургов выполнять операции продвинутого уровня.

ЭНДОХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В СОЧЕТАНИИ СО СТРИКТУРАМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

Луцевич О.Э.¹, Прохоров Ю.А.¹, Гордеев С.А.¹,
Розумный А.П.^{1,2}, Луцевич Э.В.¹

¹Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
²ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Актуальность. Бурное развитие эндоскопической хирургии в последние годы позволило во многом пересмотреть хирургическую тактику лечения осложнений желчнокаменной болезни, в частности, холедохолитиаза (ХЛ). По данным разных авторов, камни внепеченочных желчных протоков встречаются у 4-12% больных с симптоматическим холелитиазом и являются основной причиной конверсии лапароскопического вмешательства в открытое. Еще большие трудности испытывает хирург в ситуации, когда холедохолитиаз сочетается с протяженными стриктурами терминального отдела холедоха (ТОХ). Кроме того, наличие этих осложнений часто сопровождается формированием парафателлярных дивертикулов двенадцатиперстной кишки, что существенно затрудняет возможность эндоскопической санации внепеченочных желчных протоков или (чаще всего) делает ее невозможной. Наиболее часто эти осложнения наблюдаются у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями и длительным анамнезом ЖКБ, и выполнение достаточно травматичных открытых вмешательств в этой группе больных сопровождается высоким числом послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Ключевые слова: холедохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, стриктура терминального отдела холедоха.

Мы располагаем опытом лечения более 14000 больных в возрасте от 13 до 95 лет, которым по поводу желчнокаменной болезни с 1991 по 2015 г. была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Среди наблюдаемых больных старшей возрастной группы (старше 75 лет) сочетание ХЛ со стриктурой ТОХ и парафателлярным дивертикулом было выявлено до операции у 8 больных в возрасте от 75 до 93 лет (5 мужчин, 3 женщины). Анамнез заболевания у всех пациентов превышал 15 лет, с частыми обострениями хронического холецистита, холангита и эпизодами механической желтухи. Практически все пациенты неоднократно лечились в стационарных условиях, но от предлагаемых заведомо открытых операций отказывались. Трем пациентам 82, 87 и 93 лет хирургическое вмешательство даже не предлагалось, лечение ограничивалось консервативными мероприятиями по ликвидации болевого синдрома, холангита и желтухи. Все пациенты имели 3 и более сопутствующих заболеваний

других органов и систем, в основном, сердечно-сосудистую, неврологическую и эндокринную патологию, большинство принимали мощные антикоагулянтные препараты.

Следует отметить, что дооперационная диагностика протяженных (более 1 см) стриктур ТОХ и дивертикулов 12-перстной кишки основывается только на данных эндоскопического исследования при попытке ЭРПХГ и санации желчных протоков. Именно невозможность выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии и ревизии холедоха заставляют хирурга искать другие пути решения этих задач.

Одним из таких достаточно эффективных вмешательств является наложение билио-дигестивного соустья, чаще всего – холедохо-дуоденоанастомоза (ХДА). Всем 8 наблюдаемым больным хирургическое вмешательство было выполнено в лапароскопическом варианте. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии в сочетании с ХДА при данной патологии заключаются в основном в трудностях препаровки и идентификации анатомических структур желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. Как правило, в этой зоне в результате длительно существующего хронического воспаления отмечается инфильтрация, индукция и склерозирование тканей, порой с исчезновением естественных анатомических ориентиров.

Вмешательство проводили в условиях общего обезболивания с давлением пневмоперитонеума 8-10 мм рт.ст. по стандартной 4-троакарной методике. После удаления желчного пузыря выполняли холангиографию через культю пузырного протока, уточняя диагноз. После выделения супрадуоденальной части холедоха продольно рассекали стенку его на протяжении 15-18 мм, по возможности извлекали из просвета протоков камни. Контроль эффективности санации протоков выполняли с помощью операционного 5-мм холедохоскопа. После частичной мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру на передней ее стенке напротив холедохотомического отверстия выполняли аналогичный поперечный разрез. ХДА накладывали ручным инвертированным непрерывным швом с использованием двух рассасывающихся нитей ВИКРИЛ 3/0. Двум пациентам дополнительно выполнили дренирование холедоха по Холстеду через культю пузырного протока 1,5 мм дренажем. Операцию заканчивали дренированием подпеченочного

пространства силиконовой трубкой. Продолжительность операций составила от 85 до 120 мин., каких-либо серьезных интраоперационных осложнений мы не отметили.

Течение послеоперационного периода у наблюдаемых больных по основным признакам благополучия (интенсивность болевого синдрома, сроки активизации, восстановление моторики ЖКТ и т.д.), в силу малой травматичности лапароскопического доступа мало отличалось от такового при неосложненных операциях по удалению желчного пузыря. Пациенты активизировались в день операции (через несколько часов), прием пищи проводился в штатном режиме со следующего дня. Следует отметить, что пациенты не нуждались в больших объемах инфузи-

онной терапии и приеме наркотических анальгетиков. Сроки стационарного лечения больных после операции в среднем составили 4-5 дней. Серьезных послеоперационных осложнений и летальных исходов в наблюдаемой группе больных не было. Дренажи холедоха (2 больных) удаляли после контрольной фистулографии не раньше 3 недель после операции. При дальнейшем наблюдении у всех больных рецидива заболевания не отмечено.

Таким образом, лапароскопический доступ при лечении холедохолитиаза в сочетании со стриктурами ТОХ представляется достаточно безопасным, высокоэффективным и, благодаря малой травматичности, является операцией «выбора» у пациентов старшей возрастной группы.

РАЗРАБОТАННАЯ НА КАФЕДРЕ МЕТОДИКА СОКРАЩАЕТ КРИВУЮ ОБУЧЕНИЯ ВЫПОЛНЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В 6-8 РАЗ

Луцевич О.Э.², Галлямов Э.А.², Жаугашев А.Е.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Резюме. В ходе нескольких наблюдений, проведенных на кафедре факультетской хирургии № 1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова, в рамках разработки эффективной методики обучения лапароскопии было обнаружено, что курсанты выходят на плато безопасности выполнения лапароскопических операций уже к 5-8 операции. Время выполнения операции к 7 операции сокращается более чем в 2 раза и становится сопоставимым с временем выполнения этих же операций опытными хирургами.

Ключевые слова: кривая обучения, лапароскопическая хирургия, методика обучения, интракорпоральный шов.

Наблюдение. Курсант А., 28 лет, прошел курс «интракорпорального шва» по разработанной на кафедре авторской методике в августе 2014 года. Предшествующий опыт выполнения лапароскопических операций минимальный. Опыт выполнения лапароскопической аппендэктомии—48, лапароскопической холецистэктомии—0, лапароскопической герниопластики—0, лапароскопического ушивания перфоративной язвы—0. После прохождения обучения в течение года было вы-

полнено: лапароскопическая аппендэктомия—52, лапароскопическая холецистэктомия—44, лапароскопическая герниопластика—28, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы—7. Все операции фиксировались на видео. В ходе оценки видеозаписей операций выявлено, что «плато безопасности» на кривой обучения наступало уже с 5-ой (лапароскопическая холецистэктомия), 8-ой (лапароскопическая герниопластика) операции. Время выполнения сокращалось в два раза уже к 7-ой операции. При «слепом» сопоставлении поздних (после 10) видеозаписей операций, сделанных курсантом, с видеозаписями операций опытных хирургов, выполнивших более 500 лапароскопических операций разного профиля, существенного различия в качестве и времени замечено не было.

Вывод. При сопоставлении наших данных с данными международных исследований, которые указывают на число 60-120 лапароскопических операций, необходимых для выхода на «плато безопасности» на кривой обучения, выявлено, что испытуемые выходят на «плато безопасности» многократно быстрее.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ. ОБЗОР

Луцевич О.Э.², Праздников Э.Н.², Вторенко В.И.¹,
Ширинский В.Г.^{1,2}, Толстых М.П.^{1,2}, Миронов К.Э.², Розумный И.А.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитиаз.

Актуальность. Лечение желчнокаменной болезни является актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. Холелитиазом страдают 3,6% мужчин и 13,1% женщин (В.А. Максимов). По последним данным, заболеваемость желчнокаменной болезнью возросла в 1,8 раза, причем болезнь значительно «помолодела» и поражает лиц трудоспособного возраста. В связи с этим интерес к радикальному лечению этой нозологии весьма велик в социально-экономическом плане. Лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» в лечении камней желчного пузыря, что позволяет выполнять хирургическое лечение в соответствии с принципами малоинвазивной хирургии. Данная методика обеспечивает пациенту практически полное отсутствие болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, раннюю активизацию и высокое качество уровня жизни в отдаленном послеоперационном периоде. Также эта методика делает возможным выполнение сочетанных (симультанных) операций для каждого конкретного пациента.

Всего в период с 2005 по 2015 гг. оперировано 444 пациента, страдающих холелитиазом в сочетании с другой хирургической патологией. Из них было 162 мужчин, у 64 из которых желчнокаменная болезнь сочеталась с пупочной грыжей, у 56—с односторонней паховой грыжей, у 32—с двухсторонней паховой грыжей, у 5—с хроническим аппендицитом, в 3 случаях имелись доброкачественные

образования надпочечника, у 2 пациентов диагностирована опухоль восходящего отдела толстой кишки. У женщин (n=281) в 119 случаях имелось сочетание с пупочной грыжей, у 62 пациенток—с миомой матки, у 53—с опухолевыми заболеваниями яичников, у 29—с гидросальпинксом, у 14—с односторонней паховой грыжей, в 2 случаях диагностирована доброкачественная опухоль надпочечника, а в 2 случаях—опухоль восходящего отдела толстой кишки. Возраст пациентов составлял от 18 до 84 лет.

Всем пациентам выполнялось хирургическое лечение под многокомпонентным эндотрахеальным наркозом. Выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с обязательным дренированием подпеченочного пространства, а также хирургическая коррекция сопутствующей патологии из того же лапароскопического доступа, за исключением пупочной грыжи, пластика которой выполнялась после извлечения троакаров. Дренаж удаляли после контрольного УЗИ подпеченочного пространства при отсутствии свободной жидкости. Средняя длительность пребывания дренажа составляла 1-2 суток. Из осложнений отмечено: гематомы троакарной раны области установки 11 мм троакара—18 случаев; послеоперационные серомы грыжевого мешка—9 случаев; желчеистечение в результате прорезывания клипсы на культе пузырного протока—2 случая, острый орхоэпидидимит—1 случай.

Большинство пациентов приступили к труду на 12-14 сутки. Средний срок госпитализации составлял 5,4±1,8 койко-дня.

СТЕПЕНЬ УГАСАНИЯ НАВЫКА ИНТРАКОРПОРАЛЬНОГО ШВА, ПОЛУЧЕННОГО ПО АВТОРСКОЙ МЕТОДИКЕ КАФЕРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Луцевич О.Э.², Праздников Э.Н.², Вторенко В.И.¹,
Ширинский В.Г.^{1,2}, Толстых М.П.^{1,2}, Миронов К.Э.², Розумный И.А.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Резюме. Считается, что навык, которым не пользуешься, быстро угасает. В ходе нескольких

наблюдений, проведенных на кафедре факультетской хирургии № 1 МГМСУ имени А.И.Евдоки-

мова, в рамках разработки эффективной методики обучения лапароскопии было обнаружено, что навык, полученный курсантами, не угасает в течение длительного времени (продолжительность наблюдения 12 месяцев).

Ключевые слова: интракорпоральный шов, лапароскопическая хирургия, методика обучения, степень угасания навыка, автоматизм.

Наблюдение. Курсант, будучи студентом 6 курса, прошел курс «интракорпорального шва» по разработанной на кафедре авторской методике. Продолжительность курса стандартная – 5 дней по 4 часа в день. На 5-й день в ходе контрольных измерений были получены следующие результаты: вязание петель (упражнение 1) – 48 петель в минуту; вязание узлов (упражнение 2) – 8 узлов в минуту; выполнение отдельного узлового интракорпорального шва (упражнение 5) – 50 секунд.

В течение 3 месяцев после прохождения курса, испытуемый не имел возможности использовать полученный навык. Через 3 месяца в ходе контрольных измерений после 10-минутной разминки были получены следующие результа-

ты: вязание петель (упражнение 1) – 46 петель в минуту; вязание узлов (упражнение 2) – 9 узлов в минуту; выполнения отдельного узлового интракорпорального шва (упражнение 5) – 52 секунды.

Через 6 месяцев после прохождения курса испытуемый снова явился на контрольные измерения. В течение всех 6 месяцев курсант не имел возможности использовать полученный ранее навык. Результаты измерений: вязание петель (упражнение 1) – 42 петли в минуту; вязание узлов (упражнение 2) – 8 узлов в минуту; выполнения отдельного узлового интракорпорального шва (упражнение 5) – 56 секунд.

Результаты измерений через 12 месяцев: вязание петель (упражнение 1) – 44 петли в минуту; вязание узлов (упражнение 2) – 9 узлов в минуту; выполнения отдельного узлового интракорпорального шва (упражнение 5) – 54 секунды.

Вывод: навык интракорпорального шва, полученный по разработанной на кафедре авторской методике, практически не имеет тенденции к угасанию в течение длительного времени.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

Луцевич О.Э.^{1,2}, Гордеев С.А.², Прохоров Ю.А.²

¹Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И.Евдокимова,

²Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва

В последнее десятилетие эндовидеохирургические операции все больше используются в лечении хирургических заболеваний толстой кишки. Целесообразность использования малоинвазивных методик в этой области практической хирургии является предметом ожесточенных споров между сторонниками различных школ хирургов. В основном дискутируется вопрос о радикальности такого рода вмешательств. В то же время мало уделяется внимания проблеме использования эндовидеохирургических методик при выполнении реконструктивных операций на толстой кишке, в частности, при восстановлении пассажа кишечника после операций типа Гартмана.

Мы располагаем опытом лечения 57 больных, которым в прошлом по экстренным показаниям была выполнена резекция сигмовидной кишки с формированием сигмостомы (операция типа Гартмана) по поводу различных заболеваний сигмовидной кишки. В хирургическом отделении ЦЭЛТ с 1994 по 2015 г. этим пациентам были проведены реконструктивные лапароскопические операции. В исследуемой группе были 31 мужчина и 26 женщин в возрасте от 36 до 78 лет. Сроки ношения колостомы составили от 5 месяцев до

7 лет, в среднем 1,5 года. Следует отметить, что отсрочка с восстановительной операцией на 2 и более года у некоторых пациентов объясняется боязнью повторного вмешательства, связанного с широкой лапаротомией и тяжелым течением послеоперационного периода при первичном обращении. И лишь возможность избежать травматичного вмешательства и вернуться к нормальной жизни с помощью операции «без разреза» явилась решающим фактором повторного обращения пациентов к хирургу.

Операции проводились под общим обезболиванием с использованием лапароскопической техники 3-4 портов, устанавливаемых в оптимальных для каждого конкретного случая точках. Учитывая возможный спаечный процесс брюшины, первый порт для оптики мы устанавливали открытым способом по методике Хассона. Дальнейшие манипуляции (введение инструментальных портов, синехиолизис, мобилизация проксимального и выделение дистального участков кишки и т.д.) проводили под визуальным контролем.

12 больных имели параколомические грыжи с размером грыжевых ворот от 4 до 12 см, и этим пациентам после иссечения колостомы была вы-

полнена пластика грыжевого дефекта передней брюшной стенки с проленовой сеткой.

После снятия колостомы у 47 пациентов с короткой дистальной культей сигмовидной кишки формирование анастомоза выполнено интракорпорально с использованием циркулярных сшивающих аппаратов размером от 29 до 33 мм. 4 больным перед наложением аппаратного шва была выполнена резекция дистальной культи сигмовидной кишки в связи с рубцовыми изменениями стенок культи и трудностями проведения рабочей части сшивающего аппарата (в среднем резецировали 4-6 см культи). При достаточной длине отводящего отрезка сигмовидной кишки у 10 больных формирование конце-концевого сигмо-сигмоанастомоза произведено ручным швом экстракорпорально через минилапаротомию после иссечения стомы. Продолжительность операций составила от 75 до 180 мин, и операционное время зависело в основном от выраженности спаечного процесса в брюшной полости. У 9 больных для идентификации отводящего отдела кишки была использована интраоперационная ректо- или сигмоскопия.

Среди наблюдаемых больных были 3 пациента 54, 63 и 76 лет, которым первичное вмешательство (обструктивная резекция сигмовидной кишки при перфорации дивертикула с местным перитонитом) было выполнено нами в чисто лапароскопическом варианте. В последующем, в сроки от 4 до 6 месяцев, им была выполнена лапароскопическая реконструктивная операция.

Переходов к лапаротомии в связи с техническими трудностями, а также летальных исходов в наблюдаемой группе больных не было. У 1 больного во время операции при разделении спаек отмечено повреждение стенки тонкой кишки. Рана была ушита ручным швом интракорпорально. Других интра- и послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Сроки послеоперационной госпитализации пациентов составили от 4 до 6 суток.

Таким образом, реконструктивные лапароскопические вмешательства на толстой кишке малотравматичны, сопровождаются низким числом осложнений, высоким косметическим эффектом и могут быть рекомендованы в широкую клиническую практику.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Маймасов И.Г., Горбачук Н.В.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Актуальность. Болезни кожи и подкожной клетчатки, несмотря на постоянно совершенствующиеся методы их диагностики и лечения, остаются широко распространенными среди населения Российской Федерации. По данным Информационно-аналитического центра отдела медицинской статистики и информатики Минздрава России, в настоящее время в стране насчитывается 8,0-8,8 млн больных каким-либо дерматологическим заболеванием. Общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки за 2004-2014 гг. увеличилась с 5513,2 до 6152,3 на 100 000 населения (на 11,6%). Ежегодно регистрируется 6,4-6,9 млн новых случаев заболеваний кожи и подкожной клетчатки. При этом уровень первичной заболеваемости за 2000-2010 гг. увеличился с 4402,3 до 4817,1 на 100 000 населения (на 9,4%). Согласно официальным статистическим данным, удельный вес больных дерматозами с диагнозом, установленным впервые в жизни, составляет 80% от общего числа зарегистрированных больных по Российской Федерации, т.е. всего лишь 20% пациентов повторно возвращаются на прием в лечебно-профилактическое учреждение, где они были первично. Ре-

зультаты клинических исследований свидетельствуют о том, что в структуре дерматологических заболеваний 31% составляют больные с экземой, 29%—с острыми кожными заболеваниями, 22,5%—с псориазом, 17,5%—с другими хроническими дерматозами. Кожная патология влияет на уровень и структуру других заболеваний и профессиональной патологии, а также наносит значительный экономический ущерб, что выдвигает проблему ее лечения в ряд наиболее актуальных. Многие аспекты организации дерматологической помощи пациентам стационаров остаются пока мало исследованными или совсем не разработанными, а проблемы совершенствования специализированной помощи в крупных многопрофильных стационарах практически не изучены.

Цель исследования: анализ структуры кожных заболеваний и организации дерматологической помощи пациентам в ГКБ №52.

Материал и методы. За период наблюдения 2013-2014 гг. в ГКБ №52 было пролечено 100133 больных различных профилей. Из них с кожной патологией пролечено 4945 пациентов, что составляет 5%.

Результаты. Наибольшее число больных имели кожное заболевание в стадии компенсации (64,0%), 3/5 больных—2 и более соматических заболевания, 74,7%—2 и более госпитализации в анамнезе. Среди них 47,0% пациентов терапевтических, 18,3% пациентов хирургических и 34,7%—нефрологических отделений. Больше половины пациентов (56,8%) ранее дерматологическую помощь не получали, 24,3% наблюдались в кожно-венерологическом диспансере (КВД), у частного врача, а также во внебюджетном лечебном учреждении—18,9%. Большинство обратившихся за дерматологической помощью в стационаре—лица трудоспособного возраста (64,2%) среди которых особую настороженность вызывает немалая доля молодых лиц—учащихся (16,5%); значительная часть больных представлена пенсионерами—35,8%. Анализ частоты и структуры заболеваемости по кожной патологии среди госпитализированных пациентов за 2014 г. позволил установить, что среди дерматологических больных в стационаре наиболее часто встречались дерматиты (90 случаев на 1000 госпитализированных), онихомикозы (80), себорея (60), красный плоский лишай (12) и экзема (120). У лиц моложе 50 лет преобладали воспалительно-аллергические заболевания кожи, а старше 50 лет—дистрофические заболевания кожи. Наиболее сложной в плане лечения и прогноза исхода болезни являлась группа больных псориазом, псориатической артропатией в отделении ревматологии и атопическим дерматитом в аллергологическом отделении. Маршрутизация пациентов с кожной патологией в ГКБ №52 осуществляется следующим образом: пациенты направлялись к дерматологу сразу или через сутки с момента выявления заболевания или начала его обострения. Подавляющее большинство дерматологических больных получили специализированную по-

мощь уже в развернутой стадии болезни. В 15% случаев кожные заболевания в стационаре были выявлены впервые, такие как болезнь Бехчета, псевдокарциноидный папилломатоз Готтрона, полиморфный дермальный ангиит. В 2% случаев у консультированных больных выявлялись онкологические и системные заболевания. Почти 25% больных не знали о наличии у них заболевания кожи или думали, что оно пройдет без лечения.

Выводы:

1. Для обеспечения преемственности лечения дерматологических больных, которым более чем в 10% случаев диагноз был установлен в стационаре, следует оказывать им содействие в постановке на учет в КВД по месту жительства.

2. Около 2/3 пациентов (64,7%) длительно и многократно лечатся в больницах, в связи с чем не имеют должного внимания со стороны территориальных дерматологических служб (КВД), поэтому основным источником специализированной помощи для них является лечение у дерматолога многопрофильного стационара.

3. Результативность лечения дерматологических больных связана не только с работой специалистов-дерматологов, но и с настороженностью лечащих врачей многопрофильного стационара, являющихся инициаторами направлений на консультацию к дерматологу.

4. В неотложной дерматологической помощи нуждаются пациенты, являющиеся инвалидами по соматическим заболеваниям, особенно связанным с поражением опорно-двигательного аппарата, а также больные с длительно текущими хроническими болезнями кожи.

5. Взаимодействие дерматологов и врачей других специальностей (терапевтического, хирургического профиля) позволяет оптимизировать процесс лечения полиморбидных пациентов в условиях многопрофильного стационара.

ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ В УРГЕНТНОЙ НЕФРОЛОГИИ – ВЗГЛЯД ДЕРМАТОЛОГА

Маймасов И.Г.¹, Горбачук Н.В.¹, Зелтынь-Абрамов Е.М.^{1,2}, Фролова Н.Ф.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Резюме. Болезнь Бехчета—редко встречающийся вариант системного васкулита, протекающего с вовлечением в патологический процесс кожи, слизистых оболочек полости рта и других органов, а также поражением сосудов любого калибра. Этиология и патогенез данного заболевания до конца не изучены и являются предметом дискуссии. Распространённость болезни Бехчета среди определенных этнических групп указывает

на генетическую природу заболевания. В настоящее время общепризнанным маркером данной патологии является аллель В51 главного комплекса гистосовместимости HLA. Диагностические критерии болезни Бехчета сформулированы на основании характерных поражений кожи и слизистых оболочек: 1) рецидивирующие язвы полости рта (афты, герпетиформные высыпания, изъязвления); 2) рецидивирующие язвы слизистой

оболочки гениталий; 3) поражение глаз—увеит; 4) поражения кожи—узловатая эритема, папулопустулезные высыпания. К поражениям кожи и слизистых присоединяются системные проявления в виде лихорадки, суставного синдрома и полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: болезнь Бехчета, системный васкулит, поражение кожи и слизистых, острая почечная недостаточность

В контексте вышеизложенного несомненный клинический интерес представляет история болезни пациентки В., 37 лет, поступившей в отделение нефрореанимации ГКБ №52 переводом из инфекционной больницы (КИБ №2) в ноябре 2013 года. Из анамнеза известно, что заболевание дебютировало остро, с подъема температуры до 39 °С, появления болей в суставах и нарастающих признаках интоксикации. На 2-й день болезни появилась сыпь на ногах, кистях и туловище. Пациентка была госпитализирована в КИБ №2 с подозрением на инфекционное заболевание, диагноз которого был отвергнут в ходе комплексного обследования. Течение болезни осложнилось развитием острой почечной недостаточности (анурия, нарастание азотемии), в связи с чем пациентка была переведена в ГКБ №52. По жизненным показаниям была начата процедура гемодиализа, однако причина быстро прогрессирующей почечной недостаточности у ранее здоровой женщины оставалась

неясной, что не позволяло определиться в отношении патогенетической терапии. На 2-е сутки пребывания в реанимационном отделении больная была осмотрена дерматологом, установившим поражение полости рта (афтозный стоматит), поражение слизистых гениталий (папулезно-эрозивные высыпания), поражение кожи (эритематозно-папулезные и везикуло-пустулезная сыпь на конечностях и туловище). Было высказано предположение о болезни Бехчета как причине быстро прогрессирующего поражения почек. Несмотря на отсутствие увеита, данная диагностическая концепция была принята в качестве рабочей. Начата иммуносупрессивная и противовирусная терапия, сеансы плазмообмена. В НИИ ревматологии РАН отправлен тест на HLA-фенотипирование. В течение последующих 5 суток острая почечная недостаточность полностью разрешилась, кожный процесс регрессировал, тест на HLA B51 оказался положительным. Таким образом, диагноз болезни Бехчета был подтвержден. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под дальнейшее наблюдение в НИИ ревматологии РАН.

Заключение. Описанный случай демонстрирует актуальность междисциплинарного взаимодействия в условиях многопрофильного стационара и необходимость участия дерматолога в обсуждении диагностически неясных пациентов реанимационных отделений любого профиля.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Маркова Т.Н.¹, Алексанян А.А.¹, Ефремова Н.Н.², Гулярян М.Э.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра эндокринологии и диабетологии ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Резюме. В работе представлены результаты успешной диагностики и хирургического лечения больной с аденомой паращитовидной железы. Данное клиническое наблюдение позволяет оценить эффективность различных методов дооперационной и интраоперационной диагностики при обследовании пациентов с первичным гиперпаратиреозом.

Ключевые слова: паратгормон, первичный гиперпаратиреоз, гиперкальциемия.

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ)—патологическое состояние, развивающееся вследствие повышенной секреции паратиреоидного гормона (ПТГ). ПГПТ занимает 3-е место по распространенности эндокринных заболеваний после сахарного диабета и патологии щитовидной железы. Данное состояние является наиболее частой причиной гиперкальциемии

и, как следствие, остеопороза, патологических переломов, рецидивирующего нефролитиаза, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Основной причиной развития ПГПТ является аденома околощитовидной железы (до 80%). У большинства больных наблюдается сочетание костных и висцеральных нарушений. В реальной практике диагностика ПГПТ затруднена, поскольку клиническая картина маскируется симптомами мочекаменной болезни, остеопороза, язвенной болезни и в результате больные наблюдаются у урологов, ревматологов, гастроэнтерологов. Представляем клинический случай успешной диагностики и хирургического лечения больной с аденомой паращитовидной железы на базе многопрофильной больницы.

Клиническое наблюдение. В эндокринологическое отделение поступила пациентка Л. 68 лет с

жалобами на боли в коленных суставах ноющего характера, судороги в икроножных мышцах по ночам, снижение роста за последние два года.

Анамнез: считает себя больной в течение 4 лет, когда появились и стали нарастать боли в коленных суставах. При обследовании по месту жительства диагностирован гонартроз, по поводу чего проводилось физиотерапевтическое лечение с небольшим положительным эффектом. С 2012 года наблюдалась у уролога по поводу мочекаменной болезни. В 2013 году был эпизод падения на улице с переломом левой плечевой кости.

По данным объективного обследования обращает на себя внимание деформация грудной клетки по типу сколиоза, вальгусное искривление костей голени, деформация коленных суставов без признаков воспаления.

Результаты лабораторно-инструментального обследования: общий анализ крови без особенностей. В общем анализе мочи выявлены кристаллы—0,7 кр/мкл (норма до 0,3). В биохимическом анализе крови выявлен высокий уровень кальция—3,39 ммоль/л (норма 2,2-2,65), низкий уровень фосфора—0,68 ммоль/л (норма 0,81-1,45), повышение содержания мочевины—8,0 ммоль/л (норма 2,8-7,2). Уровень ПТГ превышал границы нормы более, чем в 20 раз и составил 1724 пг/мл (норма 9,5-75). Определены другие маркеры костного метаболизма: выявлено повышение маркера костеобразования—костной изоформы щелочной фосфатазы—более 124,00 мкг/мл (норма менее 22,4), выраженное снижение 25-ОН витамин Д до 4,2 нг/мл, содержание маркера костной резорбции—дезоксипиридина мочи—было также повышено (53,68 нмоль/ммоль креатинина, норма 3-7,4). Уровень тиротропного гормона составил 5,89 мМЕ/мл. Скорость клубочковой фильтрации (по формуле MDRD) снижена до 64 мл/мин/1,73 м².

Амбулаторно проведена рентгеновская денситометрия, где выявлены признаки остеопороза: МПКТ по Т-критерию L2-L4 составил 5,9, в тазобедренных суставах справа—2,5; слева—2,6. По результатам УЗИ почек зафиксированы диффузные изменения почек с признаками мелких конкрементов и микролитов в правой почке без нарушения уродинамики, единичные микролиты в левой почке на фоне диффузных фиброзных изменений. При УЗИ щитовидной железы—эхо-признаки умеренных диффузных изменений паренхимы щитовидной железы, характерные для хронического (аутоиммунного?) тиреоидита. Проведена компьютерная томография органов шеи и верхнего средостения. Заключение: КТ-картина аденомы левой нижней околощитовидной железы (рис.1). Умеренно выраженная регионарная лимфоаденопатия. При сцинтиграфии паращитовидных желез с Tc99m Технетрилом выявлен очаг повышенной фиксации диаметром около 2-х см в проекции нижней правой околощитовидной железы (рис.2).

По данным фиброгастродуоденоскопии ди-

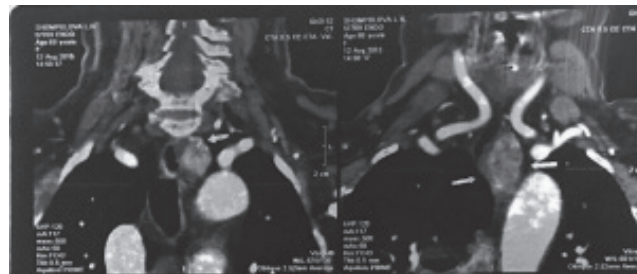


Рисунок 1. КТ-картина аденомы левой нижней околощитовидной железы

агностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический гастрит, очаговый бульбит. Учитывая наличие тяжелой формы гиперпаратиреоза (с поражением органов-мишеней), больной предложено оперативное лечение.

Хирургическое лечение: под эндотрахеальным наркозом после частичной мобилизации левой доли щитовидной железы, используя метод интраоперационной флюоресцентной навигации, выявлена и удалена аденома левой нижней паращитовидной железы, расположенная в параззофагеальной клетчатке на 1,5 см выше дуги аорты, размером 3,5смх2,5см, плотноэластической консистенции. Проводилось интраоперационное определение ПТГ, его концентрация уменьшилась по сравнению с исходной в 4,5 раза и составила 400 пг/мл, через сутки после операции уровень ПТГ достиг 4,1 пг/мл. Явления послеоперационного транзиторного гипопаратиреоза купированы препаратами кальция. Пациентка выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, использование новейших технологий в диагностике ПГПТ (в частности, КТ органов шеи и верхнего средостения, сцинтиграфии паращитовидных желез, маркеров костного метаболизма) и операционном лечении (интраоперационной флюоресцентной навигации, интраоперационном определении уровня ПТГ) позволяет радикально лечить ПГПТ и предупреждать послеоперационные осложнения.

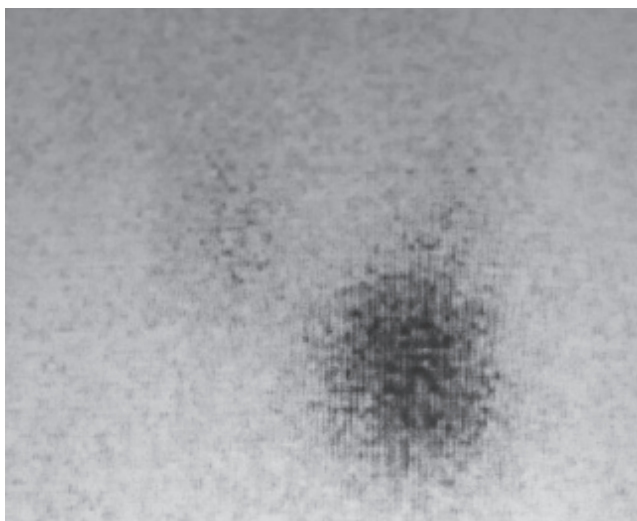


Рисунок 2. Очаг повышенной фиксации диаметром около 2-х см в проекции нижней правой околощитовидной железы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНА ХУМАЛОГ МИКС 50 В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Маркова Т.Н.¹, Королева Г.А.¹, Мищенко Н.К.², Троцюк Т.Н.²

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра эндокринологии и диабетологии
ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И.Евдокимова

Резюме. Фиксированная комбинация инсулина Хумалог Микс 50 применяется для интенсификации инсулинотерапии (ИТ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа). В статье представлен опыт применения готовой смеси инсулина Хумалог Микс 50 на старте ИТ у пациентов с выраженной декомпенсацией СД 2 типа, получающих глибенкламид в сочетании с метформином. Хумалог Микс 50 назначался в режиме трех инъекций инсулина в сутки с предварительной отменой глибенкламида. Средняя доза инсулина Хумалог Микс 50 составила 73 ЕД/сутки. На фоне лечения у обследованных пациентов достигнуты целевые показатели препрандиальной и постпрандиальной гликемии.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, интенсификация инсулинотерапии, Хумалог Микс 50.

Достижение и поддержание целевых значений гликемии является важнейшей задачей терапии сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа), способной снизить риски развития и прогрессирования поздних сосудистых осложнений. Однако более чем в пятидесяти процентах случаев пациенты находятся в состоянии хронической декомпенсации углеводного обмена. Одна из причин – это несвоевременная интенсификация сахароснижающей терапии. Согласно «Алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом», рекомендованным Российской Ассоциацией Эндокринологов в 2015 г., на старте инсулинотерапии (ИТ) пациенту может быть назначен базальный инсулин или готовые смеси инсулинов 30/70 и 25/75. В настоящее время в клинической практике преимущественно используются препараты с фиксированным соотношением инсулинов короткого и продленного действия: 30/70 или 25/75. Данные комбинации не всегда поддерживают целевые показатели постпрандиальной гликемии (ППГ), что повлияло на создание инсулинов в соотношении 50/50. Препарат Хумалог Микс 50, содержащий 50% инсулина Лизпро и 50% его протаминизированной суспензии, назначается в следующих случаях:

- в качестве альтернативы базис-болюсному режиму ИТ для пациентов, которым сложно делать многократные инъекции двух видов инсулина, и они не способны проводить регулярный многократный самоконтроль гликемии;
- для пациентов, не компенсированных на го-

товых смесях инсулина (30/70 и 25/75) в режиме двукратного введения (утром и перед ужином) по причине выраженной ППГ, которым необходима дополнительная инъекция инсулина короткого действия для контроля ППГ после обеда;

- для пациентов, не компенсированных на базальном инсулине с выраженной ППГ.

Таким образом, Хумалог Микс 50 назначается исключительно для интенсификации проводимой ИТ.

Представляем клинические примеры использования препарата Хумалог Микс 50 на старте ИТ у больных с выраженной декомпенсацией СД 2 типа.

Пациентка М., 54 года. Диагноз СД 2 типа впервые установлен в 2008 г. после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Амбулаторно принимала метформин 500 мг 2 раза в сутки. На момент госпитализации больная отмечала подъемы уровня глюкозы крови до 20,0 ммоль/л. В мае 2015 года поступила в эндокринологическое отделение для интенсификации сахароснижающей терапии. При обследовании выявлено ожирение II степени, значительное повышение уровня HbA1C до 12,5%. Концентрация С-пептида (2,5 нг/мл) находилась в интервале референсных значений. Прандиальная и постпрандиальная гликемия колебалась от 12,2 ммоль/л до 19,1 ммоль/л. В связи с выраженной декомпенсацией углеводного обмена к проводимой терапии был добавлен инсулин Хумалог Микс 50 перед обедом, завтраком и ужином с постепенной титрацией дозы до 90 ЕД/сутки. Через десять дней удалось достичь целевых значений гликемии натощак и через 2 часа после еды (10,0–12,1 ммоль/л).

Пациентка С., 69 лет. СД 2 типа диагностирован в 2005 г.. В 2008 г. больная перенесла острый инфаркт миокарда. В течение последних лет регулярно принимала комбинированный препарат Глибомет 1 таблетка 2 раза в сутки, соблюдала правила рационального питания. Однако по результатам самоконтроля уровень глюкозы крови достигал 30,0 ммоль/л. При поступлении в эндокринологическое отделение у больной с избыточной массой тела показатель С-пептида составил 1,99 нг/мл. Уровень HbA1C – 12,4% и гликемия в течение дня от 10,4 ммоль/л до 21,0 ммоль/л отражали выраженную декомпенсацию сахарного диабета. Для коррекции лечения глибенкла-

мид был отменен и назначен инсулин Хумалог Микс 50 в суточной дозировке 66 ЕД, который позволил снизить препрандиальную гликемию до 7,6 ммоль/л, ППГ до 12,4 ммоль/л.

Пациент В., 68 лет, имел наибольший стаж СД 2 типа среди обследованных пациентов, около 20 лет. Также из анамнеза известно, что больной перенес два инфаркта миокарда. Амбулаторно на протяжении многих лет принимал глибумет 1 табл. 2 раза в сутки. По результатам клинико-лабораторных обследований выявлено ожирение II степени, содержание HbA1C составило 10,4%, концентрация С-пептида—4,39 нг/мл. Суточное мониторирование гликемии зарегистрировало значительную вариабельность показателей в течение дня: от 7,4 ммоль/л до 25,3

ммоль/л. После назначения препарата Хумалог Микс 50 в режиме трех инъекций инсулина в сутки (26 ЕД перед завтраком, 12 ЕД перед обедом, 24 ЕД перед ужином) гликемия достигла целевых значений и находилась в интервале от 5,4 ммоль/л до 10,1 ммоль/л.

Все пациенты отметили отсутствие гипогликемических состояний, удобство применения препарата и улучшение общего самочувствия.

Данные клинические случаи демонстрируют, что препарат Хумалог Микс 50 может эффективно применяться не только на этапе интенсификации, но и на старте ИТ у больных с выраженной декомпенсацией углеводного обмена при СД 2 типа на фоне приема пероральных сахароснижающих препаратов.

БЕЛОК PRAME НАХОДИТСЯ НА КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЕ И ВЫПОЛНЯЕТ РЕЦЕПТОРНУЮ ФУНКЦИЮ

Мисюрин В.А.¹, Мисюрин А.В.¹, Лыжко Н.А.¹, Ахлынина Т.В.¹,
Мисюрина А.Е.², Финашутин Ю.П.¹, Кесаева Л.А.¹, Пономарёв А.В.¹,
Барышникова М.А.¹, Бурова О.С.¹, Мисюрина Е.Н.³, Желнова Е.И.³

¹ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ,

²Гематологический научный центр МЗ РФ,

³ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Введение. Белок PRAME совместно с Cullin2-убиквитинкиназой проводит убиквитинирование многих белков, в том числе RAR α . PRAME активирует экспрессию генов, ответственных за пролиферацию и блокирующих дифференцировку клетки, и инактивирует экспрессию проапоптотического гена TRAIL. При онкогематологических заболеваниях PRAME оказывают негативное влияние на прогноз. Ряд работ сообщает, что ген PRAME может быть активирован при контакте клетки с бактериальными липополисахаридами и пептидогликанами. Активацию гена связывают с наличием неизвестного мембранного рецептора, распознающего бактериальные детерминанты. Согласно одной из работ, гонокки используют поверхностные белки OIPs клеток для проникновения внутрь. Один из OIPs полностью идентичен гену PRAME.

Цель работы: показать, что белок PRAME находится на мембране клетки и функционирует как рецептор.

Материалы и методы. Клеточные линии K562, WI38 и WI38, трансфицированные геном PRAME (WI38-PRAME), были проинкубированы с антителами, распознающими PRAME, и окрашенными вторичными антителами. Методом проточной

цитофлуориметрии на цитометре FACSCantoll была определена степень связывания антител к PRAME с клетками крови двух больных В-ХЛЛ и двух больных множественной миеломой. Клетки линий NOMO1 и THP1 были проинкубированы с антителами к PRAME. Уровень экспрессии PRAME в культурах клеток K562, NOMO1, WI38, WI38-PRAME и THP1 и у больных был определён методом RQ PCR.

Результаты и обсуждение. При помощи вторичных окрашенных антител и проточной цитометрии было показано, что антитела против PRAME связываются поверхностью PRAME-экспрессирующих клеток K562 и WI38-PRAME и клеток больных. Нетрансфицированные клетки WI38 на своей поверхности не имели белка PRAME, и не связывали антитела. Таким образом, мы показали поверхностную локализацию PRAME. Связывание анти-PRAME антител с поверхностью клеток линий NOMO1 и THP1 вызывало повышение уровня экспрессии PRAME с 0,9% и 2,9% до 30,8% и 100% относительно контроля, соответственно. Это доказывает способность белка PRAME, находящегося на поверхности клетки, связываться с субстратом и передавать сигнал, активирующий экспрессию гена PRAME.

ОБНАРУЖЕНИЕ СКРЫТЫХ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ ПОМОЩИ РАЗРАБОТАННОЙ FISH-ПАНЕЛИ

Мкртчян А.С.¹, Сальник А. А.^{1,2}, Лапшина Н. А.^{1,2}, Кесаева Л. А.^{1,2}, Мисюрина Е.Н.³, Желнова Е.И.³,
Марьин Д.С.³, Маврина Е.С.³, Курдюкова А.В.³, Каримова Е.А.³, Дубовой Д.А.³, Мисюрин А.В.^{1,2}

¹Молекулярно-генетическая лаборатория ООО «ГеноТехнология», г. Москва,
²ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина, ³ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Актуальность. Миелопролиферативные новообразования (МПН)—клональные гематологические злокачественные новообразования, происходящие из зрелых стволовых клеток и характеризующиеся пролиферацией в костном мозге. Для диагностики МПН важными являются результаты цитогенетических, молекулярно-цитогенетических и молекулярных исследований. Главной особенностью МПН является то, что цитогенетические нарушения наблюдаются лишь в незначительной доле случаев на момент постановки диагноза. Поэтому совместно с цитогенетическими исследованиями необходимо проводить молекулярно-цитогенетический анализ, позволяющий определить криптические цитогенетические изменения, и молекулярный анализ, определяющий мутации таких генов, как JAK2, MPL, CALR, LNK, CBL, MPN, TET2, IDH1/2 и т.д., которые очень специфичны для МПН и выявляются в 20-90% случаев. При переходе из хронической фазы в фазу бластного криза частота генетических и цитогенетических изменений существенно увеличивается.

Ключевые слова: FISH-панель, FISH-анализ, миелопролиферативные новообразования.

Цель работы: создание FISH-панели для выявления наиболее часто встречаемых aberrаций при МПН, обнаружение скрытых цитогенетических изменений при помощи FISH-анализа.

Материалы и методы. Проведены молекуляр-

но-цитогенетические и молекулярные исследования 24 пациентов.

Результаты. У 23 пациентов была обнаружена мутация 12 экзона в гене JAK2 и у 1 пациента делеция участка гена CALR. Для молекулярно-цитогенетического анализа была собрана панель зондов, для выявления наиболее часто встречаемых aberrаций при МПН: амплификация/делеция 1q21, 1p36, 3q26, 5q31-q33, 7q22-36, 20q11/20q12, 13q14, 17p, трисомия хромосом 8, 9, 21. У 3 пациентов с мутацией в гене JAK2 были обнаружены скрытые хромосомные aberrации: в 8% клеток была обнаружена амплификация участка 1q21; амплификация участка 3q26 в 60% клеток; необычная комбинация сигналов зонда для транслокации t(12;21) (p13.2;q22.1) в 8% клеток (выявлено два слитых сигнала генов TEL и AML со слабым сигналом TEL и два сигнала гена TEL).

Заключение. Таким образом, у всех больных МПН были обнаружены специфические мутации (96%—гена JAK2, 4%—гена CALR). Полученные результаты позволяют дать предварительную оценку высокой эффективности использования панели подобранных зондов (в 13% случаев выявлены цитогенетические изменения). Пациенту с перестройкой 12;21 необходимо провести генетические исследования для уточнения характера данной aberrации. Последующие исследования будут направлены на усовершенствование панели путем добавления/изъятия ДНК-зондов.

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ ПАНЕЛИ ДНК-ЗОНДОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ МЕТОДОМ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ГИБРИДИЗАЦИИ IN SITU

Мкртчян А.С.¹, Сальник А. А.^{1,2}, Лапшина Н. А.^{1,2}, Кесаева Л. А.^{1,2},
Мисюрина Е.Н.³, Желнова Е.И.³, Марьин Д.С.³, Маврина Е.С.³, Мисюрин А.В.^{1,2}

¹Молекулярно-генетическая лаборатория ООО «ГеноТехнология», г. Москва, ²Лаборатория рекомбинантных опухолевых антигенов, РОНЦ им. Н.Н. Блохина, г. Москва, ³ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Ключевые слова: множественная миелома, флюоресцентная гибридизация in situ, FISH, ДНК-зонды.

Актуальность. Множественная миелома (ММ) характеризуется пролиферацией злокачественных моноклональных плазматических клеток.

Последние исследования показали, что развитие этой болезни—многоступенчатый процесс, при котором происходит малигнизация плазматических клеток путем накопления ряда генетических событий, включающих качественные и количественные хромосомные изменения, мутации и эпигенетические нарушения. Выявляемые при ММ цитогенетические аномалии являются важными независимыми прогностическими факторами. С этой точки зрения ММ разделяют на две основные подгруппы: гипердиплоидные и негипердиплоидные. Гипердиплоидия характеризуется увеличением числа копий (трисомии, тетрасомии и др) ряда хромосом: 3, 5, 7, 9, 11, 15, 19 и 21; и определяет более благоприятный прогноз. Негипердиплоидная подгруппа включает случаи с перестройкой тяжелой цепи гена иммуноглобулина (IGH) на 14q32 с разными хромосомами- партнерами. Из них наиболее значимыми являются хромосомы 4, 6, 11 и 20. Данная цитогенетическая подгруппа ММ характеризуется более агрессивным течением заболевания. Делеция участка длинного плеча 13-ой хромосомы 13q14.3 является отдельным прогностическим фактором, определяющим короткую выживаемость больного и резистентность к химиотерапии. Для цитогенетической диагностики ММ было показано, что флюоресцентная гибридизация in situ (FISH) и сравнительная геномная гибридизация выявляет хромосомные аномалии в 67-90% случаев в отличие от стандартной цитогенетической диагностики (30-50%).

Цель работы: разработка эффективной панели ДНК-зондов для обнаружения наиболее частых и значимых хромосомных изменений при ММ методом FISH. Источником ДНК-зондов послужили коммерчески доступные зонды компании Kreatech Leicabiosystems:

ON IGH 14q32 (перестройки гена IGH), ON t(11;14) (транслокация 11;14), ON MM 1p36 / 1q21 (делеция 1p36 и дупликация 1q21), ON MM 11q23 /13q14 (перестройка 11q23 и делеция 13q), ON 6q21 / MYC (8q24) (делеция 6q и перестройки гена c-MYC), ON FGFR3/IGH t(4;14) (транслокация 4;14), ON TP53 (17p13)/11q22 (делеция гена P53 и 11q22).

Результаты: в нашем центре за год проведено цитогенетическое обследование 61 больного с подозрением на ММ (выбор метода исследования исключительно по требованию врача). Из них 22 больным установлен кариотип, 3 больным—кариотип + FISH, 39 больным—только FISH. По результатам исследования кариотипа только у 2 больных (8%) были обнаружены хромосомные изменения, в обоих случаях—сложный кариотип. У 17 больных (40%) согласно проведенному FISH анализу изменений по данным пробам не выявлено. Еще у 17 больных (40%) выявлены перестройки в гене IGH 14q32. В остальных случаях наблюдалось изменение числа копий разных хромосом, в основном 11-ой, участка длинного плеча 1-ой хромосомы q21, 17-ой хромосом. В группе больных с перестроенным геном IGH в 24% случаев выявлена транслокация 4;14 в основном в сложном кариотипе, в 18% случаев—транслокация 11;14, в основном как единичное изменение, в остальных случаях определена перестройка гена IGH, из них в 60% случаев в сложном кариотипе. Делеция 13q выявлена у 6 больных (14%) и всегда в сочетании с другими хромосомными нарушениями и особенно при t(4;14). У двух больных с нормальным кариотипом исследование методом FISH выявило разные хромосомные нарушения.

Выводы. Таким образом, применение панели ДНК зондов методом FISH показало свою высокую эффективность для выявления прогностически значимых хромосомных аномалий при ММ.

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ И ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Моисеева М.А.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», кафедра гражданского права
Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России)

Резюме. Ошибочное толкование действующего законодательства вызывает споры об обязанности предоставления медицинскими организациями сведений, составляющих врачебную тайну. Автор тезисов на основании проведенного исследования предлагает ряд изменений действующего законодательства с целью приведения его в соответствие с потребностями современной действительности.

Ключевые слова: врачебная тайна, адвокат, правоохранительные органы, представитель.

Актуальность правомерности предоставления медицинскими организациями (далее—МО) сведений, составляющих врачебную тайну, обоснована частым обращением к указанной проблеме в правоприменительной практике.

Целью исследования являлся анализ действующего законодательства в сфере охраны сведений,

составляющих врачебную тайну, с позиций необходимости его совершенствования.

Эмпирическую базу исследования составили труды ряда российских ученых, таких как А.В. Рагулин, В.Г. Куранов, А.Б.Клименко, П.В. Молчанов и др., действующее законодательство Российской Федерации, ряд практических ситуаций. В процессе исследования автором были использованы общенаучные и частнонаучные (правовые) методы исследования: эмпирический, сравнительно-правовой. При исследовании были рассмотрены ситуации, при возникновении которых лица, запросившие указанные сведения, наиболее часто получают отказы.

Запросы адвокатов и представителей. Анализ действующего законодательства свидетельствует, что по адвокатскому запросу не предоставляются сведения в силу предписаний ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее—ФЗ-323), поскольку адвокаты не относятся к числу лиц, которым могут быть предоставлены сведения, составляющие врачебную тайну.

Однако, А.В. Рагулин, анализируя проект Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части обеспечения права адвоката на сбор сведений, необходимых для оказания юридической помощи», отстаивает положения, в соответствии с которыми, адвокаты должны иметь право на получение сведений о состоянии здоровья лица, интересы которого они не представляют.

В свою очередь, мы выразили обоснованное несогласие с указанным мнением по нескольким причинам: 1) представитель по доверенности имеет возможность по запросу получать сведения, составляющие врачебную тайну; 2) реализация права на адвокатский запрос только при участии адвоката в качестве защитника нарушит принцип процессуально равенства всех представителей; 3) собирание доказательств, содержащих врачебную тайну, возможно по судебному запросу.

Нами положительно оценено мнение В.Г. Куранова, который предлагает дополнить ч. 3 ст. 6 ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» положением, устанавли-

вающим возможность получения адвокатом сведений о состоянии здоровья гражданина только при наличии соответствующего полномочия, оговоренного в доверенности. Указанным автором также предлагается уточнить п. 3 ч. 3 ст. 86 Уголовно-процессуального кодекса РФ (далее—УПК РФ) дополнив ее словосочетанием «в порядке, установленном действующим законодательством».

Запросы правоохранительных органов. При взаимодействии МО с правоохранительными органами возникают проблемы предоставления врачебной тайны из-за п. 3 ч. 4 ст. 13 ФЗ-323. Так, в соответствии с ч. 1 ст. 150 УПК РФ предварительное расследование производится в форме предварительного следствия либо в форме дознания. Таким образом, если из содержания запроса не следует, что уголовное дело возбуждено—МО откажет в предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну. Специальные нормативные правовые акты, которыми руководствуются правоохранительные органы, в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, не могут быть применимы, так как не регулируют вопросы выдачи указанной информации ввиду отсутствия факта возбуждения уголовного дела.

Основываясь на изложенном, можно прийти к следующим выводам:

1. Действующее законодательство позволяет адвокатам (представителям) в полной мере реализовывать право на получение сведений, составляющих врачебную тайну.

2. Необходимо расширить полномочия правоохранительных органов по получению врачебной тайны. Предлагаем следующую редакцию ч. 3 п. 4 ст. 13 ФЗ-323: «...Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается: ...3) по запросу органов дознания и следствия, суда, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;...».

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РЕАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Подачина С.В.², Маркова Т.Н.¹, Синявкин Д.А.¹, Федорова Н.Д.¹, Ефремова Н.Н.², Мкртумян А.М.²

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра эндокринологии и диабетологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме. Распространенность диабетической нефропатии (ДН) среди госпитализированных

в стационар пациентов с сахарным диабетом 2 типа составляет 29,1±3,1%. Частота ДН по дан-

ным альбуминурии и отношению альбумина к креатинину (А/Кр) сопоставима. При проведении эпидемиологических исследований возможно исследование только альбуминурии в разовой утренней порции мочи для верификации ДН, в клинической практике целесообразно определять отношение А/Кр.

Ключевые слова: диабетическая нефропатия, альбуминурия, отношение альбумина к креатинину.

Введение. Диабетическая нефропатия (ДН)—специфическое поражение почек при сахарном диабете (СД), сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, приводящего к развитию терминальной почечной недостаточности, требующей проведения заместительной почечной терапии (диализ или трансплантация почки). Нефропатия диабетического генеза имеет четкие клинические проявления—это альбуминурия (протеинурия). Пациенты с СД, особенно 2 типа очень редко имеют поражение почек «чисто» диабетического генеза. СД в сочетании с гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, атеросклеротическим поражением сосудов почек может утяжелять течение диабетического поражения и нивелировать клиническую симптоматику. В 2002 г. Американская школа по изучению болезней почек предложила диагноз: «хроническая болезнь почек» (ХБП). Концепция ХБП была принята мировым медицинским сообществом, а в 2007 г. ХБП была включена в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра вместо термина «хроническая почечная недостаточность».

ХБП диагностируется на основании выявления анатомического или структурного повреждения почек и/или снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м², которые прослеживаются в течение 3 и более месяцев, независимо от их характера и этиологии. Согласно концепции ХБП, оценка стадии почечной патологии осуществляется по величине СКФ, признанной как наиболее полно отражающей количество и суммарный объем работы нефронов, в том числе связанной с выполнением неэкскреторных функций. Уровень экскреции альбуми-

на с мочой, отражающий системную эндотелиальную дисфункцию, состояние проницаемости гломерулярного барьера и реабсорбционную ёмкость проксимальных канальцев, является не менее важным показателем почечной функции.

Как видно из классификации, ХБП по уровню альбуминурии можно выявить двумя способами—либо верифицируя ее в суточной моче, что трудоемко, либо определяя отношение альбумина к креатинину (А/Кр) в разовом анализе мочи. Однако существует классификация ДН, согласно которой возможна диагностика стадий ДН только по уровню микроальбуминурии в утренней порции мочи («Алгоритмы специализированной помощи больным СД», 2013 г.). Несомненно, что дополнительное определение креатинина в моче требует как финансовых, так и физических затрат.

В отделении эндокринологии проведено исследование по оценке распространенности ДН у больных СД 2 типа и сравнительному анализу различных методов диагностики ДН.

Цель работы: изучить распространенность ДН у больных с СД 2 типа с использованием метода диагностики ДН по уровню альбуминурии в утренней порции мочи и по отношению А/Кр.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 92 больных с СД 2 типа (58 женщин, 24 мужчины). Средний возраст составил 54,3±4,3 года.

Результаты. Частота ДН у больных СД 2 типа по результатам уровня альбуминурии в утренней порции мочи составила 26,7±2,8%, распространенность ДН по данным исследования отношения А/Кр была сопоставима—29,1±3,1% (p>0,05). Однако, выявлено 6 клинических случаев, когда при определении только альбуминурии таковая отсутствовала, а отношение А/Кр соответствовало стадии ДН А2.

Заключение. ДН среди госпитализированных больных СД 2 типа регистрируется в 29,1% случаев. Частота ДН по данным альбуминурии и по отношению А/Кр сопоставима. При проведении эпидемиологических исследований возможно исследование только альбуминурии в разовой порции мочи для верификации ДН, в клинической практике целесообразно определять отношение А/Кр.

Классификация ХБП по уровню альбуминурии

Категория	А/Кр мочи		СЭА (мг/24 час)	Описание
	мг/ммоль	мг/г		
A1	<3	<30	<30	Норма или незначительно повышена
A2	3-30	30-300	30-300	Умеренно повышена
A3	>30	>300	>300	Значительно повышена*

Примечание: СЭА—скорость экскреции альбумина, А/Кр—отношение альбумин/креатинин, *включая нефротический синдром (экскреция альбумина >2200 мг/24 час [А/Кр>2200 мг/г; >220 мг/ммоль])

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ (RIFLE) У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Подкорытова О.Л.¹, Ветшева М.С.², Яковлева И.И.¹, Вторенко В.И.¹,
Брацун. О.И.¹, Воронова Н.Е.¹, Ткаченко Н.Я.¹, Назарова И.Н.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, кафедра анестезиологии и реаниматологии

Резюме. Применение методов заместительной почечной терапии при абдоминальном сепсисе способствует снижению летальности.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, заместительная почечная терапия, острое почечное повреждение.

Цель работы: ретроспективно оценить прогностическое значение шкалы RIFLE в комплексном лечении больных с абдоминальным сепсисом.

Материалы и методы. Проанализированы материалы 67 наблюдений (19 женщин и 48 мужчин) больных с абдоминальным сепсисом. Средний возраст больных составил 46,0±16,3 лет, длительность болезни к моменту госпитализации в стационар составила 2,3±2,2 дня, а к началу заместительной почечной терапии (ЗПТ) 6,0±5,7 дня. Все больные имели мультиорганную дисфункцию/недостаточность с числом пораженных органов от 2 до 5 (медиана 4 (3;4)) в рамках сепсиса. Средний бал по шкале APACHE II 26,6±6,7; по шкале GLASGO 9,7±3,5; по шкале SAPS II 47,0±20,0. Показаниями к переводу в ОПИТ из хирургических отделений являлся тяжелый сепсис, сопровождающийся острым повреждением почек (ОПП).

У всех больных наряду с традиционной интенсивной терапией, проводилась заместительная почечная терапия, при чем в большинстве случаев (у 56 из 67 больных) использовалась постоянная продленная вено-венозная гемофильтрация, реже (у 11) интермиттирующая гемодиализация в режиме on line.

У 10 больных причиной абдоминального сепсиса были гангренозный холецистит, гнойный холангит, фибринозно-гнойный перитонит; у 57 больных тяжелый острый панкреатит в фазе гнойно-септических осложнений. Все больные были сопоставимы по тяжести состояния и основным клинико-биохимическим параметрам.

Для оценки состояния функции почек мы использовали шкалу RIFLE—шкалу классификации острого почечного повреждения (ОПП). По шкале RIFLE больные распределились следующим образом: у 12 пациентов имела сохранная функция почек, стадия риск (Risk)—в 22 случаях, стадия повреждения (Injury)—у 11 пациентов, стадия недостаточности (Failure)—у 22 больных.

У больных в подгруппе с нормальной функцией почек (n=12) медиана показателя креатинина была 94,5 (88;110) мкмоль/л, темп мочеотделения более 0,5 мл/кг/ч; в подгруппе Risk (n=22) медиана

креатинина 165 (140;180) мкмоль/л, при этом темп диуреза также не снижался составляя более 0,5 мл/кг/ч. У пациентов в стадии повреждения (Injury) (n=11) уровень креатинина составлял 270 мкмоль/л (260;300). У данной категории больных отмечалось снижение темпа мочеотделения до 30 мл/кг/ч.

В подгруппу больных с почечной недостаточностью (стадия Failure) входило 22 больных, при этом у данных пациентов значительно повышен уровень креатинина 635 мкмоль/л с медианой (492;712) и темп мочеотделения был существенно снижен вплоть до олиго-анурии. Больных в стадии длительного нарушения функции почек—стадии Loss как и больных перешедших в полную утрату функции почек (стадия ESRD) не было. Степень нарушения функции почек соответствовала тяжести состояния больных, которые имели и другие органические повреждения. Из 12 больных с нормальной функцией почек лишь 1 пациент находился на инотропной поддержке и 3 на ИВЛ. В то время как в стадии Risk уже 32% больных нуждались в протезировании функции легких и катехоламиновой поддержке. У пациентов с более тяжелым поражением почек в стадиях Injury и Failure процент больных на ИВЛ увеличился до 54,5 и 59% соответственно, возросла также и доля больных на инотропной поддержке 54,5% (6 из 11) в стадии Injury и 32% (7 из 22) в стадии Failure.

Результаты. В целом летальность во всей группе больных составила 34,3%, что оказалось значительно ниже в сравнении с ожидаемой (41%) летальностью по шкале SAPS II (p<0,001). В подгруппе без утраты функции почек летальность составила 8,3% (1 больной из 12), в подгруппе Risk с умеренным нарушением функции почек умерло 7 больных (31,8%). Наибольшая летальность была в подгруппах Injury и Failure 5 из 11 и 10 из 22 соответственно. Именно у данных пациентов имелось значительное повышение креатинина плазмы более чем в 2 раза. Процент летальности в данных подгруппах составил по 45,5%.

Заключение. Острое почечное повреждение влияет на исход у больных с абдоминальным сепсисом. Чем выше степень нарушения функции почек у больных с абдоминальным сепсисом, тем выше летальность. Применение методов ЗПТ при абдоминальном сепсисе способствует снижению летальности в сравнении с ожидаемой, что коррелирует со степенью поражения почек рассчитанной по шкале RIFLE.

ГЕПАТОКАРДИАЛЬНЫЙ КОНТИНУУМ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ

Пономаренко Т.М.², Белоглазова И.П.^{1,2}, Трошина А.А.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Обзор литературы

Несмотря на то, что характерные изменения печени при сердечной недостаточности давно описаны в литературе, проблема сердечно-печеночного взаимодействия на фоне сердечной недостаточности (СН) остается не до конца изученной.

Большинство авторов выделяют два типа повреждения печени на фоне СН: ишемический гепатит, связанный с острой СН, и застойная гепатопатия, связанная с хронической СН. Крупный обзор 2012 года делает акцент не столько на ишемической природе повреждения печени при СН, сколько на комбинацию причин гипоксии, в том числе на фоне хронического венозного застоя [1].

Для острого кардиогенного повреждения печени характерно повышение трансаминаз (АСТ, АЛТ) и ЛДГ. Эти ферменты повышаются быстро от начала симптомов декомпенсации недостаточности кровообращения, обычно в первые 24 часа [1,2]. Нормализация уровня обычно происходит к 10-15 дню [1,2]. Интересно, что при остром кардиогенном повреждении печени сохраняется корреляция между изменениями АЛТ, АСТ и давлением в правом предсердии, хотя такая корреляция исчезает для трансаминаз при хронической застойной печени [3]. Другим симптомом является снижение уровня протромбина [1], что очень актуально, учитывая рутинное назначение антикоагулянтов большинству больных с острой СН, при этом МНО больше 2,0 служит предиктором общей летальности [4].

В случае застойной гепатопатии характерны признаки холестаза в виде повышения ГГТ, ЩФ и билирубина [2,3,4]. Степень холестаза при этом связана со степенью СН и коррелирует не только с давлением в правом предсердии, но и степенью трикуспидальной регургитации, уровнем натрийуретического пептида (НУП) [3,4,5]. В настоящее время обсуждается вопроса о рутинном использовании показателей холестаза как независимых прогностических факторов прогноза ХСН [2,3].

В ряде работ было продемонстрировано, что в отличие от маркеров холестаза маркеры цитолиза не имеют корреляции со степенью тяжести СН, несмотря на их повышение у пациентов с высоким функциональным классом [6].

В исследовании CHARM была продемонстрирована более выраженная корреляция между уровнем ЩФ и НУП, а также клиническими симптомами (отеки, асцит), чем между уровнем тран-

саминаз и НУП, что позволяет рассматривать ЩФ как значимый предиктор прогноза ХСН [3]. По данным ретроспективного анализа, пациенты с повышенным уровнем ЩФ имели более высокую смертность от всех причин, чем пациенты с нормальным уровнем [3]. Высокий уровень общего билирубина также коррелирует со смертностью от всех причин [5,6], при этом его увеличение на фоне лечения ассоциировано с более высокой общей и сердечно-сосудистой смертностью [6]. Клинические данные исследования CHARM позволяют говорить о взаимосвязи показателей состояния сердечно-сосудистой системы и уровня общего билирубина. По данным анализа группы амбулаторных пациентов получена корреляция между уровнем билирубина и уровнем центрального венозного давления, а также уровнем билирубина и сердечным индексом [7].

Таким образом, вопрос изучения маркеров холестаза и цитолиза в рамках сердечной недостаточности и их точка приложения в прогнозировании течения заболевания является весьма актуальным.

Список литературы:

1. Søren Møller, Mauro Bernardi *Interactions of the heart and the liver* // *European Heart Journal*. Volume 34. Issue 36. Pp. 2804–2811 (2013).
2. Marc D. Samsky MD, et al *Cardiohepatic Interactions in Heart Failure : An Overview and Clinical Implications* // *Journal of the American College of Cardiology*. Volume 61, Issue 24. 2013. Pages 2397–2405.
3. Allen LA, Felker GM, Pocock S, McMurray JJ, Pfeffer MA, Swedberg K, Wang D, Yusuf S, Michelson EL, Granger CB. *Liver function abnormalities and outcome in patients with chronic heart failure: data from the Candesartan in Heart Failure: Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity (CHARM) program* // *Eur J Heart Fail* .2009. 11. 170–177.
4. M. Nikolaou, J. Parissis, M.B. Yilmaz, et al. *Liver function abnormalities, clinical profile, and outcome in acute decompensated heart failure* // *Eur Heart J*. 34. (2013). pp. 742–749.
5. Andrew P. Ambrosy et al. *Clinical course and predictive value of liver function tests in patients hospitalized for worsening heart failure with reduced ejection fraction: an analysis of the EVEREST trial* // *European Journal of Heart Failure* (2012) 14. 302–311.
6. Luiz Antônio Brito Arruda Vasconcelos; Eros Antônio de Almeida; Luiz Felipe Bachur *Clinical evaluation and hepatic laboratory assessment in individ-*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕТРОГРАДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Праздников Э.Н.², Ширинский В.Г.^{1,2}, Вардаев Л.И.²,
Стручкова Е.Ю.¹, Розумный А.П.^{1,2}, Соловьев В.Н.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Ключевые слова: билиарный стент, ретроградное стентирование гепатикохоледоха

Цель работы: оценить эффективность ретроградного стентирования гепатикохоледоха у больных с механической желтухой.

Материалы и методы. Показанием для установки билиарного стента являлась механическая желтуха, вызванная блоком опухолевого генеза или стриктурой гепатикохоледоха. Билиарный стент устанавливался при выполнении ретроградной холангиографии по общепринятой методике с использованием аппаратов TJF 160 R. На первом этапе выполнялась ретроградная холангиография, результаты которой определяли протяженность и диаметр сужения гепатикохоледоха. Следующим этапом по струне устанавливалась система доставки эндопротеза за сужение протока, по которой производилась установка собственно эндопротеза. Использовались стенты производства W. Cook и «МИТ». Характеристики стентов—длина, ширина внутреннего просвета, вариант фиксации—определялись в зависимости от клинической ситуации и результатов ретроградной холангиографии. В ряде случаев за 5–7 суток до установки эндопротеза в гепатикохоледох устанавливался назобилиарный дренаж, по которому проводилась санация холедоха на фоне адекватной антибакте-

ральной терапии в условиях гнойного холангита. Установка предварительно назобилиарного дренажа сводила к минимуму возможность блокирования просвета эндопротеза.

Результаты. В период 2007–2014 гг. билиарные стенты установлены 62 пациентам, из них с опухолью холедоха—12, опухолью головки поджелудочной железы—38, опухолью Клацкина—1, со стриктурой холедоха—11. В сроки от 6 месяцев до 1 года 22 пациентам производилось повторное стентирование в связи с инкрустацией внутреннего просвета стента и снижением его дренажной функции. У всех больных отмечен регресс желтухи, нормализация показателей билирубина крови и трансаминаз в сроки, не превышающие 14 суток. У 12 пациентов с опухолевым поражением поджелудочной железы стентирование рассматривалось как первый этап в программе радикального лечения заболевания—в последующем им были выполнены радикальные оперативные вмешательства.

Заключение. Использование билиарных стентов у больных с механической желтухой может быть как методом предварительного лечения перед радикальным оперативным вмешательством, так и методом окончательной помощи при ряде поражений опухолевого и неопухолевого генеза.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ КОАГУЛОПАТИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Прасолов Н.В.¹, Буланов А.Ю.^{1,2}, Мисюрина Е.Н.¹, Аппазова И.Э.¹, Трушкин Р.Н.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», ²РУДН, г. Москва

Резюме. Кровотечения являются важной проблемой многопрофильных стационаров. В зависимости от этиологии их можно разделить на

первично «хирургические», обусловленные повреждением сосудов, и первично коагулопатические, связанные с исходным дефектом системы гемос-

таза. Диагностика этого дефекта играет огромную роль в успехе терапии коагулопатического кровотечения.

Ключевые слова: коагулопатическое кровотечение, геморрагический синдром.

Целью работы явился анализ причин развития коагулопатических кровотечений в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты многопрофильного стационара (ГКБ №52), у которых было диагностировано развитие кровотечения, связанного с системными нарушениями гемостаза. Первичная оценка состояния гемостаза проводилась с помощью тромбоэластографа ТЭГ 5000. В зависимости от направленности нарушений осуществлялась точная диагностика локализации дефекта гемостаза. Период исследования составил 6 месяцев. Пациенты, поступавшие в стационар с изначально диагностированными нарушениями гемостаза (например, иммунная тромбоцитопения) в исследование не включались.

Результаты и обсуждение. За указанный период времени коагулопатические кровотечения были

диагностированы у 7 пациентов. Тяжесть кровотечений была различной. У 1 пациентки оно развилось в послеоперационном периоде и потребовало повторной операции. В других случаях геморрагический синдром проявлялся желудочно-кишечными кровотечениями, гематурией, носовыми кровотечениями, кожными проявлениями. В качестве причин были верифицированы: приобретенная гемофилия (1 пациентка), дефицит К-зависимых факторов алиментарного генеза (1), отравление зоокумаридами (1), передозировка варфарина (1) и дабигатрана (1), гепариноподобный синдром (2). Последняя причина была выявлена у двух пациентов гематологической клиники, страдающих множественной миеломой.

Заключение. Коагулопатические кровотечения—значимая проблема многопрофильного стационара. Спектр причин различен и зависит от специфики клиники. Залог успешного лечения—настороженность к нестандартной клинической ситуации, четкая лабораторная диагностика и целенаправленная терапия системных нарушений гемостаза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Родоман Г.В.¹, Соколов А.А.^{2,3}, Шалаева Т.И.^{1,3},
Сиротинский В.В.^{2,3}, Степанов Е.А.³

¹ГБУЗ «ГКБ №24 ДЗМ», ²ГБУЗ «ГКБ №13 ДЗМ»,
³ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Актуальность. В настоящее время вопрос о целесообразности эндобилиарных вмешательств у пациентов с острым некротическим панкреатитом и патологией желчных протоков остается дискуссионным.

Ключевые слова: эндобилиарные вмешательства, острый некротический панкреатит.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) у пациентов с билиарной гипертензией и острым панкреатитом различной степени тяжести.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «ГКБ №24 ДЗМ» и ГБУЗ «ГКБ №13 ДЗМ». Были проанализированы результаты лечения 40 пациентов, которым в целях купирования билиарной гипертензии производили ЭРХПГ для снижения риска дополнительного повреждения поджелудочной железы—с соблюдением специальных мер предосторожности. На диагностическом этапе использовали нитиоловые струны-проводники, облегчающие селективную канюляцию желчных протоков и уменьшающие

травматизацию сосочка. В случаях выявления ущемленного конкремента в ампуле, чтобы не травмировать слизистую в области устья ГПП, рассекали «крышу» ампулы сосочка атипично—с помощью игольчатого электрода в области наибольшего выпячивания продольной складки. При необходимости такой разрез продлевали обычным канюляционным способом. После удаления ущемленного конкремента выполняли контрастирование желчных протоков и при выявлении в них конкрементов—литоэкстракцию с помощью корзинок Dormia, а при необходимости—установку полимерного билиарного стента. Всего было произведено 50 эндобилиарных вмешательств.

Результаты. В ходе диагностических этапов ЭРХПГ было установлено, что чаще всего причиной билиарной гипертензии являлся холедохолитиаз, причем у трети таких больных имел место микрохоледохолитиаз со стенозом БДС.

Анализ результатов показал, что выполнение ЭРХПГ эффективно при остром некротическом панкреатите и билиарной гипертензии, вызванной внутрипротоковой патологией, при этом от-

кладывать эндобилиарное вмешательство на поздние сроки не целесообразно. По сравнению с больными, которым сразу выполняли ЭРХПГ, при ее перенесении на 2 этап лечения—после выполнения холецистостомии в целях купирования желчной гипертензии и стихания явлений панкреатита, увеличиваются масштабы поражения брюшной полости, частота гнойных осложнений (50% против 3%) и ПОН (100% против 32%), достоверно и значительно удлиняются сроки госпитализации (37 против 15 суток). Внутривнутрипротоковая патология у таких пациентов является причиной как билиарной гипертензии, так и острого панкреатита. Поэтому ЭРХПГ не только эффективно устраняет желчную гипертензию, но и в большинстве случаев обеспечивает положительную динамику течения панкреатита. У большинства пациентов после выполнения ЭРХПГ быстро снижался не только билирубин, но и уровень амилазы, аминотрансфераз и лейкоцитов крови, количество признаков ССВР и тяжесть ПОН. Серьезного ухудшения состояния больных непосредственно после выполнения ЭРХПГ зарегистрировано не

было. Отрицательные последствия эндобилиарных вмешательств чаще всего (14%) ограничивались развитием кратковременной, в течение 1-2 суток, амилаземии без ухудшения клинической и инструментальной картины заболевания, в то время как частота прогрессирования панкреатита после ЭРХПГ не превышала 4%, и тяжелого течения заболевания в этих случаях не наблюдалось.

Однако у пациентов с острым некротическим панкреатитом и билиарной гипертензией, вызванной не внутривнутрипротоковой патологией, а сдавлением желчных протоков извне, напротив, выполнение ЭРХПГ не улучшало результаты лечения и, вероятно, в целях купирования у них желтухи является целесообразным наложение холецистостомы.

Заключение. Выполнение эндобилиарных вмешательств является эффективным способом купирования желчной гипертензии у пациентов с острым некротическим панкреатитом и первичной патологией желчных протоков, и при соблюдении специальных мер предосторожности не сопровождается высокой частотой осложнений.

МЕТОДИКА САНАЦИИ ХОЛЕДОХА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Семенов С.М.¹, Розумный А.П.^{1,2}, Хохлатов Д.Э.², Никитин В.Е.²

¹Кафедра факультетской хирургии № 1 ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
²ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитиаз, санация гепатикохоледоха.

Цель исследования: оценить эффективность интраоперационной антеградной санации холедоха с использованием YAP:Nd лазера и баллонной дилатации большого дуоденального сосочка в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с холедохолитиазом.

Материалы и методы. Оценку эффективности лапароскопической санации холедоха в отдаленном периоде осуществляли путем сравнения результатов лечения 726 больных, разделённых на две группы. Основная группа больных—126 пациентов (2008-2015 годы)—это пациенты, страдающие желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, которым производилась в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии интраоперационные холангиография, фиброволоконная холедохоскопия, санация гепатикохоледоха. Операция заканчивалась обязательной баллонной дилатацией фатерова сосочка. Вторая группа больных (1989-2009 гг.)—600 пациентов с холедохолитиазом, которым перед

выполнением лапароскопической холецистэктомии в сроки от 2 до 12 суток до операции выполнялась эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) с папиллотомией и ретроградной санацией гепатикохоледоха.

Приведены результаты 126 санаций гепатикохоледоха у больных с холедохолитиазом в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии. Дана оценка эффективности антеградной санации холедоха с использованием YAP:Nd лазера, баллонной дилатации фатерова сосочка.

В качестве холедохоскопа уретеропиелоскоп ACMI DUR8 Elite BA; для литотрипсии—лазер YAP:Nd. Эндовидеохирургический комплекс «Karl Storz», эндовидеооскопический комплекс Olympus 160 Exera.

В основной группе первым этапом проводилась лапароскопическая холецистэктомия с клипированием дистального отдела пузырного протока, проксимально пузырный проток не клипировался, и через его просвет в дальнейшем выполнялись манипуляции внутри просвета гепатикохоледоха. Вторым этапом выполнялась интраоперационная холангиография, при

подозрении на холедохолитиаз—холедохоскопия с литэкстракцией. Учитывая небольшие размеры внутреннего диаметра пузырного протока, для фрагментации конкрементов использовался YAP:Nd лазерный литориптер. Полученные в результате литотрипсии песок и мелкие осколки конкрементов удаляли под контролем холедохоскопа аспирационным путем. Следующим этапом выполняли баллонную дилатацию фатерова сосочка под контролем дуоденоскопа, часть фрагментов конкрементов отмывалась в просвет двенадцатиперстной кишки. Операцию заканчивали клипированием культи пузырного протока «наглухо».

Результаты. Выполнение ЭРПХГ в контрольной группе накануне основного оперативного приёма оказывает на пациента тяжёлое психологическое воздействие, создаёт ощущение у пациента двух перенесённых операций. Также у 176 пациентов (29,3%) отмечались преходящие явления острого панкреатита. В основной группе такого осложнения не отмечалось. Признаков рецидивного холедохолитиаза ни в основной, ни в

контрольной группах выявлено не было. Отдаленные результаты в основной группе прослежены на глубину до 3 месяцев: проводилось анкетирование пациентов, контрольное ультразвуковое исследование и, по показаниям, эзофагогастродуоденоскопия. У всех 126 пациентов основной клинической группы после выполнения лапароскопической интраоперационной санации холедоха каких-либо патологических изменений со стороны фатерова сосочка, желчевыводящей системы и поджелудочной железы не отмечено.

Заключение. Применение лапароскопической санации холедоха с использованием холедохоскопии, литотрипсии YAP:Nd лазером в сочетании с баллонной дилатацией фатерова сосочка в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с холедохолитиазом является патогенетически обоснованным методом, не требующим дренирования желчевыводящих протоков. Клиническое применение предложенного нами метода продемонстрировало отсутствие осложнений и развития посттравматических стриктур холедоха.

БЕССИМПТОМНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ: РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ. ОБЗОР

Серова М.К., Аппазова И.Э.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. Выявление атеросклеротического поражения сосудистого русла у пациентов без клинических проявлений является доказательством прогрессирования атеросклероза. Однако такие пациенты часто ускользают из поля зрения клиницистов и не получают должного лечения, что обусловлено оценкой асимптомного атеросклероза лишь в качестве дополнительного фактора риска сердечно-сосудистых событий.

Ключевые слова: атеросклеротическая бляшка (атерома), толщина интимо-медиального слоя (ТИМ), липидный спектр, статины, молодой бессимптомный больной, пожилые больные с бессимптомной артериальной гипертензией.

Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной заболеваемости и смертности в Российской Федерации, что определяет важность разработки и внедрения в клиническую практику эффективных средств первичной и вторичной профилактики атеросклеротических осложнений. Очень длительный доклинический период, волнообразное нарастание и возможность развития фатальных осложнений на фоне мнимого благополучия затрудняют определение того, когда атероскле-

роз—хроническое воспалительное заболевание артерий крупного и среднего диаметра, находится в бессимптомной стадии. Нестабильность атеросклеротических бляшек в первую очередь определяется свойствами фиброзной покрышки, клеточным составом, а также масштабами воспаления и некроза в «плечах» бляшки—самых опасных местах, где чаще всего и происходят ее надрывы. Крупные атеросклеротические бляшки, имеющие плотную фиброзную покрышку, разрываются реже, но при этом обуславливают выраженную клиническую симптоматику (в частности, ангинозные боли). Небольшие бляшки «не болят», но они менее стабильны, их эрозии и разрывы могут приводить к формированию многочисленных инфарктов миокарда без формирования зубца Q, которые часто отмечены у пациентов с сахарным диабетом, поэтому прогноз у таких больных, которые были успешно стентированы, определяется мелкими нестабильными бляшками [7]. Таким образом, бессимптомный атеросклероз удобнее представлять в рамках трех различных механизмов:

1. Минимальное повреждение артериального русла у относительно здорового больного.
2. Растущая бляшка, которая через некото-

рое время будет виновницей преходящей ишемии дистально расположенных тканей (в дальнейшем может послужить причиной тяжелого сердечно-сосудистого осложнения).

3. Небольшая, но нестабильная бляшка, которая никогда не будет причиной возникновения стабильной клинической картины, но, вероятно, внезапно надорвется, что приведет к развитию острого коронарного синдрома или нарушению мозгового кровообращения.

В настоящее время диагностика бессимптомного атеросклероза ограничивается проведением УЗИ сонных артерий с определением количественной оценки толщины интимо-медиального слоя (ТИМ) согласно рекомендациям Международного консенсуса по толщине комплекса «интима-медия» 2004-2006 гг. [6], что объясняется относительной простотой, доступностью и дешевизной данного метода исследования. Взаимосвязь по прогностическому значению утолщения ТИМ и риском развития инфаркта миокарда неоднозначна, однако обнаруженные в сонных артериях атеромы (утолщение ТИМ до 1,3-1,5 мм или локальное утолщение на 0,5 мм (или на 50% от ТИМ в близлежащих участках)) нередко служат основными причинами развития ишемического инсульта [1].

Гораздо сложнее оценить состояние атером в коронарных артериях, так как обычная коронарография в большинстве случаев не дает возможности выявить среди атером нестабильные (гемодинамически значимые стенозы связаны с клинической симптоматикой), тогда альтернативой служат лучевые методы исследования. Наиболее часто применяется метод, позволяющий подсчет кальциевого индекса, который разрешает выявить раннее атеросклеротическое поражение и степень поражения коронарного русла [7].

У больных с неврологической симптоматикой, характерной для ишемии в вертебро-базиллярном бассейне, МРТ и КТ сегодня признаются методами выбора в диагностике поражения вертебральных артерий. Современные МСКТ-сканеры позволяют определить не только наличие и размер, но и структуру крупных атером, однако оценка их стабильности на основании данных МСКТ затруднена [5]. В связи с этим наиболее сложная проблема заключается в дифференцировании стабильных и нестабильных атером [2], поэтому при выборе тактики лечения бессимптомного атеросклероза необходимо руководствоваться общим уровнем кардиоваскулярного риска.

При обнаружении ранних стадий атеросклероза у молодого бессимптомного больного необходимо, в первую очередь, провести всестороннее обследование и определить общий и относительный риск сердечно-сосудистых осложнений. Минимальный объем исследований включает определение липидного спектра, уровня глюкозы крови, артериального давления (АД), объема талии, сбор семейного анамнеза, определение отношения к курению и алкоголю.

При обнаружении артериальной гипертензии в профилактику необходимо вносить коррекцию. Ситуация, при которой регистрируется систолическое АД в пределах 130-139 мм рт.ст. и/или диастолическое АД 85-89 мм рт.ст. (так называемое «высокое нормальное АД»), как и утолщение комплекса интима-медия, попадает в группу высокого риска [4]. Молодых больных необходимо заранее готовить к тому, что если они не будут придерживаться здорового образа жизни, то в будущем им придется начать использование гиполипидемических препаратов.

Согласно Канадским рекомендациям 2009 г. [3], наличие атеросклеротического поражения любого сосудистого бассейна переводит больного в группу высокого риска и требует назначения статинов с достижением целевых значений липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) <2 ммол/л вне зависимости от исходного уровня ЛПНП (в числе признаков атеросклероза Канадские рекомендации указывают наличие сосудистых шумов, стенозы коронарных артерий, атеросклеротическое поражение сонных артерий, положительный результат стресс-ЭхоКГ [3]). Однако существует группа больных, обладающих идеальным липидным спектром, у которых следует учесть дополнительные липидологические исследования, не определяемые при обычном анализе липидного спектра (оценка аполипопротеина А-1 (АпоА-1), аполипопротеина В (АпоВ), постпрандиальных триглицеридов), нелипидные факторы риска (оценка уровня гомоцистеина, фибриногена, С-реактивного белка и других маркеров воспаления, эндотелиальной функции, углеводного обмена, тиреотропного гормона), а также исключить системные заболевания и антифосфолипидный синдром [7].

У пациентов с сахарным диабетом возникновение диабетической дислипидемии, при которой повышается концентрация ЛПНП, ожидается, однако расчетный уровень ЛПНП может быть нормальным или незначительно повышенным. Тогда на наличие субклинического атеросклероза могут указывать незначительно повышенные триглицериды (ТГ) и параллельное снижение липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), что требует назначения статинов (исключая пациентов с очень высоким уровнем триглицеридов (ТГ > 700 мг/дл) и пролиферативной ангиопатией сетчатки, когда в качестве терапии первой линии будет назначение фибратов).

Пожилые больные с бессимптомной артериальной гипертензией и субклиническим атеросклерозом также относятся к группе очень высокого риска кардиоваскулярных осложнений (плавное снижение толерантности к физическим нагрузкам, короткие эпизоды ангинозных болей, которым пациенты не придают значения, обнаружение атером в коронарных артериях), что требует тщательного обследования с проведением стресс-тестов [3]. Основной целью назначения статинов в данном случае служит стабилизация атеросклеротических бляшек

и снижение риска развития инфаркта миокарда, инсульта и общей смертности.

Наличие атеросклеротической бляшки в сонных артериях повышает риск инсульта в несколько раз, и, как правило, атеросклеротическому поражению сонных артерий часто способствует коронарный атеросклероз. При стенозах внутренних сонных артерий менее 60% без клинической симптоматики показана медикаментозная терапия (применение аспирина, антигипертензивной терапии с достижением целевых цифр АД ниже 140 и 90 мм рт.ст., статинов) [1,3]. Нестабильные и изъязвленные бляшки, выявленные по УЗИ, требуют проведения максимальной гиполипидемической терапии. Согласно Американским рекомендациям, проведение реваскуляризации показано бессимптомным пациентам со стенозами внутренних сонных артерий >70% и низким риском оперативного вмешательства. Подобный большой опыт по проведению стентирования сонных артерий и эндатерэктомий имеет Российская сосудистая хирургия специализированных центров. В отношении больных с хроническими окклюзиями сонных артерий показана гиполипидемическая терапия [1].

Таким образом, неинвазивное обнаружение атеросклеротического поражения сосудистого русла у бессимптомных больных (а не только оценка липидного спектра и биохимических маркеров атеросклероза) служит доказательством прогрессирования атеросклероза и требует определения стратегии лечения и интенсивность режима гиполипидемической терапии.

Список литературы:

1. Brott TG, Halperin JL, Abbara S, Bacharach

JM, Barr JD et al. 2011 ASA/ ACCF/ AHA/ AANN/ AANS/ ACR/ ASNR/ CNS/ SAIP/ SCAI/ SIR/ SNIS/ SVM/ SVS Guideline on the Management of Patient With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease. // J Am Coll Cardiol. 2011;57 (8): 1002-1044.

2. Insull W Jr. The pathology of atherosclerosis: plaque development and plaque responses to medical treatment. // Am J Med. 2009 Jan; 122 (1 Suppl): S3-S14.

3. Genest J, McPherson R, Frohlich J et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society/ Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult—2009 recommendations. // Can J Cardiol. 2009;25 (10): 567-579

4. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A et al. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens. 2007; 25 (9): 1751-1762.

5. Ramkumar PG, Mitsouras D, Feldman CL et al. New advances in cardiac computed tomography. // Curr Opin Cardiol. 2009; 24 (6): 596-603.

6. Touboul PJ, Hennerici MG, Meairs S et al. Mannheim carotid intima-media thickness consensus (2004-2006). An update on behalf of the Advisory Board of the 3rd and 4th Watching the Risk Symposium, 13th and 15th European Stroke Conferences, Mannheim, Germany, 2004, and Brussels, Belgium, 2006. Cerebrovasc Dis. 2007; 23 (1): 75-80.

7. Драпкина О.М., Ашихмин Я.И. Субклинический атеросклероз: портрет болезни, диагностика и профилактика сердечно-сосудистых катастроф. // Сердце. 2011; 6 (62): 369-376.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ КРУПНЫХ ПОЛИПОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Стручкова Е.Ю.^{1,2}, Бархатова И.В.¹, Могильницкий И.Е.¹,
Карандова В.С.¹, Стручков В.Ю.², Воронцов А.Н.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра пропедевтики внутренних болезней
и гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме. Нами проанализирован опыт эндоскопического удаления крупных полипов толстой кишки и технические особенности операций, позволившие избежать осложнений за 12 лет. Применяемая методика эндоскопической полипэктомии за счет поэтапного алгоритма действий и прецизионной обработке слизистой и подслизистого слоя в сочетании с применением новых технологий позволяет минимизировать риски интраоперационных осложнений, таких как кровоте-

чение и перфорации, а также обеспечивает соблюдение принципов радикальности в лечении крупных полипов толстой кишки.

Ключевые слова: полипоз толстой кишки, эндоскопическая полипэктомия.

Цель работы: проанализировать опыт эндоскопического удаления крупных полипов толстой кишки и технические особенности операций, позволившие избежать осложнений.

Материалы и методы. За период с 2000 по

2012 г. 813 больным удалено 986 полипов из толстой кишки. Полипэктомия методом петлевой электроэксцизии единым блоком произведена 543 больным, у 270 больных произведена комбинированная полипэктомия, во время которой основную массу полипа отсекали диатермической петлёй, а основание полипа либо оставшиеся ткани подвергали радиоволновой или аргоно-плазменной коагуляции.

Результаты. Кровотечение при диатермической полипэктомии возникло у 1,5% больных, при этом гемостаз был обеспечен с помощью дополнительной аргоно-плазменной коагуляции, инъекцией сосудосуживающих препаратов или препарата ГЭК (гидроксиэтилкрахмала). В процессе выполнения комбинированной полипэктомии кровотечений не наблюдали. Для удаления крупных полипов в толстой кишке на широком основании отдавали предпочтение монофильной петле. Для профилактики кровотечения эффективной оказалась инъекция раствора натрия хлорида или ГЭК в основание полипа. Раствор уменьшает сопротивление ткани и тем самым удлиняет начальную фазу резания при подаче высокочастотного электрического тока. Такая

инъекция не только уменьшает риск перфорации стенки, но и препятствует обширному термическому повреждению тканей. В инъецируемый раствор добавляли несколько капель метиленового синего или индигокармина, что позволяло лучше идентифицировать структуры, расположенные под слизистой оболочкой, отделенные от нее мышечной пластинкой, выявить резидуальную ткань полипа. Крупные полипы удаляли фрагментарно, следя за тем, чтобы не оставить резидуальную ткань. Остатки полипа, выявляемые при осмотре раневой поверхности, удаляли, применяя радиоволновую или аргоно-плазменную коагуляцию (мышечную пластинку коагулировать не следует). На методику удаления получен патент.

Вывод. Применяемая методика эндоскопической полипэктомии за счет поэтапного алгоритма действий и прецизионной обработке слизистой и подслизистого слоя в сочетании с применением новых технологий позволяет минимизировать риски интраоперационных осложнений, таких как кровотечение и перфорации, а также обеспечивает соблюдение принципов радикальности в лечении крупных полипов толстой кишки.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОРСИНЧАТЫХ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Стручкова Е.Ю.^{1,2}, Бархатова И.В.¹, Могильницкий И.Е.¹,
Карандова В.С.¹, Стручков В.Ю.², Воронцов А.Н.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра пропедевтики внутренних болезней
и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме. Лечение полипов в толстой кишке в большинстве случаев сводится к их удалению. Операцией выбора является эндоскопическая полипэктомия.

Ключевые слова: полип толстой кишки, полипэктомия, аденома.

Актуальность. Основным условием успешного лечения больных раком толстой кишки является диагностика опухолевого процесса на ранних стадиях заболевания. Факторами риска в развитии колоректального рака являются наследственная предрасположенность, возраст, характер питания, наличие хронических воспалительных заболеваний и полипоз толстой кишки.

По данным различных авторов малигнизация полипов встречается в 3-8% случаев при одиночном полипе, в 14-18%-при множественных полипах и в 46 и 78% при диффузном наследственном полипозе (Беселев В.Ю., 1988, Петров В.П., Потехин А.Н., 1998, Гвидо Шахшаль, 2012).

Материалы и методы. Нами проанализированы

данные о 656 больных, оперированных по поводу полипов толстой кишки. В 60% случаев гистологическая структура полипов была представлена аденомами, из них ворсинчатая аденома выявлена у 10 % больных, тубуло-ворсинчатая у 11%, зубчатая аденома в 9% случаев. По данным статистики процент озлокачествления ворсинчатых аденом толстой кишки колеблется от 15 до 42%. Малигнизированные полипы были удалены у 9% больных. Обнаружено, что очаги аденокарциномы локализовались как в поверхностных, так и глубоких (базальных) отделах аденомы. Малигнизированные полипы в 50,8% случаев локализовались в прямой кишке, в 31%-в сигмовидной кишке, у остальных пациентов малигнизированные полипы локализовались в других отделах ободочной кишки. Всем больным проводилась эндоскопическая полипэктомия методом петлевой электроэксцизии единым блоком. Крупные стелющиеся ворсинчатые полипы удалялись фрагментарно.

Во всех случаях осуществлялась интраоперационная хромокопия или осмотр структур в режиме NBI. При хромокопии слизистая оболочка окрашивалась 0,1% раствором индигокармина в интенсивный синий цвет с последующим проведением биопсии полипа. В дальнейшем эти участки или иссекались диатермопетлей или коагулировались с применением аргонплазменной или радиоволновой коагуляции. При осмотре в NBI режиме биопсия проводилась из участков измененной слизистой оболочки с патологической перестройкой сосудистого рисунка с последующим иссечением образования. В 1,2% случаев наблюдалось незначительное кровотечение из ложа удаленного полипа, которое купировалось консервативной гемостатической терапией. Рецидивы полипов наблюдались в 3,9% случаев с последующим выполнением эндоскопической полипэктомии. Все оперированные больные находились под динамическим наблюдением. После удаления доброкачественных полипов первый осмотр – хромокопия или осмотр в NBI-режиме производили через полгода, а при ворсинчатых опухолях – каждые 3 месяца. в течение первого года после удаления. После удаления озлокачествленных полипов в 1-й год после операции проводился ежемесяч-

ный осмотр, на 2-м году наблюдения – каждые 3 месяца. Спустя 2 года после полипэктомии проводились регулярные осмотры каждые 6 мес. В первые 2 года после удаления доброкачественных новообразований возникновение рецидива отмечено у 13 % больных, а новые полипы в различных отделах толстой кишки – у 7% пациентов. В дальнейшем при наблюдении больных в течение 5 лет риск рецидива значительно снизился и к концу периода наблюдения составил 2,3%. Появление рецидива служило показанием к срочному повторному оперативному вмешательству.

Выводы. Использование метода хромоколоноскопии или осмотр в режиме NBI при диагностических колоноскопиях и интраоперационно позволяет выявлять очаги дисплазии и малигнизации полипов, осуществлять адекватное эндоскопическое оперативное вмешательство, снижая риск развития рецидива полипов и малигнизации. Хорошие отдаленные результаты пятилетнего наблюдения, низкий процент послеоперационных осложнений и рецидивов эндоскопических полипэктомий позволяют рассматривать эндоскопическое удаление малигнизированных ворсинчатых аденом из толстой кишки как операцию выбора.

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА

Стручкова Е.Ю.^{1,2}, Фомин В.С.², Черепянцев Д.П.¹, Бархатова И.В.¹,
Воронцов А.В.¹, Стручков В.Ю.², Могильницкий И.Е.¹, Карандова В.С.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра пропедевтики внутренних болезней
и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме. В данной работе продемонстрирован опыт лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями за 5 лет. Принимая во внимание не уменьшающуюся частоту регистрации желудочно-кишечных кровотечений в последние годы, проблема малоинвазивного лечения подобных больных представляет собой актуальную задачу современного здравоохранения. Активное использование комбинированных методик локального гемостаза с возможностью круглосуточной реализации любого из вышеописанных способов должно способствовать снижению процента как рецидива, так и необходимости выполнения операции «отчаяния», что значительно снизит показатели осложнений и летальности у данной тяжелой группы пациентов.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, эндоскопический гемостаз.

Актуальность. Среди «проблемных» заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии на

протяжении десятилетий считаются гастродуоденальные кровотечения. Несмотря на многочисленные научно-технические достижения и национальные клинические рекомендации РОХ (Российское Общество Хирургов) по язвенным желудочно-кишечным кровотечениям (ЖКК), принятые в 2014 г., до настоящего времени остаются дискуссионными различные варианты лечебно-диагностических подходов к достижению эффективного гемостаза. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями – сложная проблема, требующая привлечения значительного количества специалистов, а именно тесного взаимодействия эндоскопистов, хирургов и анестезиологов-реаниматологов. Общая летальность от язвенных ЖКК по ГКБ №52 составила 2,1%, а послеоперационная летальность по поводу язвенных ЖКК составила 15,4% случаев. Учитывая высокий уровень летальности после экстренных операций по поводу ЖКК и все

более популярную активно-выжидательную тактику, именно эндоскопистам отводится наиболее важная роль в лечении гастроудоденальных кровотечений.

Цель работы: ретроспективный анализ различных вариантов эндоскопического гемостаза.

Материалы и методы. В данной работе нами был представлен опыт лечения 722 больных, поступивших в период с января 2010 по март 2015 года, в хирургические отделения ГБУЗ «ГКБ №52» ДЗМ с диагнозом: «Желудочно-кишечное кровотечение». Следует отметить что в данный анализ были включены пациенты исключительно с язвенным гастроудоденальным поражением. Всем пациентам при поступлении в стационар выполнялось стандартное обследование, включающее осмотр хирурга приемного отделения, ОАК и проведение экстренной эзофагогастроудоденоскопии (ЭГДС) после промывания желудка.

Средний возраст пациентов составил $54,72 \pm 9,34$ лет, что еще больше подчеркивает социальную значимость изучаемой проблемы. Гендерное распределение характеризовалось значительным превалированием доли мужского населения в изучаемой группе: мужчин 513 (71,0%), женщин 209 (29,0%). Основная масса пациентов была госпитализирована в сроки до 24 часов с момента начала заболевания, однако примерно 1/4 больных поступала с большей экспозицией амбулаторного периода.

За основу ведения больных нами были взяты национальные клинические рекомендации, разработанные Щеголевым А.А. и принятые на согласительной конференции в Воронеже в 2014 г, а также нормативные документы (приказы ДЗМ №№ 181 и 320 соответственно), МЭЛС г. Москвы.

Результаты. При проведении экстренной ЭГДС было выявлено, что источником кровотечения у 378 (52,3 %) – язвы желудка, у 290 больных (40,2 %) была выявлена язва двенадцатиперстной кишки, у 29 (4,0 %) – сочетанная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 21 (2,9 %) – язва гастродуоденальной анастомоза, и у 34 (2,6%) пациентов мы столкнулись с синдромом Дъелафуа (ангиодисплазия-сосудистая мальформация с локализацией в субкардиальном отделе желудка).

Для оценки источника кровотечения мы использовали классификацию язвенных гастродуоденальных кровотечений по Forrest (J.Forrest 1987):

Forrest 1A – 96 (13,3%) больных
Forrest 1B – 134 (18,6%) больных
Forrest 2A – 143 (19,8%) больных
Forrest 2B – 175 (24,2%) больных
Forrest 2C – 128 (17,7%) больных
Forrest 3 – 46 (6,4%) больных

При наличии сгустка в дне язвы он полностью удалялся с помощью орошения с последующей обработкой язвы с целью правильной диагностики подлежащих повреждений с воздействием на них гемостатическими, фармацевтическими или комбинированными методами. Следует отметить что в 67% (n=484) случаев мы столкнулись

с острыми язвами, и только в 33% (n=238) причиной кровотечения явилось осложненное течение язвенной болезни. В 75,9% случаев (n=548) нами проводился лечебный либо профилактический эндоскопический гемостаз в зависимости от интенсивности кровотечения, в 24,1% (n=174) больных источник кровотечения был оценен по классификации J.Forrest 2C и 3, что не потребовало каких-либо действий.

Основные методы эндоскопического гемостаза, использованные нами:

- инъекционный метод (гипертонический раствор + раствор адреналина) – в 38% случаев (n=274);
- комбинированный метод (инъекционный метод с последующей диатермокоагуляцией) – в 27% случаев (n=195);
- комбинированный метод – (инъекционный метод с последующей аргон-плазменной коагуляцией) – в 27% случаев (n=194);
- клипирование одиночного сосуда в язве – у 9% больных (n=43).

Всем больным после проведения эндоскопического гемостаза проводилось контрольное эндоскопическое исследование через 2 часа с оценкой эффективности гемостаза.

Эндоскопические методы гемостаза в группе больных с язвенными кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта позволили остановить кровотечение в 89,2%. Добиться окончательной остановки кровотечения при применении изолированно инъекционной методики удалось в 65,38% (n=179). У 95 пациентов (34,6%) при проведении контрольной ЭГДС был выявлен рецидив кровотечения в связи с недостаточной эффективностью данной методики в моно-варианте.

При использовании комбинированного метода, включающего в себя инъекционный метод с последующей диатермокоагуляцией (n=195), удалось добиться надежного гемостаза с первой попытки в 89,8% (n=175) наших наблюдений, в остальных 10,2% (n=20) был обнаружен рецидив кровотечения.

При применении комбинированного метода с использованием инъекционного метода с последующей аргон-плазменной коагуляцией (n=194) остановить кровотечение с первой попытки удалось в 92,6% (n=180) наблюдений, у 14 больных возник рецидив.

При клипировании одиночного сосуда в язве (n=43), в 95,4% (n=41) наших наблюдений рецидива кровотечения не наблюдалось, однако у 2 (4,6%) больных возник рецидив кровотечения из-за миграции клипс, что потребовало повторного эндоклипирования сосуда.

Используя фармакологический гемостаз, мы преследуем цели: формирование тромба, ректракция тромба, защита тромба от лизиса. Реализация сосудисто-тромбоцитарного и гемокоагуляционного компонентов гемостаза происходит при pH > 4,0 (Lanas A., Artal A., Bias J., et al. Effect of parenteral omeprazole and ranitidine on gastric pH and the outcome of bleeding peptic ulcer. // J Clin

Gastroenterol.–1995. Vol. 21(2).–p. 103-106). Поэтому, наряду с проведением эндоскопического гемостаза с первых часов госпитализации больного, мы проводили таргетную антисекреторную противоязвенную терапию путем применения современных антисекреторных средств, а именно–ингибиторов протонной помпы (внутривенно болюсно с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов).

Оперировано было 10,8% больных (n=78), среди них 53 (67,8%) экстренных операций в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и 25 (32,2%) срочных оперативных вмешательств в связи с высоким риском рецидива кровотечения.

Общая летальность по ГКБ №52 по язвенным гастродуоденальным кровотечениям составила 2,1%(n=15).

Заключение. Принимая во внимание не уменьшающуюся частоту регистрации желудочно-кишечных кровотечений в последние годы, проблема малоинвазивного лечения подобных больных представляет собой актуальную задачу современного здравоохранения. Согласно результатам нашей клиники мы с уверенностью можем сказать что «золотым стандартом» эндоскопического гемостаза у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями являются комбинированные методики (инфильтрация+диатермокоагуляция, либо АПК, либо клипирование) с возможностью круглосуточной реализации любого из вышеописанных способов. А залогом успеха выздоровления данной группы пациентов является комплексный подход, включающий в себя, помимо эндоскопического воздействия, медикаментозный гемостаз.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ Т-ХПН, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАТЭКТОМИЮ

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е., Сысоев А.М., Соколов А.А.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Актуальность. Основными и наиболее частыми показаниями к удалению нефункционирующего почечного трансплантата в позднем периоде после пересадки являются хронический пиелонефрит трансплантата в стадии активного течения и синдром хронического отторжения или, говоря другими словами, клинические и лабораторные проявления хронической трансплантационной нефропатии (ХТН). Однако симптомы обострения пиелонефрита трансплантированной почки и ХТН очень схожи. Отмечается повышение температуры тела, гриппоподобное состояние, реципиенты предъявляют жалобы на ощущение дискомфорта в области пересаженной почки, при пальпации последней выявляется увеличение, напряженность, болезненность. В диагностике острого пиелонефрита, ведущую роль продолжают сохранять традиционные методы: общий анализ мочи, исследование мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи. Однако из-за нарушений воспалительного ответа на фоне иммуносупрессивной терапии (если она не отменена), трактовка результатов рутинных лабораторных исследований затруднена, а при анурии она не возможна. В настоящее время диффдиагностика хронического отторжения трансплантата и активного течения пиелонефрита у пациентов с рецидивом Т-ХПН представляет большие сложности, особенно у больных с анурией.

Ключевые слова: пиелонефрит, синдром хро-

нического отторжения, рецидив терминальной стадии хронической почечной недостаточности (Т-ХПН), трансплантированная почка, трансплантатэктомия.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с пересаженной почкой и рецидивом Т-ХПН.

Материалы и методы. В период с марта 2014 по сентябрь 2015 г. нами выполнена трансплантатэктомия (ТЭ) у 18 пациентов (11 женщин, средний возраст 50 лет) с рецидивом терминальной стадии почечной недостаточности (Т-ХПН). У двух больных рецидив Т-ХПН развился после повторной пересадки почки, в одном случае была родственная трансплантация от матери. У 12 больных причиной первоначальной Т-ХПН был хронический гломерулонефрит, диабетическая нефропатия у 2, поликистоз почек у 2, в двух случаях причину нефропатии выявить не удалось. Среднее время от трансплантации почки до рецидива Т-ХПН составило 11 лет, а средний интервал между возобновлением гемодиализа и удалением почечного трансплантата – 9.9 месяцев.

Показанием к ТЭ у 5 больных явился синдром хронического отторжения, проявляющийся повышением температуры тела, местными симптомами, макрогематурией (у 2-х пациентов), лабораторными признаками хронической воспалительной реакции (анемия, снижение трансферина, повышение ферритина, С-реактивного

белка, гипопроотеинемия, гипоальбуминемия). У 5 пациентов показанием к ТЭ был синдром хронического отторжения и активный пиелонефрит трансплантата (АПТ), в 8 случаях выставлен только АПТ. Таким образом, диагноз «активный пиелонефрит пересаженной почки» имели 13 больных на дооперационном этапе. Необходимо отметить, что все они получали длительную антибактериальную терапию.

Результаты. Интраоперационно макроскопическая картина гнойного пиелонефрита отмечена у 5 пациентов (рис. № 1).

За наличие АПТ мы принимали гистологическую картину, предложенную В.В. Серовым и Т.Н. Гензен в 1973 году, т.е. наличие скоплений лейкоцитов в интерстиции, перитубулярно с формированием микроабсцессов, выявление нейтрофилов в просвете канальцев. Для оценки острого или хронического отторжения трансплантата использовались критерии классификация Banff. Наряду с признаками хронического отторжения трансплантата, гистологическая картина АПТ имела у 4 пациентов. Таким образом, принимая во внимание макро- и микроскопическую картину, активное течение хронического пиелонефрита подтверждено только у 9 пациентов.

При сопоставлении клинических, лабораторных, инструментальных данных с результатами патоморфологического исследования мы не выявили статистически достоверной связи какого-либо параметра с гистологической картиной АПТ, что обусловлено небольшим числом наблюдений и отсутствием бактериологических исследований у большинства пациентов. Однако интересным оказался факт, что у всех пациентов с гепатитом С имел место морфологически подтвержденный АПТ. Гектическая лихорадка и высокий лейкоци-

тоз (более $20 \times 10^9/\text{л}$) во всех случаях ассоциировались с морфологически верифицированным активным пиелонефритом. МСКТ и МРТ показали 100% чувствительность и специфичность у больных с гнойно-деструктивной формой пиелонефрита.

Выводы. Гипердиагностика острого пиелонефрита трансплантата была в 22.2% случаев. У трансплантированных пациентов в рецидивом Т-ХПН, у которых проводится дифдиагностика хронического отторжения трансплантата и активного течения пиелонефрита пересаженной почки до назначения антибактериальных препаратов обязательным условием является взятие посева мочи при наличии диуреза. У больных с анурией диагноз активного течения пиелонефрита, а, следовательно, и эмпирическое назначение антибактериальных препаратов, могут быть основаны на анамнезе (частые атаки пиелонефрита при условии подтверждения последнего бактериологическими данными, наличие урологических осложнений или заболеваний после трансплантации почки). Лучевые методы диагностики (УЗИ, МСКТ, МРТ) должны быть выполнены всем пациентам, однако при отсутствии гнойной формы пиелонефрита эти методы малоинформативны.

Принимая во внимание, что наиболее частыми осложнениями трансплантатэктомии являются гнойно-септические и геморрагические, назначение антибактериальной терапии по поводу активного течения пиелонефрита в предоперационном периоде должно основываться на строгих показаниях, так как нерациональное использование антибиотиков у пациентов в условиях значительного сниженного иммунитета может быть существенным фактором негативного прогноза в послеоперационном периоде.

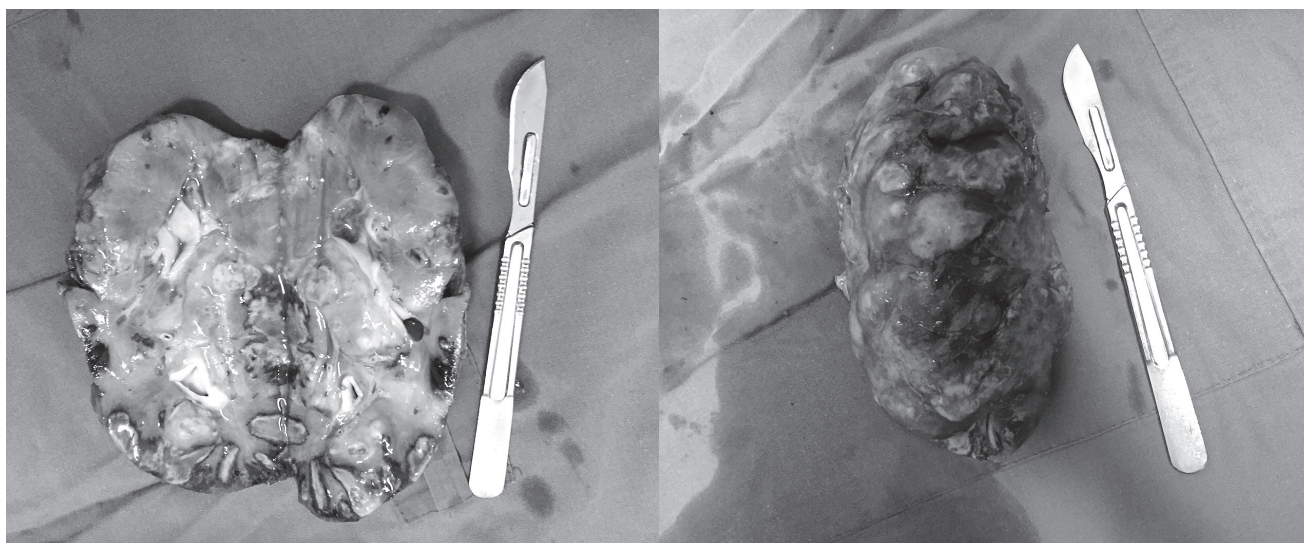


Рисунок 1. Макроскопическая картина гнойной формы пиелонефрита трансплантированной почки (множественные карбункулы).

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е., Морозов Н.В.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Актуальность. Недержание мочи при напряжении (НМПН)—одно из самых распространенных урологических заболеваний у женщин, существенно нарушающее качество жизни больной. По результатам отечественных исследований около 40 % женщин отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи, а по данным International Continence Society (ICS), в США и странах Европы до 35% женщин страдают НМПН. В течение последних десятилетий отмечается значительный рост интереса к данной проблеме среди врачей-урологов и гинекологов в связи с разработкой современных методов диагностики и лечения, как медикаментозного, так и оперативного. Однако оперативному лечению в нашей стране подвергаются не более 3% пациенток.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи у женщин. TVT-O. TOT.

Материалы и методы. В период с марта 2014 по октябрь 2015 г. нами выполнена установка субуретральной синтетической петли трансобтураторным доступом у 17 пациенток. В 6 случаях использована методика TVT-O (TVT-OTM, Gynecare TVT Obturator System; Eticon, Somerville, NJ, USA), у 11 больных—методика TOT (UREAS Tape H, BRAUN). Средний возраст пациенток составил 61 год (41–84). Показанием к операции явилось наличие симптоматического недержания мочи при напряжении либо смешанного недержания мочи с преобладанием стрессового компонента, наличие положительного результата кашлевого теста. Противопоказанием к хирургической коррекции было наличие пролапса тазовых органов II и более степени выраженности, наличие инфекции мочевых путей и нейрогенных расстройств мочеиспускания, лучевая терапия в анамнезе, планирующие беременность пациентки. При выявлении стрессового недержания мочи и цистоцеле II и выше степени в классификации POP-Q ICS проводили одномоментно слинговую операцию и экстраперитонеальную влагалищную кольпопексию с использованием Elevate anterior (American Medical Systems, USA)—выполнено у 2 пациенток.

Комплекс предоперационного обследования включал беседу с пациенткой, сбор анамнеза с заполнением опросника по оценке качества жизни (10-балльная аналоговая шкала), дневника мочеиспускания в течение 3-х дней, осмотр на гинекологическом кресле с выполнением кашлевой пробы и пробы с натуживанием (проба Вальсальвы) в том числе в положении стоя, УЗИ органов мочевой системы с определением остаточной мочи. У всех больных оценивался рад-тест. Ком-

плексное уродинамическое исследование не проводилось.

Все операции выполнены под спинальной анестезией. Средняя продолжительность хирургического вмешательства составила 35 минут, при дополнительной коррекции цистоцеле—75 мин. Интраоперационных осложнений не отмечено. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером в течение 24 часов. Больные активизировались на следующие сутки. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 3 дня, в случае дополнительной коррекции цистоцеле—5 дней. В раннем послеоперационном периоде отмечена задержка мочеиспускания у одной больной в связи с формированием гематомы под уретрой, после опорожнения последней по средством проведения пуговчатого зонда между швами мочеиспускание восстановилось.

Всем пациенткам после операции определялся объем остаточной мочи с помощью ультразвукового метода исследования (УЗИ). Максимально допустимым объемом остаточной мочи считался 100 мл. Послеоперационное наблюдение за пациентками осуществлялось посредством их визита на повторный осмотр в отделение через 1,3 месяца. Во всех случаях проводился осмотр с проведением «кашлевого» теста, измерением остаточной мочи. Оценка эффективности хирургического лечения после операции производилась в соответствии со следующими критериями—субъективными (наличие жалоб на НМПН по данным опросников) и объективным (результат кашлевого теста). Все пациентки были анкетированы по оценке качества жизни после операции, а также в отношении наличия болевого синдрома. Для оценки качества жизни использовалась 10-вариантная аналоговая шкала.

Результаты. Через 1,3 месяца субъективная удовлетворенность результатом лечения отмечена у 16 больных (84%), у 2 больных нарастала ирритативная симптоматика и urgentное недержание мочи, однако стрессового недержания мочи не отмечалось при объективной оценке. Симптомы с успехом купировались назначением солифенацина в дозе 5 мг х 1 р/д. У одной пациентки сохранялись элементы стрессового недержания мочи, однако их выраженность была объективно значительно ниже, необходимо отметить, что у данной больной до операции практически отсутствовал акт мочеиспускания в связи с тотальным недержанием. Ни одна больная не предъявляла жалобы на боль в промежности, также мы ни в одном случае не выя-

вили хронической задержки мочеиспускания. **Выводы.** Хирургическое лечение стрессового недержания мочи у женщин – эффективный и безопасный метод. Также это более экономически выгодный вариант лечения в сравнении с медикаментозной терапией и ежедневным исполь-

зованием прокладок. Необходимо проактивное выявление жалоб на недержание мочи особенно у женщин в постменопаузе в амбулаторно-поликлиническом звене, информирование пациентов о безопасности и эффективности хирургического вмешательства.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТОЦЕЛЕ

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е., Морозов Н.В.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Актуальность. Проплапс тазовых органов – широко распространенная патология, которая при ежегодных гинекологических осмотрах регистрируется у 30-37% всех женщин и примерно у 50% пациенток старше 50 лет. В то же время известно, что 34-56% женщин с этой патологией не предъявляют никаких жалоб, т.е. являются клинически здоровыми. При I-II стадии пролапса тазовых органов, когда нет клиники, показано лишь наблюдение. Однако тазовый пролапс III-IV стадии оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни больных, приводя к социальной, профессиональной и семейной дезадаптации. Наиболее частыми симптомами являются ощущение инородного тела во влагалище, нарушение мочеиспускания. В настоящее время в хирургическом лечении все чаще применяются различные сетчатые импланты, устанавливаемые влагалищным доступом.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, цистоцеле, Mesh-технологии.

Материалы и методы. В период с декабря 2014 по октябрь 2015 г. нами выполнена экстраперитонеальная влагалищная кольпопексия с использованием сетчатого импланта Elevate anterior (American Medical Systems, USA) у 6 пациенток. Показанием к операции явилось наличие жалоб на ощущение инородного тела во влагалище. Объем хирургического пособия заключался в трансвагинальной реконструкции тазового дна и влагалища по методике TVM (Tension free Vaginal Mesh). В 2 случаях, у пациенток с стрессовым недержанием мочи одновременно выполнена установка субуретральной синтетической петли по методике TOT (UREAS Tape H, BRAUN). Средний возраст больных составил 58 лет (53-62).

Пациентки были обследованы до операции и через 6 мес после нее. Комплекс обследования включал: изучение жалоб и анамнеза заболевания, лабораторные исследования крови и мочи, определение объема остаточной мочи, оценку субъективных симптомов и качества жизни по анкете SEAPI-QMM. Этот опросник позволя-

ет оценить частоту и urgency мочеиспускания, выявить недержание мочи при физической нагрузке, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, определить потребность в гигиенических средствах (прокладках), уровень психологической тревожности. Качество жизни до и после операции оценивали по 6 критериям: очень хорошо – 0 баллов; хорошо – 1; удовлетворительно – 2; смешанное чувство – 3; неудовлетворительно – 4; с неудовольствием – 5; с огорчением – 6. Стадию влагалищного пролапса устанавливали в соответствии с системой Baden—Walker, согласно которой выраженность пролапса тазовых органов определялась их расположением относительно вульварного кольца, анатомической границей которого являются остатки девственной плевы. Все пациентки осматривались гинекологом и терапевтом.

Все операции выполнены под спинальной анестезией. Средняя продолжительность хирургического вмешательства составила 80 мин. Интраоперационных осложнений не отмечено. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером в течение 24 часов, тампон из влагалища удаляли на 1 сутки. После удаления катетера мочеиспускание восстановилось у всех пациенток. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 4.5 дней. Цистоцеле корригировано во всех случаях. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было.

Результаты. При осмотре через 6 мес все пациентки были удовлетворены результатом операции, жалоб на наличие инородного тела во влагалище не предъявляли, качество жизни оценивали как хорошее и удовлетворительное. Рецидива цистоцеле не отмечено ни в одном случае (рис. №1). Мы также не выявили обструктивного типа мочеиспускания.

Все больные вели половую жизнь без явлений диспареунии. Одна больная отмечала умеренную боль в промежности в раннем послеоперационном периоде в течение 1 месяца, в дальнейшем боль не беспокоила. У одной паци-



А

Б

Рис. 1. Цистоцеле до операции (А) и после (Б).

ентки развилось недержание мочи de novo, которое скорректировано слинговой операцией. У одной больной спустя 2 недели после операции отмечена эрозия слизистой передней стенки влагалища. Участок слизистой был иссечен и назначен крем «Овестин» местно с хорошим эффектом, повторного хирургического лечения не потребовалось.

Выводы. Наш скромный опыт хирургического лечения цистоцеле подтверждает литературные данные об эффективности и безопасности Mesh-технологий. Несмотря на то, что современ-

ные сетчатые импланты и совершенствование хирургического подхода, позволяют добиться минимального количества осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, больные должны быть предупреждены о возможной боли в промежности, которая практически в 100% случаев самостоятельно проходит через 1-2 мес, о возможном недержании мочи de novo и необходимости дополнительной хирургической коррекции, об эрозии слизистой влагалища, которая в подавляющем большинстве случаев лечится консервативно.

НЕФРЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С Т-ХПН И АКТИВНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е., Сысоев А.М., Соколов А.А.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Актуальность. У ряда пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (Т-ХПН), развивается активный пиелонефрит, зачастую приводящий к развитию уросепсиса. Это, как правило, больные с поликистозом почек, пациенты, у которых причиной Т-ХПН явилось урологическое заболевание (МКБ, патология, приводящая к нарушению оттока мочи из верхних мочевых путей), либо больные с декомпенсированным сахарным диабетом. Выполнение нефрэктомии у таких больных сопряжено с серьезными осложнениями, порой приводящими к летальному исходу. В настоящее время окончательно не решен вопрос об объеме и времени нефрэктомии у больных с Т-ХПН и активным течением пиелонефрита.

Ключевые слова: Т-ХПН, пиелонефрит, сепсис, билатеральная нефрэктомия.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с Т-ХПН и активным течением

пиелонефрита.

Материалы и методы. В период с марта 2014 по сентябрь 2015 г. нами выполнена одномоментная билатеральная нефрэктомия у 15 (I группа), поочередная билатеральная нефрэктомия у 4 (II группа), односторонняя нефрэктомия у 7 пациентов (III группа).

Показанием к оперативному лечению во всех случаях был активный пиелонефрит. Причиной развития Т-ХПН в I группе явился поликистоз почек у 6, МКБ у 5, множественные кисты почек у 1, уретерогидронефротическая трансформация с обеих сторон у 2 (в одном случае на фоне нейрогенного мочевого пузыря, в другом — в следствии рака мочевого пузыря) и СД 1 типа у 1 больного. Во II группе заболевания, приведшие к Т-ХПН, распределились следующим образом: поликистоз у 3, МКБ у 1 больного, а у пациентов III группы — поликистоз у 3, МКБ у 2 и у 2 пациентов уретерогидронефротическая трансформация.

ция (в одном случае после операции Штудера, в другом – вследствие инфравезикальной обструкции на фоне аденомы простаты). Необходимо отметить, что подавляющее большинство больных были направлены из других лечебных учреждений, где получали консервативное лечение, в том числе антибактериальную терапию, препаратами широкого спектра действия, многим больным (58%) выполнялись малоинвазивные вмешательства, направленные на восстановление оттока мочи, дренирование кист.

Мы сопоставили большое количество факторов для ретроспективного анализа. Ряд данных представлены в табл № 1.

Результаты. В I группе летальность в раннем послеоперационном периоде (в среднем через 9.3 суток) составила 60%, во II группе – 75% (один пациент скончался через 1.5 часа после второго этапа поочередной нефрэктомии, дру-

гой через 1 месяц, третий через 3 недели), в III группе в течение от 2 до 6 месяцев наблюдения летальных исходов не было. У всех умерших пациентов оперативное лечение не предотвратило прогрессирование сепсиса, а скорее, усугубило его. Предикторами неблагоприятного исхода являлись: сепсис в предоперационном периоде, программный диализ, поликистоз почек, гнойная форма пиелонефрита, продолжительная антибактериальная терапия препаратами широкого спектра в стационаре, предшествующие вмешательства на почках и одномоментная билатеральная нефрэктомия. Все умершие больные имели более трех вышеуказанных факторов, напротив, у выживших пациентов их было менее 3.

Выводы. Одномоментная билатеральная нефрэктомия – относительно безопасный и эффективный метод лечения у пациентов с Т-ХПН, на-

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от ретроспективно анализируемых характеристик.

Анализируемый фактор	I группа (15 больных)	II группа (4 пациента)	III группа (7 пациентов)
Возраст более 60 лет	8	2	5
Поликистоз почек	6	3	3
Программный диализ	8	2	3
Предшествующее стационарное лечение по поводу активного пиелонефрита	12	3	4
Антибактериальная терапия более 2-х недель до операции	15	3	4
Карбапенемы/цефоперазон сульбактам до операции	6	2	2
Малоинвазивное вмешательство на почках	8	2	2
Сепсис	6	2	1
Гнойный пиелонефрит двусторонний	3	2	-
Гнойный пиелонефрит односторонний	8	2	6
Лапаротомия	8	2	-
Люмботомия	5	2	7
Лапароскопия	2	-	-
Продолжительность операции (мин)	160	145	80
Интраоперационная кровопотеря более 500 мл	8	1	2
Послеоперационное кровотечение	3	1	-
Нагноение в ране	4	3	3

ходящихся в удовлетворительном состоянии.

У больных с большим количеством предикторов неблагоприятного прогноза необходимо дифференцировано подходить к вопросу об одномоментной билатеральной нефрэктомии, так как послеоперационная летальность близка к 100%. Данную операцию необходимо рассматривать как «операцию отчаяния» и выполнять ее только при подтвержденном гнойно-деструктивном пиелонефрите в обеих почках. Вероятно, целесообразна поэтапная нефрэктомия, начиная со стороны большего поражения, либо где патологический процесс протекает более длительно, однако это предположение требует дальнейшего изучения. При наличии гнойного пиелонефрита с одной стороны необходимо ограничиться только односторонней нефрэктомией.

В рамках вышеописанного очевидным становится факт актуальности «профилактической санационной» билатеральной нефрэкто-

мии в «холодном периоде» у больных группы риска. Данная группа может быть характеризована следующими признаками: Т-ХПН, наличие урологического заболевания (МКБ, уретерогидронефротическая трансформация с обеих сторон в силу различных причин), аномалии развития мочевых путей (наиболее часто – поликистоз почек), присутствие в верхних мочевых путях стентов, нефростом, рецидивирующее течение пиелонефрита, сахарный диабет, проведение гемодиализа через сосудистый катетер, высокий уровень ферритина (более 500 нг/мл, согласно литературным данным). В случае развития у данной категории больных активного пиелонефрита до назначения антибактериальной терапии необходимо бактериологическое обследование из нескольких локусов (как правило, посев мочи и крови), неэффективность консервативного лечения в течение 2-3 суток должна расцениваться как показание к оперативному лечению.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ ОБЪЕМОВ ПОСЛЕ СУПЕРСЕЛЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Трушкин Р.Н., Ванюков А.Е.,
Сысоев А.М., Бабаян Г.Р.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. При наличии показаний к оперативному лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) «золотым стандартом» остается трансуретральная резекция (ТУР) при объеме предстательной железы до 80 см³. Осложнения, возникающие у пациентов после «открытых» операций, ведут к разработке новых малоинвазивных и комбинированных методов лечения ДГПЖ. Одним из таких методов является эмболизация артерий простаты (ЭАП) с последующей ТУР предстательной железы.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция, эмболизация.

Материалы и методы. Пролечено 17 больных с ДГПЖ большого объема путем трансуретральной резекции предстательной железы после суперселективной ЭАП. Средний возраст пациентов составил 65 лет (56-74 года). Средний объем предстательной железы 140 мл (80-200). ПСА от 2.23 до 4.94 нг/мл. Средний результат по шкале IPSS 26 (от 17 до 35), QoL 4-5. Q max в среднем 8.5мл/с (от 5 до 12 мл/с). Время выполнения ЭАП составило 93±24 мин. При УЗ-контроле на 2 сутки после ЭАП отмечено уменьшение размеров простаты на 25-30%, в среднем 98 мл (60-140 мл). ТУР про-

статы выполнялась на 2-3 сутки после ЭАП.

Результаты и обсуждение. Оценку данной методики мы проводили непосредственно интраоперационно, в ближайший послеоперационный период. Среднее время операции составило 90±15 минут. Интраоперационно отмечалось практически полное отсутствие кровотечения. Уретральный катетер удалялся на 3-4 сутки. У всех пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание. При УЗ-контроле остаточная моча не определялась. Урофлоуметрия: Q max в среднем 14 мл/с (от 12 до 16 мл/с). Средний результат оценки жалоб больного по системе IPSS составил 4,2; уровень качества жизни – 1,9 балла.

Выводы. Основной принцип комбинированного хирургического метода лечения ДГПЖ – сокращение сроков госпитализации без ухудшения качества оказываемых услуг. ЭАП позволяет снизить риск послеоперационных осложнений (кровотечение, инфекционные осложнения). Ограниченное время электрического воздействия снижает риск непреднамеренного ожога тканей, а отсутствие интраоперационного кровотечения снижает необходимость длительной коагуляции, в связи с чем дизурические явления после удаления катетера пациентов не беспокоят.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИСТПРОСТАТВЕЗИКУЛЭКТОМИЯ, УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ МЕТАХРОННЫМ РАКОМ ЛОХАНКИ ЛЕВОЙ ПОЧКИ (ИМПЛАНТАЦИОННЫЙ MTS В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ pT2N0M0 И СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННЫМ РАКОМ ПРОСТАТЫ pT2N0M0)

Трушкин Р.Н., Сысоев А.М., Щеглов Н.Е.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. В практической онкологии под первичной множественностью опухолей (ПМО) понимают независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований. При этом пораженными могут быть не только отдельные органы различных систем, но и парные или мультицентрически один из органов. В данной статье мы представляем вашему вниманию историю болезни пациента, оперированного по поводу имплантационного метастаза рака лоханки левой почки в мочевой пузырь. Как находка, при морфологическом исследовании материала у пациента диагностирована аденокарцинома предстательной железы. Из особенностей обращает на себя внимание относительно молодой возраст пациента. Особое внимание стоит уделить выбору метода деривации мочи.

Ключевые слова: рак лоханки, рак простаты, имплантационный метастаз, макрогематурия, нефрэктомия, цистпростатвезикулэктомия, пиелонефрит, деривация мочи.

В России высока распространённость рака предстательной железы (РПЖ), который занимает 4-е место среди всех злокачественных новообразований у мужчин и 3-е – в структуре смертности мужского населения старше 70 лет [1]. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 5,7%, смертности – 4,8%, а среди мужчин 40–49 лет показатель заболеваемости вырос за 10 лет более чем в три раза. По прогнозам, из тысячи сорокалетних мужчин в России на протяжении предстоящей жизни 10 рискуют заболеть раком предстательной железы и 7 – умереть от данного заболевания [2].

Опухоли почечной лоханки составляют от 2 до 10% опухолей почки. Мужчины болеют в 2 раза чаще женщин. У 40–60% больных плоскоклеточным раком лоханки обнаруживаются мочевые камни. По морфологическому строению различают уротелиальный (переходно-клеточный) рак – 80–85%, плоскоклеточный рак (10–15%), отличающийся неблагоприятным течением и плохим прогнозом, а также редкие формы рака – аденокарцинома, эпидермоидный рак. Переходно-клеточная папиллома в 60% характеризуется мультицентрическим характером поражения, не прорастает слизистую оболочку, однако может давать метастазы [3]. Наличие опухоли верхних мочевых путей значительно увеличивает риск развития но-

вообразования мочевого пузыря. Установлено, что переходно-клеточный рак мочевого пузыря развивается у 30–50% больных раком почечной лоханки. Значительно выше (до 75%) частота последующего выявления рака мочевого пузыря при мультифокальном поражении верхних мочевых путей, в 70% случаев опухоли мочевого пузыря развиваются в первые два года после возникновения новообразования верхних мочевых путей [4].

Клинический случай. Пациент Л., 44 года, госпитализирован в урологическое отделение ГКБ №52 19.01.2015 г. по наряду скорой медицинской помощи с направительным диагнозом «макрогематурия». Жалобы при поступлении на примесь крови в моче.

Anamnesis morbi: В 2008 г по поводу рака лоханки левой почки выполнена нефруретерэктомия слева с резекцией мочевого пузыря (г. Киев). Гистология – папиллярный рак почки с очагами переходно-клеточного строения. Периодически наблюдается у онколога по месту жительства. Проводилась иммунотерапия. При контрольном обследовании диагностировано объемное образование мочевого пузыря. Планировалась госпитализация в онкологический стационар в плановом порядке для верификации образования и определения тактики дальнейшего лечения. Однако, 18.01.15 пациент отметил безболезную макрогематурию, в связи с чем госпитализирован в урологическое отделение ГКБ №52 по наряду скорой медицинской помощи.

Объективно: состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела – нормальная (36,7 °C). В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Рс- 86 в 1 мин. АД 130 и 80 мм. рт. ст. СОР-тоны приглушены, ритмичны. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Слева п/о рубец без признаков активного воспаления и грыжевых выпячиваний. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Моча с примесью крови. Наружные половые ор-

ганы развиты правильно. Мошонка не увеличена в размерах, яички в мошонке, безболезненные, обычной формы и размеров.

Per rectum: Тонус сфинктера в норме. Предстательная железа не увеличена, эластической консистенции, безболезненная. Срединная бороздка сохранена, слизистая над железой подвижная. Патологических образований не определяется.

УЗИ почек: Левая почка не визуализируется (оперативно удалена). Правая почка: топография обычная, подвижна, контуры ровные; размерами 102x52 мм, толщина паренхимы 17 мм, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, ЧЛС не расширена, конкрементов не выявлено. Область надпочечников не изменена. Мочеточники не расширены. Предстательная железа (исследование проводилось трансабдоминально): 32x24x24 мм, V 9.5 см³. Форма обычная, контуры четкие, ровные, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, структуры дифференцируются четко, дополнительных включений и узловых образований не выявлено. Семенные пузырьки расположены симметрично, справа 6 мм, слева 6 мм, эхогенность и структура обычная. Мочевой пузырь заполнен, по задней-правой боковой стенке мочевого определяется объемное образование 5x4x3,5 см с неровными контурами, с признаками кровотока при доплерографии (рис. 1).

Обзорная урограмма: теней конкрементов в проекции мочевыводящих путей нет.

На экскреторных урограммах левая почка не визуализируется (оперативно удалена). Функция правой почки не изменена, пассаж по мочеточнику не нарушен. По правой боковой стенке мочевого пузыря определяется дефект наполнения 5x4,5 см. (рис.2)

КТ брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства: КТ-картина крупного экзифитного образования мочевого пузыря с крупной сосудистой ножкой, оценить распространённость процесса за пределы стенки затруднительно. Единичный очаг печени неясной этиологии – контроль в динамике через 1,5- 3 мес. Умеренная

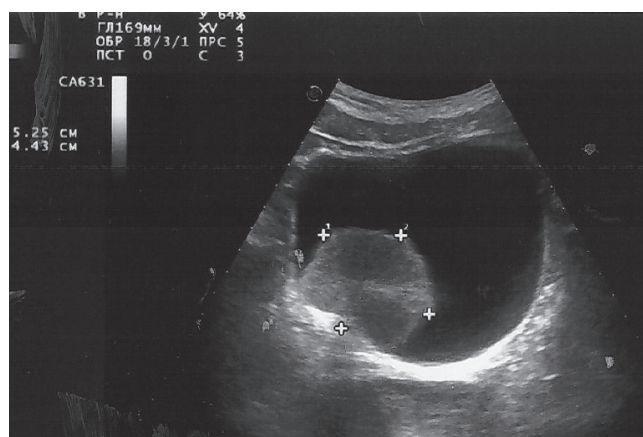


Рис. 1. Ультразвуковая картина мочевого пузыря (по задней-правой боковой стенке мочевого определяется объемное образование 5x4x3,5 см с неровными контурами).

спленомегалия. Состояние после нефрэктомии слева. Дивертикул ДПК (рис. 3).

Общий анализ крови: лейкоциты $3,6 \cdot 10^9/\text{л}$; гемоглобин 115 г/л; Ht 30%, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$. Общий анализ мочи: реакция кислая; белок 3,27 г/л; лейкоциты 0 в п/зр.; эритроциты покрывают все поле зрения. Биохимический анализ крови: глюкоза 4,83 ммоль/л, мочевины 5,4 ммоль/л, креатинин 136 мкмоль/л, АСТ 41,7 сек, АЛТ 37,4 ед/л. Коагулограмма: АЧТВ 26 сек., фибриноген 3,0 г/л, МНО 0,89, ПТИ 109%, протромбиновое время 14,4 сек.

Выполнена цистоскопия, щипковая биопсия мочевого пузыря. Гистологическое заключение – уротелиальная папиллярная карцинома низкой степени злокачественности.

Продолжена консервативная гемостатическая терапия (этамзилат, транексам, переливание СЗП) без существенного эффекта. Сохраняется макрогематурия со сгустками. Отмечено снижение уровня гемоглобина (Гемоглобин 97 г/л; Ht 27%, эритроциты $3,25 \cdot 10^{12}/\text{л}$).

Учитывая сохраняющуюся макрогематурию, не поддающуюся консервативной терапии, на фоне опухоли мочевого пузыря, неэффективности гемостатической терапии, единственную правую почку без признаков почечной недостаточности

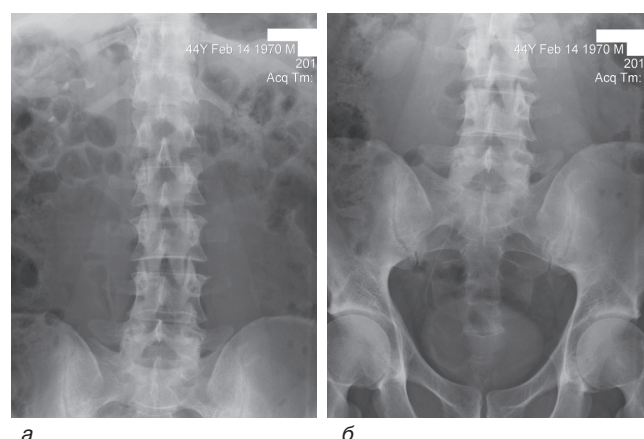


Рис. 2. Экскреторная урография (а): функция правой почки своевременная, нарушения пассажа контрастного препарата по мочеточнику нет. На нисходящей цистограмме (б) – дефект наполнения на правой боковой стенке мочевого пузыря около 5 см.

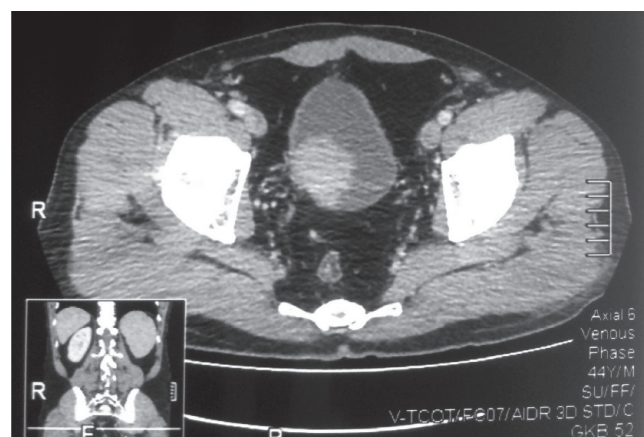


Рис. 3. Объемное образование мочевого пузыря 41 мм.

было решено выполнить радикальную цистпростатвезикулэктомию, тазовую лимфодиссекцию, формирование уретерокутанеостомы справа лапароскопическим доступом. Пациент подан в операционную с диагнозом: Рак лоханки левой почки рТ2N0M0. Операция: Нефруретерэктомия слева и резекция мочевого пузыря 22.12.2008 г. Осложнения: прогрессирование. Имплантационный МТС в мочевой пузырь. Макрогематурия. Анемия.

28.01.15—лапароскопическая радикальная цистпростатвезикулэктомию, тазовая лимфодиссекция, формирование уретерокутанеостомы справа (рис. 4)

По данным гистологического заключения:

1. Органоконекс: мочевой пузырь, предстательная железа и семенные пузырьки. По задней стенке тела мочевого пузыря и по правой боковой стенке, в области шейки мочевого пузыря, имеется два очага роста уротелиальной папиллярной высокодифференцированной карциномы с прорастанием в подслизистую основу. Предстательная железа—в передней части правой доли предстательной железы преимущественно в переходной зоне рост светлоклеточной ацинарной аденокарциномы (Глиссон 3). В задней части правой доли, в передней части левой доли и задней части левой доли участки постатрофической железистой гиперплазии с очаговой малигнизацией и перинеуральным ростом аденокарциномы. В центральной зоне железы имеются участки гнойного воспаления. Хирургический край негативный. Семенные пузырьки без особенностей. Заключение: уротелиальная папиллярная высокодифференцированная карцинома мочевого пузыря и умеренно дифференцированная аденокарцинома предстательной железы (Глиссон 3+3).

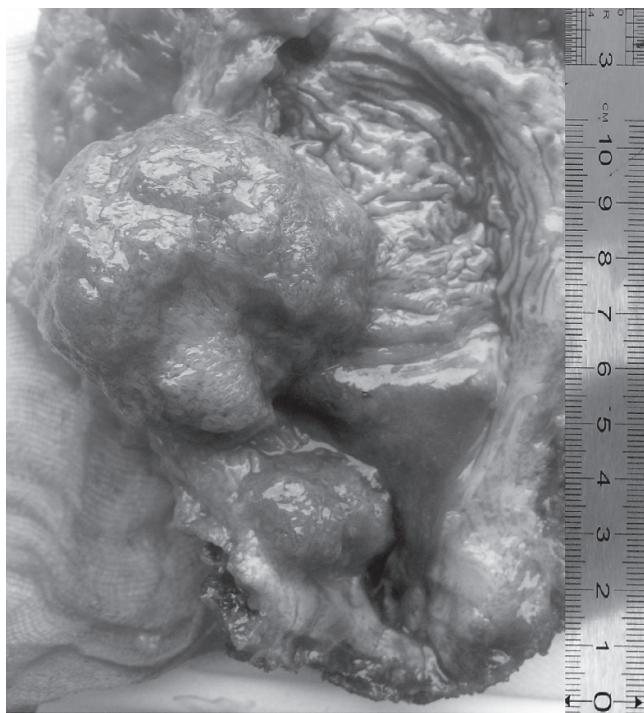


Рис. 4. Макропрепарат—удаленный мочевой пузырь с предстательной железой единым блоком в разрезе.

2. Лимфатические узлы с реактивными изменениями (синус гистиоцитоз), очаговым склерозом и гиалинозом стромы, местами с пылевидным обызвествлением очагов гиалиноза. Опухолевый рост не определяется.

Время операции составило 90 минут. Кровопотеря 300мл. После операции пациент переведен в отделение урологии. Проводилась консервативная терапия антибактериальная (сульфасин 1,5*3р в\м), противовоспалительная терапия (диклофенак 3,0 в\м), профилактика тромбоэмболических осложнений (фраксипарин 0,3*1р п\к), инфузионная терапия, стимуляция кишечника (прозерин 2 мл*3р п\к). Страховые дренажи удалены на 2 сутки в связи с прекращением отделяемого.

Пациент выписан на 4 сутки послеоперационного периода. Состояние при выписке: удовлетворительное. Жалоб нет. В правой мезогастральной области уретеокутанеостома функционирует адекватно, моча светлая, диурез 1800 л.

Диагноз при выписке:

Основной: Первично-множественный метакронный рак: 1. Рак лоханки левой почки рТ2N0M0. Операция: Нефруретерэктомия слева и резекция мочевого пузыря от 22.12.2008 г. Прогрессирование. МТС в мочевой пузырь. 2. Рак предстательной железы рТ2cN0M0. Операция 28.02.15: радикальная цистпростатвезикулэктомию, тазовая лимфодиссекция, формирование уретерокутанеостомы справа. Осложнения: хронический пиелонефрит единственной правой почки, латентное течение.

Заключение. Методы деривации мочи у пациентов, перенесших цистэктомию, выбираются индивидуально. В недавнем ретроспективном сравнении короткого и среднего (16 мес.) периодов наблюдения частота осложнений, связанная с деривацией мочи, была достоверно ниже при выполнении уретерокутанеостомии по сравнению с таковой при формировании подвздошно- или толстокишечного резервуара [5]. Тем не менее, несмотря на небольшое число доступных сравнительных данных, на основании более ранних результатов и клинического опыта можно предположить более частое развитие стриктур на уровне кожи и восходящую инфекцию мочевыводящих путей после создания подвздошно-кишечного резервуара.

Выводы:

1. При наблюдении за онкологическими больными следует помнить о возможном возникновении 2-х и более злокачественных опухолей у одного больного, причем как синхронно (одновременно), так и метакронно (с интервалом 6 месяцев и более).

2. Вне зависимости от тяжести состояния, может быть достигнута положительная динамика в лечении самых сложных случаев, обусловленных множественностью злокачественных опухолей.

3. Успешность лечения больных с первично-множественными опухолями достигается

выбором адекватной состоянию больного комплексной терапии

Список литературы:

1. Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями в 2000 г. / В.В. Старинский и др // Российский онкологический журнал, 2002.-№3.-С.41-42.

2. Н.В. Лубенникова, Д.И. Ганов. Первично-множественный метастатический несистемный рак предстательной железы. //Сибирский онкологический журнал. 2009. Приложение № 2.

3. Boring C.C. Cancer statistics // C.C. Boring, T.S. Squires, A.Tong., 1991.

4. Novick A.C., Bukowski R.M., Campbell S.C. Renal Tumors. In: Campbell-Walsh Urology. Wein Aj, Kavoussi L.R., Novic A.C. et al eds. Philadelphia: WB Saunders, 2007

5. Nieuwenhuijzen J.A., de Vries R.R., Bex A et al. Urinary diversions after cystectomy: the association of clinical factors, complications and functional results of four different diversions. //Eur Urol 2008 Apr; 53(4):985-90

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕФРЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Трушкин Р.Н., Сысоев А.М., Лубенников А.Е.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. Показаны преимущества лапароскопической билатеральной нефрэктомии у больных с терминальной ХПН перед открытыми операциями.

Ключевые слова: билатеральная нефрэктомия, терминальная хроническая почечная недостаточность.

Введение. Билатеральная нефрэктомия выполняется у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН), получающих лечение гемо- или перитонеальным диализом, с целью устранения очага инфекции в связи с активным или часторецидивирующим течением хронического пиелонефрита.

Цель работы: оптимизация методов лечения хронического пиелонефрита у пациентов с терминальной стадией ХПН.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2015 год в отделении урологии ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» 14 пациентам с терминальной стадией почечной недостаточности и подозрением на активное течение пиелонефрита выполнена лапароскопическая билатеральная нефрэктомия. Средний возраст пациентов составил 48 лет (от 32 до 64). Заболевания, приведшие к развитию ТХПН, распределились следующим образом: поликистоз почек у 1 пациентки, мочекаменная болезнь—6 пациентов, диабетическая нефропатия—4 пациента, аденома простаты, приведшая к острой задержке мочи с формированием двухстороннего уретерогидронефроза—3 пациента. У подавляющего числа пациентов имелись те или иные признаки системной воспалительной реакции. Все пациенты на момент хирургического вмешательства длительно получали антибактериальную терапию различными препаратами, в том числе в других лечебных учреждениях.

Результаты и обсуждение: Результаты оценивались по продолжительности операций, количеству осложнений, срокам реабилитации. Среднее время операции составило 150 минут. Средний объем кровопотери—250 мл. Оперативное пособие выполнялось одномоментно с поворотом на другую сторону. Страховые дренажи удалялись на 3-5 сутки, в зависимости от сеансов диализа. Пациенты активизировались на первые сутки послеоперационного периода. У 4 пациентов (28,6%) отмечено осложненное течение раннего послеоперационного периода: в 1 случае кровотечение из ложа удаленной правой почки на фоне выраженной гипокоагуляции, проведена консервативная терапия с эффектом. У двух больных развился псевдомембранозный колит и у одной пациентки дополнительно тромбоз эмболия мелких ветвей легочной артерии на фоне фибрилляции предсердий. Данные осложнения с успехом разрешились.

Выводы:

1. Лапароскопическая билатеральная нефрэктомия у больных с терминальной ХПН обладает несомненным преимуществом перед открытыми операциями. Помимо сугубо медицинских преимуществ (малоинвазивность, уменьшение медикаментозного обеспечения, ранняя активизация, быстрая реабилитация), данный метод имеет и косметический эффект.

2. Пациентам с ТХПН, имеющим факторы риска развития активного пиелонефрита (урологические заболевания, в анамнезе частые атаки пиелонефрита, хирургические вмешательства на мочевых путях, сахарный диабет), необходимо превентивное выполнение билатеральной нефрэктомии.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОХРАННОЙ ВОДОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Трушкин Р.Н., Сысоев А.М.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Резюме. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ, англ.: BPH—Benign Prostatic Hyperplasia) или аденома простаты (альтернативное определение) является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний у мужчин старше 40 лет. По статистике, данным недугом мужчины страдают в возрасте 50 лет—50%, 60—60%, 70—70%. В последнее время имеет место тенденция к омолаживанию данного заболевания. Так, гиперплазия простаты может диагностироваться у мужчин уже в возрасте после 35-40 лет.

Ключевые слова: аденома простаты, задержка мочи, гидронефроз, почечная недостаточность, гемодиализ.

Введение. Нередко аденома простаты у пациентов, не обращающихся за медицинской помощью, приводит к развитию хронической задержки мочи с формированием двухстороннего уретерогидронефроза и острой почечной недостаточности.

Цель исследования: разработать алгоритм лечения пациентов с аденомой простаты на фоне тХПН.

Материалы и методы. С марта 2014 года нами пролечено 13 больных с терминальной хронической почечной недостаточностью на фоне ДГПЖ. Средний возраст пациентов составлял 65 лет (56-74 года). Первым этапом, с целью попытки разрешения почечной недостаточности пациентам выполнялась троакарная цистостомия и двухсторонняя нефростомия. Проводились сеансы экстренного гемодиализа. После верификации у пациента терминальной стадии хрониче-

ской почечной недостаточности и формирования артерио-венозной фистулы пациенты госпитализировались в отделение урологии для оперативного лечения—ТУР простаты. Средний объем предстательной железы 109 мл (50-118). ПСА от 2,23 до 4,94 нг/мл. Диурез до 2000 мл/сутки.

Результаты и обсуждение. Оценку данной методики проводили непосредственно интраоперационно, в ближайший послеоперационный период. Среднее время операции составило 85 минут (от 15 минут до 2.5 часов). Нефростомические дренажи удалялись на 1 сутки послеоперационного периода. Уретральный катетер удалялся на 5-6 сутки. Цистостомический свищ закрыт. У всех пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание. При УЗ-контроле—остаточная моча не определялась, нарушения оттока мочи из почек не выявлено. Урофлоуметрия: Q max в среднем 14 мл/с (от 12 до 16 мл/с). Средний результат оценки жалоб больного по системе IPSS составил 4,2; уровень качества жизни—1,9 балла; среднее количество остаточной мочи—не более 30 мл.

Выводы. Основной принцип лечения пациентов с аденомой простаты на фоне тХПН—проведение сеанса гемодиализа за сутки до операции в безгепариновом режиме (снижение риска гипокоагуляции) и адекватная коагуляция сосудов интраоперационно. Основная цель, которую мы преследовали—избавление пациентов от дренажей, как источника мочевой инфекции на фоне сниженного иммунитета, и восстановление самостоятельного адекватного мочеиспускания.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭВЕРОЛИМУСОМ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Федорова Н.Д.¹, Ким И.Г.^{2,3}, Голякова Н.А.¹, Синявкин Д.О.¹

¹ ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», ² ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. Ак. В.И. Шумакова» МЗ РФ, ³ ФБУН «МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора

Резюме. Продление сроков функционирования почечного трансплантата и улучшение качества жизни реципиентов является основной

задачей трансплантации почки (ТП). Причиной дисфункции почечного трансплантата (ПТ), снижающей эффективность ТП в отдаленные сроки

после операции, является хроническая нефротоксичность ингибиторов кальцинейрина (ИКН). Появление ингибиторов пролиферативного сигнала (ИПС), не имеющих нефротоксических эффектов, но обладающих кардио- и онкопротективным действием, привлекло к себе внимание. 42 реципиентам ПТ проведен анализ эффективности терапии эверолимусом и ингибиторами кальцинейрина (ИКН). В зависимости от выявленных при мониторинге концентраций лекарственных препаратов были выделены 2 группы больных, которые сравнивали по эффективности терапии, оценивая такие показатели как выживаемость трансплантатов, частота кризов отторжения, динамика функции почечного трансплантата и протеинурии.

Ключевые слова: иммуносупрессия, лекарственный мониторинг, почечный трансплантат, отторжение.

Актуальность. Успехи современной клинической трансплантологии определяются прежде всего достигнутым к настоящему времени прогрессом в области иммуносупрессии, направленной на профилактику отторжения трансплантата, угрожающего функции трансплантированного органа. Это определяет необходимость применения пожизненной эффективной и адекватной иммуносупрессии.

Целью исследования явился анализ эффективности терапии эверолимусом и ИКН у реципиентов почечного трансплантата в зависимости от дозировок применяемых препаратов.

Материалы и методы. Исследование выполнено по материалам наблюдений 42 реципиентов ПТ в возрасте $53,73 \pm 11,47$ мес. Поддерживающая иммуносупрессия включала эверолимус в комбинации с преднизолоном и минимизированной дозой ИКН. В зависимости от выявленных при мониторинге концентраций лекарственных препаратов были выделены 2 группы больных, которые сравнивали по эффективности терапии, оцененную по кумулятивной частоте таких событий, как почечная смерть, отторжение, либо другая патология ПТ, появление/нарастание изолированной протеинурии и/или дисфункции трансплантата. Отдельно анализировали частоту отторжения, частоту протеинурии и функцию ПТ к концу наблюдения, которую оценивали по уровню креатинина в сыворотке крови (в норме не более 0,13 ммоль/л). О протеинурии судили по уровню суточной экскреции белка с мочой (в норме до 0,15 г/сут).

Концентрацию креатинина, сывороточного белка в моче и эверолимуса определяли на автоматическом биохимическом анализаторе AU-680, концентрацию циклоспорина и такролимуса определяли на автоматическом биохимическом анализаторе «DEMENSION RxL Max». Эверолимус, циклоспорин и такролимус определяли иммунохимическим методом. Концентра-

цию креатинина определяли кинетическим методом при помощи реакции Яффе, концентрацию общего белка в моче – пирогаллоловым красным.

При статистической обработке данных использовали пакет программ SPSS.

Результаты и обсуждение. Адекватность иммуносупрессии была достигнута у 17 из 42 реципиентов, т.е. у 40,5% больных, у которых концентрации обоих препаратов поддерживались в пределах терапевтического диапазона (гр. № 1). У 59,5% (25 из 42) больных не удавалось добиться адекватных дозировок препаратов (гр. № 2). В этой группе к концу наблюдения кумулятивная частота негативных событий оказалась достоверно выше по сравнению с гр. №1 и составляла 68% и 29,4%, ($p < 0.013$). Частота отторжений во 2 группе достигала 40%, в то время как у пациентов 1 группы только 5,88%, $p < 0.014$. Протеинурия в сравниваемых группах выявлялась с одинаковой частотой и не различалась по степени выраженности.

Адекватность иммуносупрессивной терапии является важнейшим фактором, определяющим отдаленные результаты ТП. Несмотря на совершенствование медицинских технологий и внедрение в клиническую практику новых иммуносупрессивных препаратов, проблема отдаленных результатов трансплантации почки сохраняет свою актуальность. ИКН стали за последние десятилетия базисными препаратами различных режимов иммуносупрессии. Однако при длительном применении эта группа препаратов вызывает необратимые изменения, приводящие к формированию хронической нефротоксичности ПТ и его дисфункции. Признаки нефротоксичности, индуцированной ИКН, могут выявляться в среднем в первые 6 мес. после операции и обычно связаны с высоким уровнем препарата в крови (острая нефротоксичность), которая, как правило, обратима. Хроническая нефротоксичность необратима и ассоциируется с низкими дозами и концентрациями циклоспорина в крови. Применение ИПС явилось подходом к ограничению нефротоксических эффектов ИКН.

Заключение. Одним из подходов к ограничению нефротоксического эффекта ИКН явилась практика применения ИПС. Наши результаты подтвердили данные других авторов о возможности использования эверолимуса в комбинации с минимизированной дозой ИКН в ранние сроки после ТП с целью профилактики хронической нефротоксичности, индуцированной ИКН. Однако такая терапия требует тщательного мониторинга применяемых лекарственных препаратов в крови в связи с риском отторжения, вероятность которого возрастает в условиях неадекватной иммуносупрессии и является прогностически неблагоприятным фактором.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОСТЛУЧЕВЫХ ЯЗВ

Лытасова Е.С.², Розумный А.П.^{1,2}, Одишелидзе Н.В.²

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Ключевые слова: фотодинамическая терапия, хронические постлучевые язвы.

Актуальность. Больные, получившие радикальное лечение по поводу онкологических заболеваний малого таза, зачастую имеют осложнения терапии, с которыми они обращаются в общехирургические стационары. Клинические проявления поздних постлучевых язв (ПЯ) кожи у онкологических больных обусловлены нарушением микроциркуляции, гипоксией, ишемией и, как их следствие, склерозом. В результате спустя месяцы, годы от лучевого лечения возможно развитие ПЯ, характеризующихся торпидным течением, тенденцией к прогрессированию, трудно поддающихся терапии, а иногда и подверженностью малигнизации. В настоящее время особенности патогенеза поздних лучевых повреждений изучены недостаточно, но предположительно они сходны с процессами в хронических «ишемических» язвах другой этиологии. Все вышеперечисленное предопределило актуальность данного исследования.

Цель: изучить эффективность лечения ПЯ путём применения фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы. Нами были комплексно пролечены больные ПЯ (14 человек), которым ранее (период наблюдения от 3 до 48 месяцев) по поводу рака перианальной области, анального канала была проведена дистанционная лучевая терапия по радикальной программе. ФДТ с фотосенсибилизатором «Фотодитазин» в форме геля.

Фотосенсибилизатор наносили на ПЯ толщиной 2-4 мм, экспозиции геля в течение 1 часа, остаток геля удаляли медицинским шпателем. Облучение язвы мы проводили с использованием фототерапевтического световодного аппарата «АФС», длина волны излучения 660 нм. Максимальная мощность 700 мВт. Экспозиция 15 секунд на 1 см². Расстояние до раневой поверхности 3-5 мм. Количество сеансов облучения от 1 до 7.

Результаты и обсуждение. Забор раневого отделяемого осуществлялся до начала проведения сеансов ФДТ, на 3, 7, 15 дни лечения. Очищение ран было визуально заметно уже через сутки после первого сеанса ФДТ. Смена флоры отмечалась в 71,4% наблюдений. Начало эпителизации краев раны отмечалось на 9,3±2,7 сутки, появление «сочных» грануляций на 6±2,3 сутки. Клинически значимое сокращение язвенного дефекта и уменьшение глубины полнотканной язвы отмечалось только при плановом осмотре через 1,5 месяца.

Выводы и заключение. ФДТ с применением фотосенсибилизатора «Фотодитазин» в форме геля может быть использована в комплексном лечении ПЯ. Проводимая терапия направлена на уменьшение индуративно-рубцовых изменений, ликвидацию воспалительного процесса, элиминацию бактерий, токсинов, раневого детрита, профилактику малигнизации постлучевой язвы и последующую стимуляцию репаративных процессов в пораженном участке.

РЕЦИДИВ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ВАСКУЛИТА ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Фролова Н.Ф.¹, Артюхина Л.Ю.¹, Столяревич Е.С.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²ФГУ ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова МЗ РФ

Резюме. Системные васкулиты (СВ), ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА-СВ), являются жизнеугрожающими аутоиммунными заболеваниями. Для них характерно полиорганное поражение с высокой частотой развития иммунне-

гативного гломерулонефрита (ГН) с развитием экстракапиллярной реакции и образованием «полулуний», особенно тяжело протекающего при микроскопическом полиангиите (МПА). В отсутствие адекватного индукционного лечения (циклофосфан, кортикостероиды (КС), ритуксимаб)

быстро развивается гломерулосклероз, прогрессирует почечная недостаточность, что приводит к увеличению летальности.

Ключевые слова: ANCA-СВ, МПА, БПГН, АТП, патогенетическая терапия (ИСТ: АЗА, ЦФ, ПЗ, ЦС), ритуксимаб.

Хорошо известно, что АНЦА-СВ свойственно рецидивирующее течение. Поскольку риск рецидива сохраняется и в долговременной перспективе, после достижения ремиссии во всех случаях необходим длительный регулярный мониторинг состояния пациентов. В настоящее время накоплен опыт, свидетельствующий о хороших перспективах аллотрансплантации почки (АТП) больным АНЦА-СВ. Однако, следует учитывать возможность так называемого возвратного АНЦА-СВ в почечном трансплантате. Представляем клиническое наблюдение рецидива МПА после АТП.

Клинический случай. У пациентки (29 лет) с 17 лет – гематурия, артериальная гипертензия, быстрое прогрессирование почечной недостаточности (в течение 6 месяцев) до терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН). В апреле 2002 г. выполнена успешная АТП с последующей иммуносупрессивной терапией (ИСТ) преднизолоном (ПЗ), циклоспорином (ЦС), азатиоприном (АЗ) со стабильно удовлетворительной функцией трансплантата в течение 10 лет. В июне 2012 г. было отмечено повышение креатинина крови до 0,16 ммоль/л. В течение двух предшествующих лет концентрацию ЦС в крови не контролировали, в начале августа 2012 г. выявлена низкая концентрация ЦС менее 80 нг/мл.

В середине августа 2012 г., после острой респираторной инфекции, сопровождавшейся насморком, одышкой, кашлем, общей слабостью, тошнотой и рвотой, появились периферические отеки, усилилась одышка. При стационарном обследовании выявлена протеинурия 1 г/л, эритроцитурия более 100 в поле зрения, быстрое прогрессирование дисфункции трансплантата с нарастанием креатинина крови до 0,62 ммоль/л. Во время госпитализации состояние осложнилось маточным кровотечением со снижением гемоглобина до 60 г/л, что потребовало гемотрансфузий свежезамороженной плазмы (СЗП) и эритроцитарной массы.

В начале сентября 2012 г. в тяжелом состоянии пациентка госпитализирована в ГКБ №52. При поступлении – выраженная общая слабость, эпизоды кровохарканья, одышка при минимальной физической нагрузке, тошнота, головная боль, отеки голеней, множественные подкожные гематомы различной давности, в легких ослабление дыхания в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, ЧДД в 20 в мин, АД 190/100 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, почечный трансплантат при пальпации безболезненный, плотный, диурез 1,2 л.

При обследовании гемоглобин 66 г/л, лейкоциты 3600, тромбоциты 196, СОЭ 59 мм/ч, суточная протеинурия 4,3 г, эритроцитурия во всех полях зрения, общий белок сыворотки крови 64 г/л, аль-

бумин 32 г/л, креатинин 0,61 ммоль/л, мочевины 25,0 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, СРБ 10,7 мг/л, концентрация ЦС в крови 111 нг/мл. По данным УЗИ почечный трансплантат 13,1 x 5,4 см, паренхима 1,2 см умеренно повышенной эхогенности, лоханка до 1,2 см, чашечки до 1,1 см. В связи с диагностированной выраженной уремией по жизненным показаниям установлен центральный венозный катетер (ЦВК), начата заместительная терапия сеансами гемодиализа (ГД) с ультрафильтрацией, назначены препараты рекомбинантного человеческого эритропоэтина.

При МСКТ органов грудной клетки выявлена картина интерстициального поражения легочной ткани, двухстороннего гидроторакса.

Принимая во внимание сочетание быстро прогрессирующей почечной недостаточности с поражением легких и данные анамнеза, проводилось обследование с целью подтверждения АНЦА-СВ. При иммунологическом исследовании крови обнаружены АТ со специфичностью к миелопероксидазе (МПО) 24,6 нормы, антитела к ДНК и АНФ отрицательные. Для верификации диагноза выполнена биопсия трансплантата. При гистологическом исследовании картина малоиммунного экстракапиллярного ГН трансплантата с полулуниями, что наиболее характерно для АНЦА-СВ. Присутствующие тубуло-интерстициальные изменения можно рассматривать в рамках некротизирующего ГН, но нельзя исключить сопутствующее клеточное отторжение.

Диагностирован МПА, АНЦА-СВ, с поражением почек (быстро прогрессирующий ГН в трансплантате, подтвержденный морфологически, терминальная ХПН), легких (альвеолит, осложненный кровохарканьем). В пользу МПА свидетельствовали эпителиальная специфичность АНЦА к МПО и отсутствие клинических эквивалентов гранулематозного воспаления.

Назначено индукционное лечение циклофосфаном (ЦФ) в/в 400 мг, метипредом в/в 500 мг №3, ПЗ внутрь 60 мг в сутки, плазмаферез (12 процедур, каждая с замещением СЗП 2 л/сеанс). В результате лечения первоначально наблюдалось улучшение состояния с положительной динамикой МСКТ легких, было купировано кровохарканье. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная клиническая и лабораторно-инструментальная динамика. Однако у пациентки отметились появление и прогрессирование диспепсического синдрома (диагностирован эрозивный эзофагит), что потребовало коррекции дозы ПЗ с уменьшением до 20 мг/сут. На фоне снижения дозировки терапии отметилась прогрессия клинической картины основного заболевания в виде возобновления кровохарканья, ухудшения дыхательной недостаточности, а также развитие инфекционного осложнения (пневмония бактериального генеза), в связи с чем к терапии были добавлены бисептол, эртапенем. В ноябре 2012 г. состояние осложнилось развитием генерализованного судорожного припадка с МСКТ картиной ишемических очагов в головном мозге, диагно-

стирован ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии с умеренным правосторонним гемипарезом, что можно было расценивать также в рамках АНЦА-СВ.

В связи с сохраняющейся высокой активностью заболевания, индексом клинической активности 25 баллов, по жизненным показаниям была присоединена генно-инженерная биологическая анти-В клеточная терапия ритуксимабом суммарно 2 г с положительным эффектом в виде нормализации неврологического статуса, исчезновения гематурии, кровохарканья, изменений в легких по данным МСКТ, снижения АНЦА (анти-МПО) с 24,6 до 9,6 норм. Вместе с тем отсутствовала тенденция к восстановлению функции почечного трансплантата, сохранялась терминальная ХПН, олигоанурия с диурезом 200 мл в сутки. В дальнейшем было продолжено лечение программным ГД на фоне приема АЗ 75 мг в сутки и постепенного снижения дозы ПЗ до 15мг в сутки.

Таким образом, в представленном нами наблюдении рецидив АНЦА-СВ с поражением трансплантата почки был диагностирован через 10 лет после АТП, сопровождался гиперпродукцией АНЦА со специфичностью к МПО, другими системными проявлениями заболевания, в частности, интерстициальным поражением легких с кровохарканьем, и был подтвержден картиной малоиммунного экстракапиллярного ГН с полуниями при морфологическом исследовании. В дебюте заболевания не была установлена причина быстро прогрессирующей ХПН. Ретроспективно можно предполагать, что пациентка страдала АНЦА-СВ с преимущественным поражением почек. Быстрое выполнение АТП с последующей

адекватной ИСТ, видимо, способствовало индукции длительной ремиссии. В числе причин рецидива АНЦА-СВ можно обсуждать ослабление ИСТ со снижением концентрации ЦС в крови.

В соответствии с имеющимися публикациями, так называемый возвратный АНЦА-СВ развивается после АТП у 17-19% больных в среднем через 30,9 месяцев (4- 89 месяцев). По результатам биопсии поражение трансплантата отмечается в 55% случаев, но может быть не единственной причиной потери трансплантированного органа. Необходимо отметить, что диагностику рецидива АНЦА-СВ не следует основывать только на возобновлении или повышении гиперпродукции АНЦА, требуется всесторонний анализ клинических, лабораторных, инструментальных и морфологических данных.

Таким образом, диагностика АНЦА-СВ не является противопоказанием для выполнения АТП. После вмешательства больным АНЦА-СВ, как правило, не требуется внесения изменений в общепринятые протоколы последующей ИСТ. Более того, препараты и схемы ИСТ, применяемые для предупреждения реакции отторжения, соответствуют идеологии длительного поддерживающего лечения АНЦА-СВ, направленного на профилактику рецидива.

Несомненно, АТП следует проводить в условиях ремиссии АНЦА-СВ и в дальнейшем постоянно мониторировать клинико-лабораторную активность заболевания. Поскольку отмечено, что летальность пациентов повышается при выполнении АТП менее чем через один год после индукции ремиссии, целесообразно проведение вмешательства по истечении этого срока.

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Хашиева Ф.М.², Демкина А.Е.², Крылова Н.С.^{1,2},
Ковалевская Е.А.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра общей терапии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

Резюме. В настоящем исследовании приведены данные о взаимосвязи жесткости артериальной стенки, определяемой по скорости распространения пульсовой волны в аорте (СРПВ), с клинико-инструментальными параметрами больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП). Результаты получены в ходе собственных наблюдений за 55 больными ГКМП. СРПВ определялась с помощью суточного мониторирования АД монитором фирмы BPLab с программным обеспечением Vasotens.

Ключевые слова: гипертрофическая кардио-

миопатия, скорость распространения пульсовой волны в аорте, суточное мониторирование АД.

Актуальность. В многочисленных исследованиях показано, что артериальная ригидность, оцененная по скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), является независимым предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности у больных с артериальной гипертензией (АГ). До настоящего времени параметры жесткости сосудистой стенки у больных ГКМП не попадали в фокус клинических исследований.

Цель: изучить жесткость сосудистой стенки и

ее взаимосвязь с клинико-инструментальными данными больных ГКМП.

Методы обследования. Обследовано 55 пациентов с ГКМП. Среди них 21 мужчина (38%), средний возраст пациентов $56,5 \pm 14,0$ лет. Все больные получали терапию бета-адреноблокаторами (бисопролол, средняя доза $5,4 \pm 1,3$ мг). У 14 (25%) обследуемых выявлена обструктивная форма заболевания. Всем пациентам выполнялась оценка выраженности ХСН по данным NYHA, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой ригидности сосудов, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ).

Результаты. У 21 (38%) больных ГКМП СРПВ превышала нормальные значения (более 10 м/с) и составила $11,7 \pm 1,4$ м/с. В исследовании обнаружена корреляционная связь СРПВ с возрастом ($r=0,26$, $p=0,04$), степенью АГ ($r=0,36$, $p=0,03$) и ФК по NYHA ($r=0,25$, $p=0,04$). При проведении корреляционного анализа между СРПВ и параметра-

ми ЭхоКГ выявлена положительная взаимосвязь с ДТ ($r=0,39$, $p=0,03$) и обструкцией выносящего тракта ЛЖ (ВТЛЖ) ($r=0,44$, $p=0,03$). Получены прямые корреляции СРПВ с желудочковыми нарушениями ритма сердца ($r=0,44$, $p=0,02$) и неустойчивой желудочковой тахикардией ($r=0,41$, $p=0,03$). По данным СМАД выявлена тесная корреляция СРПВ с уровнем среднего САД ночью ($r=0,59$, $p=0,01$), индексом времени САД ночью ($r=0,46$, $p=0,03$) и недостаточной степенью ночного снижения АД (нон-дипперы) ($r=0,56$, $p=0,02$).

Выводы. Скорость распространения пульсовой волны была повышена у 38% больных ГКМП. Больные ГКМП с повышенной СРПВ были старше по возрасту, имели более высокую степень АГ и выраженность ХСН. Повышенная жесткость сосудистой стенки ассоциировалась с более выраженной диастолической дисфункцией ЛЖ и обструкцией ВТЛЖ, а также с более высокими показателями САД в ночное время и недостаточной степенью ночного снижения АД.

ТРАНСКУТАННАЯ АРТРОПЛАСТИКА ПРИ САКРОИЛЕИТЕ ПРОТЕЗОМ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

Холодов С.А., Липай Е.В.

ГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн №2 ДЗМ»

Ключевые слова: сакроилеит, транскутанная артропластика, эндопротез синовиальной жидкости.

Актуальность. Сакроилеит – воспалительный процесс, который возникает в месте сочленения крестцовой и подвздошной кости, в том числе и при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника. Как метод терапии, предлагается комплексный подход: физиотерапия, прием лекарственных средств, массаж, соблюдение ортопедического режима и другие методы. Однако чаще всего эта тактика является малоэффективной и кратковременной.

Цель работы: оценить эффективность операции перкутанной пункционной артропластики крестцово-подвздошных суставов с использованием протеза синовиальной жидкости новейшего поколения ViscoPlus® у пациентов с сакроилеитом на фоне дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 58 пациентов с хроническим вертеброгенным болевым синдромом при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника, сопровождающихся сакроилеитом, в комплексе реабилитационного лечения в 2014 г. Возраст составил от 31 года до 86 лет (средний возраст 61 год), мужчин – 9, женщин – 49.

Транскутанная артропластика выполнялась при сакроилеите у 3 групп пациентов: 1 группа – пациенты с остеохондрозом и спондилоартрозом (21 наблюдение, 36,2%), 2 группа – пациенты со спаечной радикулопатией, ранее оперированные по поводу дискогенных поражений (9 наблюдений, 15,5%), 3 группа – пациенты с узким позвоночным каналом (28 наблюдений, 48,3%) без симптоматики компрессии невралгических структур. У 40 пациентов (69%) артропластика выполнена однократно, в завершение курса реабилитационного лечения, отмечен стойкий положительный эффект. У 11 пациентов (19%) для достижения стойкого положительного эффекта потребовалась повторная артропластика через месяц, у 7 пациентов (12%) – две артропластики с месячными интервалами. У 5 пациентов артропластика сочеталась с фасетопластикой.

В процессе операции пункционным способом в полость крестцово-подвздошных суставов вводился эндопротез синовиальной жидкости ViscoPlus® (гель, содержащий высокоочищенную гиалуроновую кислоту с высокой молекулярной массой 2 млн Дальтон).

Результаты и обсуждение. Операции проводились под местной анестезией и контролем электронно-оптического преобразователя General Electric. Эффективность комбинированного лече-

ния (артропластика с реабилитационным лечением) составила 86,5% (по шкале Освестри). 13,5% пациентов не отметили уменьшения вертеброгенного болевого синдрома непосредственно после артропластики.

Боль, связанная с сакроилеитом, может отмечаться в крестцовой области, иррадиировать в пах, в зону дерматомы S1. Рентгенография и лабораторные исследования в этом случае не выявляют отклонений от нормы. Симптомы сакроилеита проявляются при натяжении, перкуссии или пальпации в парасакральной области в проекции крестцово-подвздошных суставов. Диагностическую специфичность повышает введение в крестцово-подвздошное сочленение местного анестетика под рентгенологическим контролем, т.е. положительный эффект диагностических блокад с местными анестетиками является «золотым стандартом» диагностики сакроилеита. Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты позволяет уменьшить выраженность бо-

левого синдрома, обеспечивает противовоспалительную активность, стимулирует синтез хрящевой ткани, что способствует восстановлению функции сустава уже в первые дни после операции. Гиалуронаты переносятся хорошо и практически не имеют системных побочных эффектов.

Выводы:

1. Транскутанная пункционная артропластика с эндопротезированием крестцово-подвздошных суставов протезом синовиальной жидкости ViscoPlus® при комбинированном лечении вертеброгенного болевого синдрома является эффективным методом лечения сакроилеита, дающим стойкий и значимый клинический эффект с полным отсутствием каких-либо осложнений.

2. Артропластика отличается малой длительностью пребывания в стационаре. Операция может быть выполнена в амбулаторных условиях, экономически выгоднее длительной и значительно более дорогостоящей консервативной терапии, комфортна для пациента.

ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

М. В. Шеянов¹, С. К. Терновой³, Е. В. Фоминых⁴,
И. Н. Завражина³, В. И. Маколкин², В. А. Сулимов²

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ», ²Кафедра факультетской терапии №1 лечебного факультета Первого МГМУ им.И.М. Сеченова, ³Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии лечебного факультета Первого МГМУ им.И.М. Сеченова, ⁴Отдел лучевой диагностики Первого МГМУ им.И.М. Сеченова

Ревматоидный артрит (РА)—одно из наиболее распространенных ревматических заболеваний. До 1% взрослого населения в развитых странах мира страдает РА различной тяжести [1]. Основу клинических проявлений этого заболевания составляет симметричный хронический эрозивный артрит периферических суставов. Однако часто встречаются при РА и так называемые системные проявления—иммунновоспалительные поражения внутренних органов. Они могут стать причиной существенного снижения качества жизни пациентов, их трудоспособности и в значительной мере определять прогноз [2, 3]. Среди внесуставных проявлений РА важное место занимают поражения легких и нижних дыхательных путей (НДП).

В мировой литературе накоплен немалый объем информации о поражении органов дыхания при РА [4, 5], однако в этой области до настоящего времени сохраняется ряд нерешенных проблем. Нуждается в уточнении частота бронхолегочных поражений у больных РА. Отсутствуют общепринятые диагностические критерии различных вариантов поражений. Недостаточно систематизированы данные об их клинической картине. Требуют дальнейшего рассмотрения вопросы ди-

агностической и лечебной тактики при поражении НДП у больных РА.

С целью изучения характера и распространенности поражения НДП у больных ревматоидным артритом (РА) нами проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 104 больных (14 мужчин и 90 женщин) с достоверным диагнозом РА на основании критериев Американской ревматологической ассоциации 1988 г. [6]. Средний возраст пациентов составил $55,8 \pm 14,7$ года. Средняя продолжительность заболевания— $12,4 \pm 8,6$ года. Серопозитивный РА имел место у 79 (76%) больных, серонегативный—у 25 (24%). Активность РА согласно индексу DAS28 составила $5,5 \pm 1,4$ (2,0–7,9) балла.

Обследование больных РА проводилось в сравнении с контрольной группой, которую составили 100 пациентов (22 мужчины и 78 женщин) в возрасте $52,9 \pm 14,4$ года, не страдавших РА. В группу обследованных лиц (больные РА и пациенты контрольной группы) не включались курильщики и пациенты с хроническими заболеваниями органов дыхания, острой и хронической сердечной недостаточностью, заболеваниями крови, острой и хронической почечной недостаточностью.

У больных РА и пациентов контрольной группы выполнялись общеклиническое обследование, спирометрия, бодиплетизмография, исследование диффузионной способности легких (ДСЛ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) легких.

В результате проведенного обследования различные варианты бронхолегочных поражений в рамках основного заболевания выявлены нами у 71% больных РА. Указанные поражения манифестировали наличием жалоб дыхательного характера, структурных и функциональных изменений со стороны бронхов и легких. Респираторные жалобы предъявляли 62 (60%) больных РА и 16 (16%) пациентов контрольной группы ($p < 0,001$) (табл. 1). Нарушения функции внешнего дыхания (ФВД) выявлены у 57 (55%) больных РА и 9 (9%) пациентов контрольной группы ($p < 0,001$). Снижение ДСЛ выявлено у 13 (13%) больных РА и не отмечалось в контрольной группе ($p < 0,001$). При МСКТ легких структурные изменения со стороны легких, плевры, нижних дыхательных путей и органов средостения выявлены у 93 (89%) больных РА и 14 (34%) пациентов контрольной группы ($p < 0,01$).

Наиболее распространенным вариантом бронхолегочных поражений у больных РА было поражение бронхиального дерева на том или ином уровне.

Клинические, функциональные и/или МСКТ-признаки поражения проксимальных брон-

хов выявлялись у 62% ($n = 64$) больных РА—достаточно чаще, чем в контрольной группе ($n = 16$, 16%) ($p < 0,001$).

У 16 (15%) больных РА имел место хронический кашель. В 15 (14%) случаях он сопровождался отделением мокроты слизистого или слизисто-гнойного характера. Периодическое затруднение дыхания отмечали 22% больных РА ($n = 23$). Одышка при физической нагрузке имела у 52% пациентов ($n = 54$), в том числе тяжелая и очень тяжелая (градации 3 и 4 по шкале Medical Research Council (MRC) [7])—у 14 (14%). В контрольной группе хронический продуктивный кашель выявлен у 4 (4%) пациентов ($p < 0,01$), одышка (не выше градации 2 по MRC)—у 9 (9%) пациентов ($p < 0,001$). Жалоб на затрудненное дыхание пациенты контрольной группы не предъявляли ($p < 0,001$).

Не полностью обратимая генерализованная бронхиальная обструкция (БО) выявлена у 18% больных РА ($n = 19$), в том числе легкая или умеренная [8]—в 13 (68%) случаях, а крайне тяжелая БО—у 2 больных (11%). Еще у 27 (26%) пациентов выявлено изолированное нарушение проходимости мелких бронхов (дистальный вариант БО). У пациентов контрольной группы случаев генерализованной БО не выявлено ($p < 0,001$), дистальный вариант БО выявлен в 9 случаях (9%) ($p < 0,01$) (табл. 1). Таким образом, распространенность не полностью обратимой генерализованной БО у обследованных больных РА оказалась очень высокой—180 : 1000 некурящих пациентов.

Таблица 1. Патологические проявления со стороны легких и нижних дыхательных путей у больных РА и пациентов контрольной группы.

	Больные РА ($n = 104$)	Контрольная группа ($n = 100$)	P
Жалобы	62 (60%)	16 (16%)	$< 0,001$
Одышка	54 (52%)	9 (9%)	$< 0,001$
Кашель	60 (58%)	11 (11%)	$< 0,001$
Отхождение мокроты	53 (51%)	4 (4%)	$< 0,001$
Затрудненное дыхание	23 (22%)	0	$< 0,001$
Боль в груди при дыхании и кашле	26 (25%)	0	$< 0,001$
Нарушения ФВД	57 (55%)	9 (9%)	$< 0,001$
Генерализованная обструкция	19 (18%)	0	$< 0,001$
Дистальная обструкция	27 (26%)	9 (9%)	$< 0,01$
Рестриктивные нарушения	11 (11%)	0	$< 0,001$
Снижение ДСЛ	13 (13%)	0	$< 0,001$
Гипоксемия в покое	0	0	
Изменения на МСКТ легких	93 (89%)	14 (34%)	$< 0,01$
Уплотнение легочной ткани	5 (5%)	0	0,07
Интерстициальный фиброз	56 (54%)	11 (27%)	$< 0,01$
Утолщение стенки бронхов	57 (55%)	6 (15%)	$< 0,001$
Бронхоэктазы	19 (18%)	2 (5%)	$< 0,01$
Признаки бронхолита	36 (35%)	1 (2%)	$< 0,001$
Плевральные наложения	14 (13%)	1 (2%)	$< 0,01$

Примечание. МСКТ легких произведена у 41 пациента контрольной группы. РА—ревматоидный артрит, ФВД—функция внешнего дыхания, ДСЛ—диффузионная способность легких, МСКТ—мультиспиральная компьютерная томография

Для сравнения – распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в общей популяции составляет порядка 7–9 случаев на 1000 [9, 10]. Однако полученные нами результаты согласуются с данными других авторов [11, 12], что позволяет считать частоту формирования генерализованной малообратимой БО у больных РА порядка 15–20% реалистичным показателем.

Наличие БО не оказывало существенного влияния на клиническую картину бронхолегочных поражений у больных РА. Кашель, продукция мокроты и затрудненное дыхание с сопоставимой частотой встречались у больных с наличием и отсутствием БО. При непосредственном обследовании больных РА с дистальной или генерализованной БО патологических проявлений со стороны легких и НДП, как правило, не выявлялось. С учетом низкой информативности клинических данных при диагностике БО у больных РА и ввиду высокой распространенности последней у этой категории пациентов исследование функции внешнего дыхания следует считать важной составной частью рутинного обследования пациентов с РА.

При МСКТ легких признаки поражения НДП на уровне центральных, долевого, сегментарных и субсегментарных бронхов выявлены у 55% больных РА ($n = 57$) и 15% пациентов контрольной группы ($p < 0,001$). Наиболее часто обнаруживались утолщение стенок бронхов и деформация их просвета (у 55% больных РА). Бронхоэктазы (БЭ) различного вида и размера выявлены у 18% ($n = 19$) больных РА и 2 (5%) пациентов контрольной группы ($p < 0,01$) (рис. 1).

Признаки поражения дистальных отделов бронхиального дерева (бронхиолита) – центрилобулярные микроочаги, структуры типа «дерева с почками», участки «мозаичной перфузии», феномен «воздушной ловушки» [13] выявлены в различных сочетаниях у 35% больных РА ($n = 36$) (рис. 1) и лишь у одного пациента контрольной группы ($p < 0,001$). У одной из больных РА с подоб-

ными изменениями МСКТ-картины в легких (центрилобулярные очаги, симптом «дерева с почками», феномен «воздушной ловушки»), а также малопродуктивным кашлем, прогрессирующей одышкой и тяжелой генерализованной БО было проведено микроскопическое исследование биоптата легочной ткани, позволившее установить морфологический субстрат данного варианта поражения НДП – хронический констриктивный бронхиолит (рис. 2). Данный гистологический вариант бронхиолита считается наиболее распространенным у больных РА [4, 13].

Пациенты с КТ-признаками бронхиолита часто предъявляли жалобы на одышку (69% случаев, $n = 25$), кашель (56%, $n = 20$), отделение мокроты (56%, $n = 20$), реже – на периодическое ощущение затрудненного дыхания (25% случаев, $n = 9$) (табл. 1). Указанные жалобы не были специфичными для больных РА с поражением дистальных бронхов и не позволяли уверенно выделить их из общей группы больных РА. Характер и частота респираторных симптомов у больных РА с наличием и отсутствием КТ-признаков бронхиолита существенно не различались.

На компьютерных томограммах легких наблюдавшихся нами больных РА признаки бронхиолита четко ассоциировались со структурными изменениями проксимальных бронхов – утолщением их стенок, деформацией просвета, наличием БЭ (в 94% случаев, $n = 34$). Это позволяет предположить, что при данном заболевании поражение мелких бронхов не является анатомически изолированным. Результаты изучения структуры НДП с помощью МСКТ легких позволяют рассматривать бронхиолит у больных РА как составную часть диффузного воспалительно-склеротического поражения бронхиального дерева (обструктивного деформирующего панбронхита), последствиями которого становятся утолщение стенок и деформация просвета крупных бронхов, формирование БЭ и констрикция бронхиол с постепенным формированием малообратимой БО.



Рис. 1. МСКТ легких больной РА 45 лет с гистологически верифицированным констриктивным бронхиолитом. Признаки поражения бронхиального дерева на всем протяжении. Утолщение стенки и деформация просвета проксимальных бронхов, бронхоэктазы, центрилобулярные очаги, феномен «мозаичной перфузии».

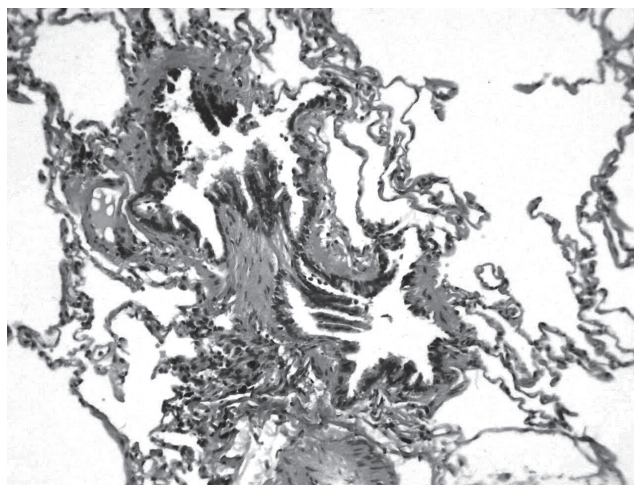


Рис. 2. Микроскопическая картина биоптата легочной ткани больной РА 45 лет. Деформация просвета бронхиол, полиповидные выросты из интрамуральной фиброзной ткани, склероз и лимфогистиоцитарная инфильтрация стенки бронхиол, инфильтрация в периваскулярной ткани.

Общая распространенность всех вариантов поражения НДП у обследованных нами больных РА оказалась необычно высокой для внесуставного проявления заболевания (до 620 : 1000 некурящих больных РА). При этом более чем в половине случаев (55%) поражение НДП протекало малосимптомно и обнаруживалось по лишь наличию изолированной дистальной БО и/или структурных изменений бронхов, выявляемых с помощью МСКТ. Подобные субклинические поражения, как правило, не привлекают внимания врачей и самих пациентов и в краткосрочном аспекте не требуют специального лечения. Однако как было показано D. Swinson et al. [14], смертность среди больных РА со структурными изменениями бронхиального дерева (в частности, с наличием БЭ) многократно превышает таковую среди здоровых лиц (более чем в 7 раз) и среди больных РА без указанных поражений (в 5 раз). Следовательно, раннее выявление у больных РА поражений НДП и мониторинг у них динамики соответствующих структурных и функциональных изменений следует считать прогностически важным компонентом долгосрочной медицинской помощи при данном заболевании.

Симптомокомплекс интерстициального поражения легких (РА-ИП) выявлен нами у 12% (n = 12) больных РА. У пациентов контрольной группы подобных поражений обнаружено не было (p<0,001). У семи (7%) больных РА имелось сочетание рестрикции (уменьшение общей емкости легких (ОЕЛ) до $64,0 \pm 7,9\%$ от должной величины) со снижением ДСЛ до $66,3 \pm 8,5\%$ от должной величины, а также с изменениями на МСКТ по типу интерстициального легочного фиброза (линейные тяжи и сетчатость в базальных отделах легких с обеих сторон, нарушение бронхосудистой архитектоники легких) [15] (рис. 3). Все больные с указанными изменениями были женщинами в возрасте старше 60 лет. Большинство этих пациентов (86%, n = 6) предъявляли жалобы на кашель и одышку. Более чем в половине случаев (57%, n = 4) кашель был продуктивным с отхождением скудной слизистой мокроты. Одышка в основном была умеренной, отмечалась у 4 (57%) пациентов и достигала 2–3 градации по шкале MRC.

Изменения по типу интерстициального фиброза различной выраженности были выявлены при МСКТ легких еще у 49 больных РА, что составило 47% от их общего количества. У этих пациентов не отмечалось сотовой перестройки легочной ткани, отсутствовали рестриктивные изменения, не снижалась ДСЛ. Подобные изменения, в силу их распространенности и субклинического течения, по-видимому, следует рассматривать как «стигматы» РА-ИП, не требующие существенной коррекции лечебной тактики и проведения инвазивных диагностических процедур. Сиюминутная клиническая значимость таких изменений представляется небольшой. Однако поскольку на сегодняшний день прогнозировать дальнейшее течение подобных поражений невозможно, у больных РА с малосимптомным вовлечением

легочного интерстиция целесообразно проводить регулярный контроль функции внешнего дыхания. При присоединении рестриктивных расстройств и/или снижении ДСЛ таким пациентам может быть рекомендовано повторное проведение МСКТ и по мере необходимости может производиться биопсия легкого для уточнения диагноза и лечебной тактики.

У пяти (5%) обследованных нами больных РА при МСКТ выявлены изменения по типу организуемой пневмонии: консолидация легочной ткани, очаги, сетчатость, феномен «матового стекла» [15]. В контрольной группе подобные изменения не отмечены. У четырех из этих больных выявлено снижение ДСЛ ($67,0 \pm 20,1\%$ от индивидуальных должных величин), у трех имелись рестриктивные нарушения (ОЕЛ– $66,4 \pm 8,1\%$). От больных РА без признаков интерстициального поражения легких пациенты с МСКТ-картиной организуемой пневмонии отличались большей выраженностью кашля и одышки (p<0,05), а также более низкими показателями ОЕЛ ($66,4 \pm 8,1\%$ и $83,1 \pm 12,8\%$, p<0,05).

Клинические и МСКТ-признаки вовлечения плевры имели место у 38% обследованных больных РА и не выявлялись у пациентов контрольной группы. У 25% больных РА (n=26) отмечались постоянные или периодические боли в груди, усиливающиеся при дыхании и кашле. Указанные жалобы могут быть расценены как проявление сухого плеврита. Плевральные наложения, утолщение листков плевры выявлены при МСКТ у 14 (13%) пациентов (рис. 4). Высокая частота остаточных изменений плевры у обследованных пациентов позволяет говорить о том, что ревматоидный плеврит, в отличие, например, от плеврита при системной красной волчанке, протекает не столь эфемерно и нередко оставляет после себя структурные изменения плевральных листков.

У наблюдавшихся нами больных РА не выявлено связи характера, частоты и тяжести бронхоле-

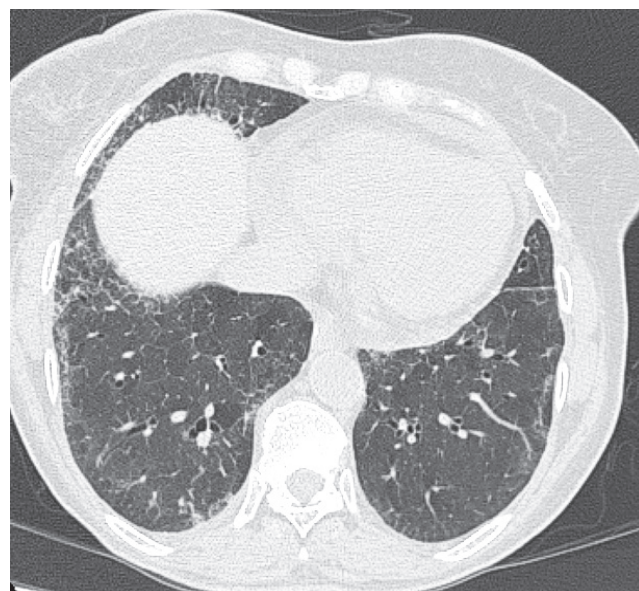


Рис. 3. МСКТ легких больной РА 65 лет. Признаки интерстициального легочного фиброза: линейные тяжи, сетчатость, тракционные бронхоэктазы.

гочных поражений с показателями активности основного заболевания, его продолжительностью, выраженностью структурных изменений в суставах (рентгенологической стадией РА), а также характером проводимой болезньюмодифицирующей терапии (в том числе с применением метотрексата и препаратов золота, нередко «подозреваемых» в способности вызывать лекарственные поражения легких).

У большинства обследованных больных РА бронхолегочные поражения представляли собой анатомически многоуровневый процесс. Поражение НДП в половине случаев (у 31% от общего количества больных РА) сопровождалось симптомами вовлечения легочного интерстиция и/или плевры. У всех пациентов с картиной РА-ИП выявлены клинические и/или МСКТ-признаки поражения НДП. Многоуровневое поражение органов дыхания формировало у больных РА своеобразную клиническую картину, в которой суммировались клинические проявления отдельных вариантов бронхолегочных поражений. По этой причине у больных РА оказалось затруднительным выявить и описать индивидуальный «клинический образ» поражения различных отделов респираторного тракта.

Частое малосимптомное течение и неспецифичность клинических проявлений выдвигают на первый план в диагностике бронхолегочных поражений у больных РА сочетание функциональных (исследование легочных потоков и объемов, ДСЛ) и визуализирующих (МСКТ легких) методов. Исследование легочной функции составляет на сегодняшний день основу диагностики бронхообструктивных заболеваний [16], и важность его регулярного проведения у больных РА в связи с высоким риском присоединения БО очевидна. МСКТ легких, в свою очередь, является наиболее чувствительным из инструментальных методов диагностики поражений НДП [17] и единственным неинвазивным методом выявления бронхолиита у больных РА [13]. МСКТ легких также позволяет уточнить наличие сопутствующего вовлечения легочной паренхимы [15] и предоставляет важную информацию для исключения или подтверждения других легочных заболеваний, с ко-

торыми потребуются проведение дифференциального диагноза.

Таким образом, распространенность и клиническое значение поражений органов дыхания при РА весьма велики и ранее очевидно недооценивались. Признаки вовлечения легких, плевры и НДП выявляются в разных сочетаниях у 71% пациентов. У больных РА встречаются поражения всех отделов респираторного тракта—проксимальных и дистальных бронхов, интерстиция и паренхимы легких, а также плевры. Особенностью течения бронхолегочных поражений у больных РА является их многоуровневый характер, позволяющий предполагать анатомическую непрерывность воспалительно-склеротического поражения нижних дыхательных путей. У многих больных РА поражения легких и НДП, имеющие существенное прогностическое значение, протекают субклинически, что требует активных мероприятий по их выявлению. Наибольшее значение для выявления и уточнения характера поражений органов дыхания у больных РА имеет сочетанное применение функциональных (исследование легочных потоков и объемов, ДСЛ) и визуализирующих (МСКТ легких) методов исследования.

Общепринятые подходы к лечению бронхолегочных поражений у больных РА до настоящего времени не сформированы. При неинфекционных поражениях дистальных бронхов (бронхиолите) традиционно прибегают к иммуносупрессивной и симптоматической терапии. У наблюдавшихся нами пациентов при потребности в лечении с успехом применялись ингаляционные бронхолитики (β_2 -агонисты и М-холинолитики) на фоне продолжающейся болезньюмодифицирующей терапии. При констриктивном бронхиолите тяжелого прогрессирующего течения в рамках РА удовлетворительный эффект (стабилизация показателей ФВД, значительное уменьшение выраженности кашля и одышки) получен нами на фоне комбинированной иммуносупрессивной терапии по схеме: азатиоприн 100 мг/сут + метилпреднизолон 12 мг/сут + будесонид 1000 мкг/сут ингаляционно через небулайзер, а также ингаляционного применения бронхолитиков. В последние годы получены обнадеживающие данные об успешном применении при поражениях дистальных бронхов различной (в том числе неинфекционной) этиологии азитромицина и других макролидных антибиотиков [18–20]. Изучается эффективность ингаляционных форм циклоsporина А и разнообразных биологических агентов.

Лечение больных РА с признаками РА-ИП представляет собой непростую задачу. Выбор медикаментозной терапии затрудняется разнообразием клинико-патоморфологических вариантов РА-ИП и отсутствием контролируемых рандомизированных исследований в данной области. Не ясно, в какой мере у больных с РА-ИП могут быть использованы подходы, применяемые в отношении идиопатических интерстициальных пневмоний. Очевидно одно: при лечении РА-ИП не следует ориентироваться на медикаментозные режимы,

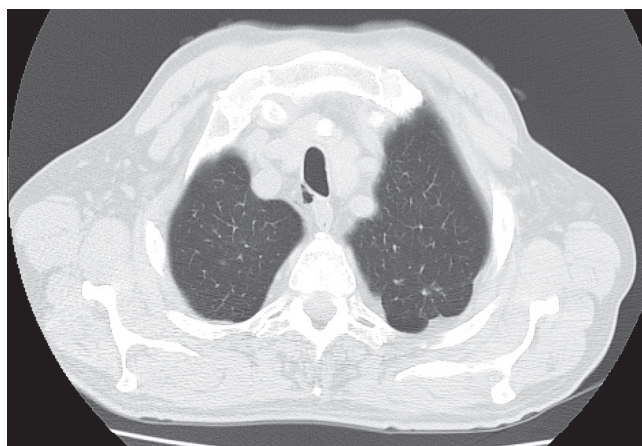


Рис. 4. МСКТ легких больной РА 61 года. Плевральные наложения.

обеспечивающие эффективный контроль суставного синдрома [5]. Прогрессирующее РА-ИП может развиваться у больных РА при отсутствии явлений синовита и может потребовать гораздо более напряженного режима лечения, нежели это было бы уместным с учетом выраженности суставных проявлений болезни.

Лечение клинически значимых форм РА-ИП рекомендуется начинать с приема кортикостероидов внутрь (преднизолон 0,5 мг/кг/сут в течение 1–3 месяцев) [21]. При улучшении, подтверждаемом положительной динамикой функциональных и рентгенологических показателей, доза преднизолона может быть снижена до 10 мг/сут или 20 мг/сут через день. При отсутствии положительной динамики в состоянии больного на фоне умеренных доз пероральных стероидов, целесообразно оценить эффективность их комбинации с иммунодепрессантами [21]. В подобных случаях при лечении идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) и неспецифической интерстициальной пневмонии (НИП) используется сочетание преднизолона (0,5 мг/кг/сут со снижением за 3 месяца до 0,125 мг/кг/сут) и азатиоприна (2–3 мг/кг/сут, максимальная доза 150 мг/сут) [21]. Указанные медикаментозные режимы могут сыграть положительную роль и в лечении больных РА-ИП. Назначение высоких доз стероидов в виде монотерапии не рекомендуется, особенно у больных с выраженным фиброзом (гистологически верифицированная обычная интерстициальная пневмония или явная «сотовая» трансформация легочной ткани по данным МСКТ) [22].

Предпринимаются попытки использования в лечении РА-ИП и других иммунодепрессантов и биологических агентов, в том числе циклоспорина А и антагонистов TNF- α , однако вопрос об их эффективности и безопасности до настоящего времени остается открытым [21]. Имеются сообщения о большей частоте бронхолегочных инфекций и о случаях фульминантного прогрессирования РА-ИП у пациентов, получавших терапию биологическими агентами [23–25].

Привлекают внимание возможности применения у больных с идиопатическим легочным фиброзом N-ацетилцистеина (НАС) в комбинации с небольшими дозами преднизолона и азатиоприна [21, 26], поскольку одним факторов, запускающих фибропластический процесс при ИЛФ, может являться повреждение легочной ткани активными формами кислорода на фоне дефицита эндогенных антиоксидантов [27]. В ходе проведенного в США проспективного рандомизированного исследования установлено, что добавление НАС в дозе 600 мг/сут к стандартной терапии преднизолоном и азатиоприном у больных с ИЛФ существенно замедляет снижение функциональных показателей легких – жизненной емкости и ДСЛ [26]. Результаты данного исследования позволяют отнести комбинированную терапию с использованием НАС к числу перспективных направлений медикаментозного лечения вариантов ИП с выраженным фибропластическим компонентом,

распространенных в том числе и у больных РА. Однако эффективность НАС при РА-ИП требует подтверждения.

Большую роль в ведении больных РА с интерстициальным поражением легких должны играть оптимальная поддерживающая терапия, включающая долгосрочную кислородотерапию на дому, и легочная реабилитация. У пациентов с неуклонно прогрессирующим течением РА-ИП единственной возможностью продления жизни и повышения ее качества может оказаться трансплантация легких.

Список литературы:

1. Насонов Е. Л. (ред.) Ревматология. Национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа; 2008.
2. Gabriel S. E., Crowson C., Kremers H. et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum.* 2003; 48: 54–58.
3. Turesson C., Matteson E. Management of extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2004; 16: 206–211.
4. Crestani B. The respiratory system in connective tissue disorders. *Allergy* 2005; 60: 715–734.
5. Brown K. K. Rheumatoid lung disease. *Proc. Am. Thorac. Soc.* 2007; 4: 443–448.
6. Arnett F., Edworthy S., Bloch D. et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988; 31: 315–324.
7. Medical Research Council. Definition and classification of chronic bronchitis for clinical and epidemiological purposes. *Lancet* 1965; i: 775–779.
8. Pellegrino R., Viegi G., Brusasco V., et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur. Respir. J.* 2005; 26: 948–968.
9. Barnes P. J. Managing chronic obstructive pulmonary disease. *Science Press* 1999.
10. Murray C. J. L., Lopez A. D. Evidence-based health policy – lessons from the global burden of disease study. *Science* 1996; 274: 740–743.
11. Vergnenegre A., Pugnere N., Antonini M. T., et al. Airway obstruction and rheumatoid arthritis. *Eur. Respir. J.* 1997; 10: 1072–1078.
12. Perez T., Remy-Jardin M., Cortet B. Airways involvement in rheumatoid arthritis. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1998; 157: 1658–1665.
13. Ryu J. H., Myers J. L., Swensen S. J. Bronchiolar disorders. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2003; 168: 1277–1292.
14. Swinson D. R., Symmons D., Suresh U. et al. Decreased survival in patients with co-existent rheumatoid arthritis and bronchiectasis. *British Journal of Rheumatology* 1997; 36: 689–691.
15. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002; 165: 277–304.
16. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (UPDATED 2007). – 2007.

17. de Jong P. A., Muller N. L., Pare P. D., Coxson H. O. Computed tomographic imaging of the airways: relationship to structure and function. *Eur. Respir. J.* 2005; 26: 140–152.
18. Gerhardt S.G., McDyer J.F., Girgis R.E., et al. Maintenance azithromycin therapy for bronchiolitis obliterans syndrome: results of a pilot study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2003, 168, 121–125.
19. Gottlieb J., Szangolies J., Koehnlein T., et al. Long-term azithromycin for bronchiolitis obliterans syndrome after lung transplantation. *Transplantation*, 2008, 85, 36–41.
20. Benden C., Boehler A. Long-term clarithromycin therapy in the management of lung transplant recipients. *Transplantation*, 2009, 87, 1538–1540.
21. Wells A. U., Hirani N. and on behalf of the BTS Interstitial Lung Disease Guideline Group, a subgroup of the British Thoracic Society Standards of Care Committee, in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society. *Interstitial lung disease guideline. Thorax* 2008; 63: v1–v58.
22. Richeldi L., Davies H. R., Ferrara G., et al. Corticosteroids for idiopathic pulmonary fibrosis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2003: CD002880.
23. Hagiwara K., Sato T., Takagi-Kobayashi S., et al. Acute exacerbation of preexisting interstitial lung disease after administration of etanercept for rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.* 2007; 34: 1151–1154.
24. Lindsay K., Melsom R., Jacob B. K., et al. Acute progression of interstitial lung disease: a complication of etanercept particularly in the presence of rheumatoid lung and methotrexate treatment. *Rheumatology (Oxford)* 2006; 45: 1048–1049.
25. Winthrop K. L. Serious infections with antirheumatic therapy: are biologicals worse? *Ann. Rheum. Dis.* 2006; 65: iii54–iii57.
26. Demedts M., Behr J., Buhl R., et al. High-dose acetylcysteine in idiopathic pulmonary fibrosis. *N. Engl. J. Med.* 2005; 353: 2229–2242.
27. Gehr J., Maier K., Degenkolb B., et al. Antioxidative and clinical effects of high-dose N-acetylcysteine in fibrosing alveolitis. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1997; 156: 1897–1901.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВЕНАРУС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПРОКТОЛОГИИ

Ширинский В.Г.¹, Лытасова Е.С.², Маслов В.В.², Розумный И.А.¹, Любин П.В.¹

¹ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»,

²Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резюме. Многокомпонентный механизм действия, эффективность и безопасность препарата Венарус обуславливает его эффективность при комплексном лечении хронической венозной недостаточности в послеоперационном периоде у проктологических больных.

Ключевые слова: Венарус, острый геморрой, хронический геморрой.

Актуальность. Выделение крови и боль в области анального канала во время акта дефекации, зуд и дискомфорт, запоры и вздутие живота—это симптомы, которые знакомы многим. Статистика последних лет свидетельствует о значительной распространенности, тенденции к росту числа заболеваний прямой кишки среди взрослого населения, а, следовательно, к увеличению объема оказываемой помощи, как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Зачастую проктологи сталкиваются с рядом послеоперационных осложнений при выполнении хирургических вмешательств в области анального канала и прямой кишки. В структуре ранних послеоперационных осложнений выраженный болевой синдром занимает от 10 до 56 %, развитие периаанального отека 2–24 %, температурные реакции встречаются

в 7–18% наблюдений, острая задержка мочи в 9–16 % случаев [В.Г. Мишалов и соавт. 2008 г.].

Цель: оценить эффективность лечения проктологических больных путем применения препарата Венарус (диосмин-гесперидин) в комплексном лечении хронической венозной недостаточности.

Материалы и методы. В период с марта по июль 2013 г. на базе колопроктологического (онкологического) отделения ЦКБ №2 им. Семашко ОАО РЖД нами были пролечены 116 человек. В ходе исследования пациенты были разделены на две группы: пациенты, которые в плане комплексного лечения в раннем послеоперационном периоде, помимо традиционной терапии, получали препарат Венарус в течение 14 дней в дозировке 0,45/0,05г (1 таблетка) 3 раза в день, и пациенты контрольной группы, которым выполнялись стандартные перевязки (санация раневых поверхностей растворами антисептиков, свечи и мази).

Результаты. из общего количества больных с диагнозом "острый/хронический комбинированный геморрой" было госпитализировано 4 и 70 человек соответственно, с диагнозом "хронические анальные трещины"—23 человека; у 11 больных

был диагностирован парапроктит, 8-ми больным выполнялось оперативное вмешательство по поводу свищей прямой кишки. Эффективность препарата Венарус оценивалась по следующим критериям: уменьшение выраженности болевого синдрома, сроки возникновения и стихания периаанального отека, интенсивность кровотечения в раннем послеоперационном периоде, период заживления послеоперационных ран.

Сравнение результатов проводили на 1, 3, 7 и 14 дни послеоперационного периода. Болевой синдром оценивали с помощью числовой ранговой шкалы и количественной оценки применяемых больным анальгезирующих средств. Интенсивность кровотечения—по количеству используемых гигиенических салфеток, изменениям лабораторных показателей крови.

Нами было отмечено, что выраженный болевой синдром к 3-м, 7-м суткам отмечали 41,6% оперированных больных (25 человек) в группе «Венарус» и в 91% случаев (51 человек) контрольной группы. При этом при оценке по числовой ранговой шкале данный показатель держался на уровне 4-7 баллов в основной группе и 8-9 в контрольной.

Выраженный послеоперационный отек к 3-м суткам отмечен у 8-ми человек (13,3%) в основной группе (больные, в комплексное лечение которых был включен препарат Венарус) и у 27 больных контрольной группы (48% наблюдений).

Количество больных, требующих проведения гемостатической терапии в послеоперационном периоде, в основной группе составило 30 человек (50%), в контрольной этот показатель был равен 80,3% (45 человек). Таким образом, отмечается уменьшение риска развития кровотечений после общепроктологических операций при приеме препарата Венарус на 30%.

Заключение. Отмечен клинический эффект, связанный с применением препарата Венарус в комплексном лечении хронической венозной недостаточности в послеоперационном периоде у проктологических больных. Многокомпонентный механизм действия, эффективность и безопасность препарата Венарус позволяют в полной мере проводить системную фармакотерапию острого/хронического геморроя, а также раннего послеоперационного периода после общепроктологических хирургических пособий.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИНОРА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Широких Т.А., Кречетов. Г.М., Артюшина Е.И.

ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

Ключевые слова: синдром Минора, дегисценция, верхний полукружный канал, антромастодотомия.

Обзор литературы. Синдром Минора (1998)—синдром дегисценции верхнего полукружного канала. Клинически проявляется слуховыми и вестибулярными нарушениями. Гипотезы развития синдрома Минора: по данным аутопсии у 2% людей встречаются дегисценции или истончение кости, расположенной над верхним полукружным каналом в области средней черепной ямки, верхнего каменистого синуса

Истончение костной стенки верхнего полукружного канала чаще двустороннее (Carey J. et al., 2000; Hirvonen T., et al., 2003). Предпосылки для образования дегисценции ВПК:

- Истончение кости в области передней грани пирамиды (приобретённая аномалия развития височной кости, формирующаяся после 2-3 летнего возраста);
- Формирование тонкой костной стенки в области верхнего полукружного канала;
- Травма головы, ятрогенное повреждение;
- Латентное воспаление (формирование гранулемы, специфическое поражение);

- Повышение внутричерепного давления;
- Формирование дегисценции в области верхнего полукружного канала, сопровождающееся пролабированием твёрдой мозговой оболочки внутрь канала или наоборот выбухания стенки перепончатого канала.

Локализация дегисценции верхнего полукружного канала:

- Область средней черепной ямки;
- Область борозды верхнего каменистого синуса;
- Комбинация средней черепной ямки и борозды верхнего каменистого синуса

Клиническая картина:

- Бессимптомное течение (случайная находка при КТ височных костей);
- Клинические проявления зависят от размера дегисценции верхнего полукружного канала;
- Возможно сочетание с другой ушной патологией.

Диагностика синдрома:

- Аудиологические и электрокохлеографические признаки гидропса лабиринта (менее 50%);
- Вестибулометрия—асимметрия ВВР, гипер-

реакция пораженного лабиринта, вертикально-ротаторный нистагм, вызванный звуком, костной вибрацией сопровождающиеся головокружением, а так же положительные прескорные и(или) позиционные пробы;

- Определение вестибулярных миогенных потенциалов (VEMPs) в ответ на стимулы низкой интенсивности (вестибулярная гиперчувствительность к звукам) (Carey J. et al., 2000; Modugno G. et al., 2005).

Единственный метод лечения данного синдрома – хирургическое закрытие дегисценции верхнего полукружного канала.

Хирургические подходы:

- Экстрадуральный доступ к средней черепной ямке с пластикой зоны дефекта аутокостью, фасцией или височной мышцей (Pletcher S., et al., 2005).

- Трансмастоидальный доступ к вертикальному полукружному каналу с его пломбировкой аутоотканями (Brantberg K. et al., 2001).

Клиническое наблюдение. Пациентка Ч., 34 лет. Жалобы: снижение слуха, ежедневные приступы выраженного системного головокружения

продолжительностью 30-40 мин, усиливающиеся в положении на правом боку или спине. Анамнез: двухсторонний хронический средний отит с детства, продолжительность головокружений более 10 лет с периодическими стойкими ремиссиями.

Проведено обследование:

1. Аудиометрия: двухсторонняя смешанная тугоухость, флюктуация слуха справа;

2. Вестибулометрия: асимметрия вестибулярных реакций, гиперрефлексия справа. Положительный фистульный симптом, положительные гравипозиционные пробы;

3. КТ височных костей – дегисценция верхнего полукружного канала справа, картина хронического среднего отита.

Хирургическое лечение: антромастотомия с пломбировкой просвета вертикального полукружного канала. Ближайший и отдаленный послеоперационный период протекали гладко, получен хороший функциональный эффект, заключающийся в отсутствии головокружений системного характера.

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕНИНГИТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Эйсмонт Н.В., Оприщенко С.А., Дудченко А.В.,
Смирнов Н.А., Вигриянов В.Ю., Герасимов Л.Н., Веремеенко Т.А.

ГКУЗ «Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина ДЗМ»

Ключевые слова: туберкулезный менингит, ВИЧ, ВАРТ, ПЦР в режиме реального времени.

Актуальность. Своевременная диагностика туберкулезного менингита у пациента в большинстве случаев спасает ему жизнь в случае вовремя начатой адекватной противотуберкулезной терапии. У больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции клиника туберкулезного менингита часто совпадает с клиникой грибкового, вирусного, бактериального поражения центральной нервной системы. Поэтому важно проведение быстрой дифференциальной диагностики туберкулезной этиологии заболевания у этой группы пациентов.

Цель исследования: изучить возможности быстрой лабораторной диагностики туберкулезного менингита и ее влияние на результаты лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 34 больных поздними стадиями ВИЧ-инфекции, страдавшие туберкулезным менингитом, наблюдавшиеся в ГКУЗ «Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина ДЗМ» в период 2013-2015 гг. У 17 пациентов (1-я группа) диагноз был подтвержден путем определения наличия

маркера ДНК микобактерии туберкулеза (МБТ) в ликворе молекулярно-генетическим методом (ПЦР в режиме реального времени, результат – на 2-3-й день с определенной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам 1-го ряда – изониазиду и рифампицину), у остальных 17 пациентов (2-я группа) – методом посева ликвора на жидкие питательные среды (методом «Версатрек», результат – на 6-19 сутки с определенной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам 1-го и 2-го ряда). Статистическая оценка результатов исследования проводилась с помощью расчета отношения шансов (ОШ), определения для него границ 95% доверительного интервала (ДИ), за величину уровня статистической значимости принимали значение $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Обе группы изучения по половой, возрастной, социальной структуре ничем не отличались ($p = 0,7066297 - 1,00$). По характеристике ВИЧ-инфекции обе группы также не имели отличий: это касалось пути (парентеральный (ОШ 0,24, 95% ДИ 0,04-1,43), половой (ОШ 4,15, 95% ДИ 0,70-27,21, $p = 0,14$) и дав-

ности заражения ВИЧ-инфекцией ($p=0,33-1,00$), получения пациентами высокоактивной антиретровирусной терапии (ВАРТ) (ОШ 1,00, 95%ДИ 0,18-5,54, $p=0,70$) и ее схем ($p=0,68-0,73$), степени иммунодефицита перед началом лечения менингита (уровень CD4 менее 50-200 кл/мкл— $p=0,07-0,46$), наличия вторичных при ВИЧ-инфекции заболеваний (кандидоз, ЦМВИ, токсоплазмоз— $p=0,70-1,00$), наличия сопутствующей патологии (гепатит «С», наркомания, алкоголизм, цирроз печени, панкреатит, анемия, тромбоцитопения— $p=0,16-1,00$), развития у пациентов воспалительного синдрома восстановленного иммунитета (ОШ 3,43, 95%ДИ 0,26-96,53, $p=0,60$). Ничем не отличались обе группы изучения и по характеристике туберкулеза: одинаковое количество впервые выявленных пациентов (болеют туберкулезом до 1 года) (ОШ 2,70, 95%ДИ 0,54-14,31) и больных туберкулезом из числа контингентов противотуберкулезной службы (болеют туберкулезом более 1 года) (ОШ 0,37, 95% ДИ 0,07-1,87, $p=0,29$), клинических форм туберкулеза (диссеминированный (ОШ 0,74, 95%ДИ 0,12-4,32, $p=1,00$), милиарный и инфильтративный туберкулез легких (ОШ не опред., $p=1,00$), туберкулез внутригрудных лимфоузлов (ОШ 1,61, 95%ДИ 0,18-16,61, $p=1,00$), сочетание с туберкулезом внелегочных локализаций ($p=0,60-1,00$), генерализованный туберкулез (ОШ 0,74, 95% ДИ 0,12-4,32, $p=1,00$), наличия МБТ в мокроте (ОШ 0,56, 95%ДИ 0,10-3,15, $p=0,70$) и

их устойчивости к противотуберкулезным препаратам ($p=0,10-1,00$). Пациентам из 1-й группы изучения с самого начала после получения результата ПЦР исследования ликвора усиливались режимы химиотерапии туберкулеза препаратами 2-го ряда, пациентам 2-й группы—режим химиотерапии туберкулеза усиливался препаратами 2-го и 3-го ряда после получения спектра устойчивости полученной культуры МБТ ликвора ($p=0,65-1,00$). Выписались из стационара с улучшением (исчезновение симптомов интоксикации, менингеальных симптомов, нормализация температуры тела, положительная рентгенологическая динамика туберкулеза на рентгенограммах органов грудной клетки, нулевая нагрузка ВИЧ в крови) 58,8% пациентов 1-й группы и 47,1% 2-й (ОШ 0,62, 95% ДИ 0,13-2,97, $p=0,73$), умерли 6 пациентов 1-й и 8 пациентов 2-й группы изучения. Однако статистически достоверно у большей части пациентов 1-й группы (47,1%), чем у 2-й (5,9%) произошла санация ликвора на 2-й месяц интенсивной фазы химиотерапии туберкулеза (ОШ 0,07, 95%ДИ 0,00-0,74, $p<0,05$).

Заключение. Для ускоренной диагностики туберкулезного менингита, особенно у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, в стационарах как общей лечебной сети, так и в противотуберкулезных рекомендовано использование молекулярно-генетического метода (ПЦР в режиме реального времени) с целью своевременного выявления в ликворе маркеров ДНК МБТ.

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗАГРУДИННО РАСПОЛОЖЕННОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Алексанян А.А., Ширинский В.Г., Хохлатов Д.Э., Алибеков К.К.</i>	3
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ <i>Алексанян А.А., Ширинский В.Г., Хохлатов Д.Э., Алибеков К.Т.</i>	4
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАЗОВЫХ ГРЫЖ <i>Алибеков К.Т., Луцевич О.Э., Ширинский В.Г., Хохлатов Д.Э., Алексанян А.А.</i>	5
КОМБИНАЦИЯ КЕТАМИНА И ПРОПОФОЛА («КЕТОФОЛ») ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ <i>Арболишвили Г.Н., Потешкина Н.Г.</i>	7
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЗДНЕГО ОСТРОГО И АКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОТТОРЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА <i>Артюхина Л.Ю., Столяревич Е.С., Томилина Н.А., Иванова Е.С.</i>	8
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА СЛУХОПРЕДДВЕРНОГО НЕРВА <i>Артюшина Е.И.</i>	9
ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Бабаян Г.Р., Трушкин Р.Н., Ванюков А.Е., Сысоев А.М., Сысоев В.М.</i>	10
СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» И ПРИНЦИПЫ ИХ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ <i>Багуцкий А.Ю.</i>	11
СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛСОДЕРЖАЩЕЙ СИСТЕМЫ «МИРЕНА» И МЕДЬСОДЕРЖАЩИХ ВМС ПО ДАННЫМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ <i>Баева Н.Г.</i>	15
В-КЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА НЕКЛАССИФИЦИРУЕМАЯ, ПРОМЕЖУТОЧНАЯ МЕЖДУ ДИФFUЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМОЙ И ЛИМФОМОЙ БЕРКИТТА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ <i>Барях Е.А., Мисюрин А.Е., Ковригина А.М., Обухова Т.Н., Воробьев В.И., Мангасарова Я.К., Кравченко С.К.</i>	17
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЖЕСТКОСТЬ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ АГ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Белоглазова И.П., Могутова П.А., Потешкина Н.Г.</i>	18
ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИПЕРТОНИЕЙ И ЗДОРОВЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Белоглазова И.П., Добашина А.Н., Могутова П.А., Потешкина Н.Г.</i>	19
АНСА-АССОЦИИРОВАННЫЕ ВАСКУЛИТЫ, СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ <i>Беседовская Н.А., Загребнева А.И.</i>	20
ПРОБЛЕМЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ: ГЕПАРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ <i>Буланов А.Ю., Прасолов Н.В., Яцков К.В., Доброва Н.В., Андрейченко С.А.</i>	21
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Ванюков А.Е., Бабаян Г.Р., Бондаренко С.А.</i>	22

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛОЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ПРОГРАМНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ <i>Ванюков А.Е., Бабаян Г.Р., Бондаренко С.А., Кириллов М.Г.</i>	23
«ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ» У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ <i>Воронова М.Ю., Бодня О.С.</i>	24
ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ <i>Демкина А.Е. Хашиева Ф.М., Крылова Н.С., Ковалевская Е.А., Потешкина Н.Г.</i>	25
УРОВЕНЬ ВНР У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ <i>Демкина А.Е., Хашиева Ф.М., Крылова Н.С., Ковалевская Е.А., Потешкина Н.Г.</i>	25
ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА <i>Духанина М.В., Мазуркевич М.В., Фирсова Т.А., Кокая И.Ю., Давтян А.О.</i>	26
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЛАНОВОЙ И ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ <i>Дымковец В.П., Полухова Е.В.</i>	29
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ В РАМКАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Евсеев М.А., Розумный А.П., Локтев В.В., Никитин В.Е.</i>	30
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ВУЛЬВЫ <i>Ежов В. В., Елканова Е.Е., Дымковец В.П., Полухова Е.В.</i>	31
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ЛИХОРАДКИ У ПАЦИЕНТА С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА <i>Иванова Е.С., Артюхина Л.Ю., Томилина Н.А., Зелтынь-Абрамов Е.М., Столяревич Е.С., Белавина Н.И., Соколова Н.В.</i>	32
AL АМИЛОИДОЗ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ <i>Иванова Е.С., Артюхина Л.Ю., Столяревич Е.С., Томилина Н.А., Желнова Е.И.</i>	34
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТОЛОГИИ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ <i>Ильина А.Я., Шумилов П.В., Кириллова Н.И., Барина А.С., Фролова Е.В., Науменко М.Г., Кашин В.Н., Духанина М.В.</i>	35
ТРОМБОФИЛИЯ И ПАТОЛОГИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В СИСТЕМЕ «ЖЕНЩИНА-ПЛОД-НОВОРОЖДЁННЫЙ» <i>Ильина А.Я., Шумилов П.В., Барина А.С., Фролова Е.В., Кокая И.Ю., Кашин В.Н., Жигулина Т.А., Иванова Т.М., Мазуркевич М.В.</i>	38
СЛУЧАЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ У ЖЕНЩИНЫ В 94 ГОДА <i>Ковалевская Е.А., Крылова Н.С., Потешкина Н.Г., Шеянов М.В., Маркина Т.А.</i>	39
КАСКАДНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ИНТЕНСИВНОЙ НЕФРОЛОГИИ <i>Котенко О.Н., Подкорытова О.Л., Лосс К.Э., Лебедьков Е.В., Брацун О.И., Вронова Н.Е., Назарова И.Н., Ткаченко Н.Я.</i>	41

СЛУЧАЙ ГЕНЕТИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, МАНИФЕСТИРОВАВШЕЙ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>Крылова Н.С., Демкина А.Е., Ковалевская Е.А., Потешкина Н.Г., Бережной К.Ю., Дорофеева Е.Ю.</i>	42
ФИБРИЛЛЯЦИЯ И ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ <i>Крылова Н.С., Демкина А.Е., Хашиева Ф.М., Ковалевская Е.А., Потешкина Н.Г.</i>	44
ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ПО ЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ КОРПУСЕ – ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРЕНИРОВКИ И ПОДДЕРЖАНИЯ НАВЫКА <i>Луцевич О.Э., Вторенко В.И., Ширинский В.Г., Жаугашев А.Е.</i>	45
ОТ НОВИЧКА К ЭКСПЕРТУ ЗА ПЯТЬ ДНЕЙ <i>Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Жаугашев А.Е.</i>	45
ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЁЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У БОЛЬНЫХ С SITUS INVERSUS TOTALIS <i>Луцевич О.Э., Толстых М.П., Розумный А.П., Ширинский В.Г., Пронин А.И.</i>	46
ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ ШОВ – КЛЮЧ К УВЕЛИЧЕНИЮ СПЕКТРА ВЫПОЛНЯЕМЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ <i>Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Рубанов В.А., Жаугашев А.Е.</i>	47
ЭНДОХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В СОЧЕТАНИИ СО СТРИКТУРАМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА <i>Луцевич О.Э., Прохоров Ю.А., Гордеев С.А., Розумный А.П., Луцевич Э.В.</i>	48
РАЗРАБОТАННАЯ НА КАФЕДРЕ МЕТОДИКА СОКРАЩАЕТ КРИВУЮ ОБУЧЕНИЯ ВЫПОЛНЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В 6-8 РАЗ <i>Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Жаугашев А.Е.</i>	49
СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ. ОБЗОР <i>Луцевич О.Э., Праздников Э.Н., Вторенко В.И., Ширинский В.Г., Толстых М.П., Миронов К.Э., Розумный И.А.</i>	50
СТЕПЕНЬ УГАСАНИЯ НАВЫКА ИНТРАКОРПОРАЛЬНОГО ШВА, ПОЛУЧЕННОГО ПО АВТОРСКОЙ МЕТОДИКЕ КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ <i>Луцевич О.Э., Праздников Э.Н., Вторенко В.И., Ширинский В.Г., Толстых М.П., Миронов К.Э., Розумный И.А.</i>	50
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА <i>Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А.</i>	51
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Маймасов И.Г., Горбачук Н.В.</i>	52
ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ В УРГЕНТНОЙ НЕФРОЛОГИИ – ВЗГЛЯД ДЕРМАТОЛОГА <i>Маймасов И.Г., Горбачук Н.В., Зелтынь-Абрамов Е.М., Фролова Н.Ф.</i>	53
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Маркова Т.Н., Алексанян А.А., Ефремова Н.Н., Гуларян М.Э.</i>	54
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНА ХУМАЛОГ МИКС 50 В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА <i>Маркова Т.Н., Королева Г.А., Мищенко Н.К., Троцюк Т.Н.</i>	56

БЕЛОК PRAME НАХОДИТСЯ НА КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЕ И ВЫПОЛНЯЕТ РЕЦЕПТОРНУЮ ФУНКЦИЮ <i>Мисюрин В.А., Мисюрин А.В., Лыжко Н.А., Ахлынина Т.В., Мисюрина А.Е., Финашутин Ю.П., Кесаева Л.А., Пономарёв А.В., Барышникова М.А., Бурова О.С., Мисюрина Е.Н., Желнова Е.И.</i>	57
ОБНАРУЖЕНИЕ СКРЫТЫХ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ ПОМОЩИ РАЗРАБОТАННОЙ FISH-ПАНЕЛИ <i>Мкртчян А.С., Сальник А. А., Лапшина Н. А., Кесаева Л. А., Мисюрина Е.Н., Желнова Е.И., Марьин Д.С., Маврина Е.С., Курдюкова А.В., Каримова Е.А., Дубовой Д.А., Мисюрин А.В.</i>	58
РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ ПАНЕЛИ ДНК-ЗОНДОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ МЕТОДОМ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ ГИБРИДИЗАЦИИ IN SITU <i>Мкртчян А.С., Сальник А.А., Лапшина Н.А., Кесаева Л.А., Мисюрина Е.Н., Желнова Е.И., Марьин Д.С., Маврина Е.С., Мисюрин А.В.</i>	58
ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ И ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ <i>Моисеева М.А.</i>	59
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАЕТОМ 2 ТИПА В РЕАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Подачина С.В., Маркова Т.Н., Синявкин Д.А., Федорова Н.Д., Ефремова Н.Н., Мкртумян А.М.</i>	60
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ (RIFLE) У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ <i>Подкорытова О.Л., Ветшева М.С., Яковлева И.И., Вторенко В.И., Брацун О.И., Воронова Н.Е., Ткаченко Н.Я., Назарова И.Н.</i>	62
ГЕПАТОКАРДИАЛЬНЫЙ КОНТИНУУМ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ <i>Пономаренко Т.М., Белоглазова И.П., Трошина А.А., Потешкина Н.Г.</i>	63
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕТРОГРАДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ <i>Праздников Э.Н., Ширинский В.Г., Вардаев Л.И., Стручкова Е.Ю., Розумный А.П., Соловьев В.Н.</i>	64
РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ КОАГУЛОПАТИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ <i>Прасолов Н.В., Буланов А.Ю., Мисюрина Е.Н., Аппазова И.Э., Трушкин Р.Н.</i>	64
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Родоман Г.В., Соколов А.А., Шалаева Т.И., Сиротинский В.В., Степанов Е.А.</i>	65
МЕТОДИКА САНАЦИИ ХОЛЕДОХА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ <i>Семенов С.М., Розумный А.П., Хохлатов Д.Э., Никитин В.Е.</i>	66
БЕССИМПТОМНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ: РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ. ОБЗОР <i>Серова М.К., Аппазова И.Э.</i>	67
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ КРУПНЫХ ПОЛИПОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ <i>Стручкова Е.Ю., Бархатова И.В., Могильницкий И.Е., Карандова В.С., Стручков В.Ю., Воронцов А.Н.</i>	69

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОРСИНЧАТЫХ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ <i>Стручкова Е.Ю., Бархатова И.В., Могильницкий И.Е., Карандова В.С., Стручков В.Ю., Воронцов А.Н.</i>	70
ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА <i>Стручкова Е.Ю., Фомин В.С., Черепянецов Д.П., Бархатова И.В., Воронцов А.В., Стручков В.Ю., Могильницкий И.Е., Карандова В.С.</i>	71
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ Т-ХПН, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАТЭКТОМИЮ <i>Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е., Сысоев А.М., Соколов А.А.</i>	73
НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН <i>Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е., Морозов Н.В.</i>	75
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТОЦЕЛЕ <i>Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е., Морозов Н.В.</i>	76
НЕФРЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С Т-ХПН И АТИВНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА <i>Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е., Сысоев А.М., Соколов А.А.</i>	77
ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ ОБЪЕМОВ ПОСЛЕ СУПЕРСЕЛЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ <i>Трушкин Р.Н., Ванюков А.Е., Сысоев А.М., Бабаян Г.Р.</i>	79
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИСТПРОСТАТВЕЗИКУЛЭКТОМИЯ, УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ МЕТАХРОННЫМ РАКОМ ЛОХАНКИ ЛЕВОЙ ПОЧКИ (ИМПЛАНТАЦИОННЫЙ MTS В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ pT2N0M0 И СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННЫМ РАКОМ ПРОСТАТЫ pT2N0M0) <i>Трушкин Р.Н., Сысоев А.М., Щеглов Н.Е.</i>	80
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕФРЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Трушкин Р.Н., Сысоев А.М., Лубенников А.Е.</i>	83
ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОХРАННОЙ ВОДОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ <i>Трушкин Р.Н., Сысоев А.М.</i>	84
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭВЕРОЛИМУСОМ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ <i>Федорова Н.Д., Ким И.Г., Голякова Н.А., Синявкин Д.О.</i>	84
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОСТЛУЧЕВЫХ ЯЗВ <i>Лытасова Е.С., Розумный А.П., Одишелидзе Н.В.</i>	86
РЕЦИДИВ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ВАСКУЛИТА ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ <i>Фролова Н.Ф., Артюхина Л.Ю., Столяревич Е.С.</i>	86
ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ <i>Хашиева Ф.М., Демкина А.Е., Крылова Н.С., Ковалевская Е.А., Потешкина Н.Г.</i>	88

ТРАНСКУТАННАЯ АРТРОПЛАСТИКА ПРИ САКРОИЛЕИТЕ ПРОТЕЗОМ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ <i>Холодов С.А., Липай Е.В.</i>	89
ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Шеянов М. В., Терновой С. К., Фоминых Е. В., Завражина И. Н., Маколкин В. И., Сулимов В. А.</i>	90
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВЕНАРУС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПРОКТОЛОГИИ <i>Ширинский В.Г., Лытасова Е.С., Маслов В.В., Розумный И.А., Любин П.В.</i>	96
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИНОРА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>Широких Т.А., Кречетов. Г.М., Артюшина Е.И.</i>	97
ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕНИНГИТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ <i>Эйсмонт Н.В., Оприщенко С.А., Дудченко А.В., Смирнов Н.А., Вигриянов В.Ю., Герасимов Л.Н., Веремеенко Т.А.</i>	98

