



**11 – 17 НОЯБРЯ 2019 ГОДА  
МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ  
"III НЕДЕЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ  
В ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ"**

# **ТЕЗИСЫ**



УДК 61  
ББК 53/57я73  
Т66

**Т66 III Неделя образования в Елизаветинской больнице: сборник тезисов многопрофильного медицинского Форума, 11-17 ноября 2019 года, г. Санкт-Петербург. – М. : Издательство "Перо", 2019. – Мб. [Электрон. тек-стовые дан.]**

ISBN 978-5-00150-643-0

Издание посвящено изучению актуальных междисциплинарных проблем, связанных с диагностикой и лечением пациентов. В сборнике приведены результаты исследований, проведенных сотрудниками медицинских университетов Санкт-Петербурга, а также учреждений здравоохранения Северо-западного федерального округа.

Издание адресовано студентам, аспирантам и преподавателям высших медицинских учебных заведений, научным работникам, врачам различных специальностей.



## Содержание

### **I РАЗДЕЛ АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

1. АБДОМИНАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КАК МЕТОД ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ .....	6
2. ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА .....	7
3. КОРЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ .....	9
4. МЕТРОПЛАСТИКА. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ МАТКИ .....	11
5. ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ АНТИГЕСТАГЕННАЯ ТЕРАПИЯ МИОМЫ МАТКИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ .....	12
6. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ .....	14

### **II РАЗДЕЛ КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

1. ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И ВОСПАЛЕНИЯ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ..	16
--	----

### **III РАЗДЕЛ НЕВРОЛОГИЯ**

1. АКТУАЛЬНОСТЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С МЕНСТРУАЛЬНО-АССОЦИИРОВАННОЙ МИГРЕНЬЮ .....	18
2. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ДЕЛЕЦИЕЙ В ГЕНЕ RMR 22, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ СО СКЛОННОСТЬЮ К ПАРАЛИЧАМ ОТ СДАВЛЕНИЯ .....	19
3. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК) .....	19
4. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ..	20
5. НОВЫЙ ПОДХОД К КОМБИНИРОВАННОЙ РЕПЕРФУЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ .....	21
6. ОЛИВОПОНТОЦЕРЕБЕЛЛЯРНАЯ АТРОФИЯ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ .....	22
7. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА У ПАЦИЕНТА С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПАРАПРОТЕИНеМИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ .....	24
8. ПРИМЕНЕНИЕ АКУПUNKТУРЫ В РЕГУЛЯЦИИ БАЛАНСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ .....	25
9. ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА .....	26
10. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КОМОРБИДНОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ .....	27
11. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЛТ+ТЭ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА СПБ ГБУЗ «АЛЕКСАНДРОВСКАЯ БОЛЬНИЦА» .....	28
12. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА .....	30

### **IV РАЗДЕЛ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

1. ОПИСАНИЕ ИНТЕГРАЦИОННЫХ ПРОФИЛЕЙ И КАК ЕГО ЧИТАТЬ НА ПРИМЕРЕ СЕРВИСОВ ГИС РЕГИЗ .....	32
2. РОЛЬ стОСМП (коек динамического наблюдения) В РАБОТЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ .....	33
3. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	35

### **V РАЗДЕЛ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТУГОУХОСТИ .....	37
2. БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ .....	38
3. ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ .....	38
4. ОТКРЫТИЕ СПБ ГКУЗ «ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ СУРДОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»: НОВАЯ ВЕХА В ПЕТЕРБУРГСКОЙ СУРДОЛОГИИ .....	40

## **VI РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ**

1. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА .....	42
2. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА .....	43

## **VII СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**

1. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАСТАВНИЧЕСТВА ДЛЯ ВЫПУСКНИКОВ СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СЛУШАТЕЛЕЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ .....	46
2. ОПЫТ ПОДГОТОВКИ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ .....	47

## **VIII РАЗДЕЛ ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

1. КОМПЛЕКСНАЯ МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ .....	48
2. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ТАЗА .....	49

## **IX РАЗДЕЛ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА**

1. НЕОТЛОЖНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА .....	50
---	----

## **X РАЗДЕЛ УРОЛОГИЯ**

1. ДЛТ КАК МОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК И В КОМБИНАЦИИ С ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИЕЙ .....	52
2. КОРРЕКЦИЯ ГИПОГОНАДИЗМА У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ .....	56
3. ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ГИПОГОНАДИЗМА .....	58
4. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ .....	61

## **XI РАЗДЕЛ ФИЗИОТЕРАПИЯ**

1. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ФОТОХРОМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИЧА БЕЛЛА .....	65
2. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ФОНОФОРЕЗА «РАПЭКСА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ .....	66

## **XII РАЗДЕЛ ХИРУРГИЯ**

1. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА .....	68
2. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ ПРИ «ТРУДНОЙ КУЛЬТЕ» ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА .....	69
3. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ГАРАНЖО МЕТОДОМ ТЕР .....	71

4. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА .....	72
5. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ DS-КЛИПС .....	73
6. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ .....	74
7. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА .....	76
8. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ .....	76
9. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ .....	77

### **XIII РАЗДЕЛ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ИНФЕКЦИЯМИ КРОВотоКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА .....	80
---	----



# РАЗДЕЛ I

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

---

### АБДОМИНАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КАК МЕТОД ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гогуа М.С. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)  
Дудниченко Т.А. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, абдоминальная декомпрессия, акушерство и гинекология, физиотерапия

**Актуальность.** Среди важнейших проблем современного акушерства невынашивание беременности является актуальнейшей патологией, частота которого достигает 20%. Несмотря на многочисленные исследования, посвящённые данной проблеме, процент невынашивания беременности не удаётся снизить. В этой связи нами было проведено исследование, в основе которого лежит применение физического фактора в лечении угрозы прерывания беременности.

**Цель исследования.** изучение влияния абдоминальной декомпрессии на течение угрозы прерывания беременности во II и III триместре и исходов беременности.

**Материалы и методы.** Обследовано 112 пациенток с угрозой прерывания беременности во II и III триместре, которые были разделены на две группы.

Основную группу составили 73 (65,2%) беременные, основным методом лечения которых были процедуры абдоминальной декомпрессии. Абдоминальную декомпрессию, согласно рекомендациям по использованию метода, проводили беременным с угрозой её прерывания в режиме 5 циклов по 5 минут с интервалом 30 секунд. Режим разрядки был подобран индивидуально так, чтобы беременные не испытывали неприятных ощущений, в пределах 1,5 - 2,0 кПа. Курс терапии составил 8-10 процедур.

Контрольную группу составили 39 (34,8%) беременных с угрозой прерывания беременности во II и III триместре, получавшие медикаментозную сохраняющую беременность терапию.

Результаты. При поступлении в стационар 84% (94) беременных предъявляли жалобы на боли внизу живота периодического характера, постоянные боли внизу живота беспокоили 10,7% (12) обследованных, 8% (9) пациенток жаловались на боли в поясничной области. Повышенный тонус маточной мускулатуры был зафиксирован в 39,3% (44) случаев. Средняя продолжительность болевого синдрома до поступления в стационар составила 11,8 дней.

На фоне проводимой терапии такой симптом угрозы прерывания беременности как боли внизу живота и поясничной области купировался в основной группе через  $3,0 \pm 0,13$  дня, а в контрольной группе через  $4,4 \pm 0,23$  дня ( $p < 0,0001$ ). Нормализация маточного тонуса произошла в основной группе через  $3,2 \pm 0,20$  дня, а в контрольной группе через  $4,5 \pm 0,53$  дня ( $p < 0,006$ ).

Изучены особенности течения беременности и родов у 65,2% (73) обследованных пациенток с симптомами угрозы прерывания беременности во II и III триместре: у 64,4% (47) беременных основной группы и у 66,7% (26) беременных контрольной группы. Срочными родами завершилась беременность в  $95,8 \pm 2,9\%$  (45) случаев в основной группе и в  $80,8 \pm 7,7\%$  (21) случаев в контрольной

группе ( $p < 0,05$ ).

Преждевременные и запоздалые роды были зафиксированы в основной группе только по одному наблюдению ( $2,1 \pm 2,1\%$ ), а в контрольной группе по двум наблюдениям ( $7,7 \pm 5,2\%$ ) ( $p > 0,05$ ). Спонтанное прерывание беременности отмечено в одном случае ( $3,8 \pm 3,8\%$ ) в контрольной группе. Частота оперативного родоразрешения (кесарево сечение) в сравниваемых группах статистически не различались:  $8,5 \pm 4,1\%$  (4) в основной группе и  $19,2 \pm 7,7\%$  (5) в контрольной группе ( $p > 0,05$ ).

У большинства беременных с угрозой прерывания беременности во II и III триместре наступили срочные роды с рождением живых доношенных детей, однако у беременных основной группы родилось  $97,8 \pm 2,2\%$  (45) доношенных детей, в то время как в контрольной группе таких детей родилось на  $5,8\%$  меньше ( $92,0 \pm 5,4\%$  (23)) ( $p > 0,05$ ).

На фоне проведенной медикаментозной терапии угрозы прерывания беременности во II и III триместре, рождение недоношенных детей наблюдалось в 4 раза чаще ( $2,2 \pm 2,2\%$  в основной группе против  $8,0 \pm 5,4\%$  в контрольной группе), что свидетельствовало о более благоприятном влиянии немедикаментозного метода лечения у беременных с данной патологией.

Выводы. Учитывая полученные результаты можно сделать вывод, что применение абдоминальной декомпрессии при угрозе прерывания беременности во II и III триместрах способствует нормальному течению беременности и рождению детей в срок – в  $95,8\%$  случаев, что по сравнению с контрольной группой ( $80,0\%$ ) демонстрирует достоверно более высокие показатели ( $p < 0,05$ ).

Выполнение процедур абдоминальной декомпрессии позволило сократить сроки пребывания в стационаре, исключить необходимость в стационарном лечении.

#### **Список литературы:**

1. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. М., 2010. 534с.
2. Heyns O.S. Abdominal decompression in the first stage of labor. *Obstetr. Gynecol.* 1959. V. 66. P. 220.
3. Акушерство. Национальное руководство /под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. 1200 с.

## **ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Кахиани Е.И (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)  
Арт О.С. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)  
Чава Л.И. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** электроэнцефалография (ЭЭГ); центральная нервная система (ЦНС), миомэктомия (МЭ), гистерэктомия (ГЭ).

**Актуальность.** На протяжении последних десятилетий большое внимание уделяется изучению работы головного мозга в изменяющихся условиях, его биоэлектрической активности в зависимости от внешних и внутренних факторов. Исследовано влияние прогестерона и эстрогенов на функциональное состояние нейронов коры и его биоэлектрическую активность, которая зависит в т.ч. от фазы менструального цикла. Однако, описанные результаты неоднозначны в отношении интерпретации влияния половых гормонов на функциональное состояние нейронов коры больших полушарий и ствола головного мозга у здоровых фертильных женщин, что представляет научный и клинический интерес. В настоящее время нет достоверных данных о состоянии биоэлектрической

активности головного мозга до и после оперативного лечения МЭ и ГЭ по поводу миомы матки. Цель исследования: провести сравнительный анализ биоэлектрической активности головного мозга пациенток, перенесших МЭ и ГЭ без придатков, с односторонней и двухсторонней аднекстэктомией по поводу миомы матки.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 183 женщин в возрасте 36-45 лет, из них 36 пациенток, перенесших МЭ и 90 женщин, перенесших ГЭ: без придатков – 30, односторонняя аднекстэктомия – 30, двухсторонняя аднекстэктомия – 30. Контрольная группа: 57 практически здоровых женщин, не отличавшихся по антропологическим характеристикам от гинекологических больных.

**Критерии исключения:** ожирение, злокачественная онкологическая патология. Используются инструментальные методы исследования биоэлектрической активности головного мозга – электроэнцефалография. При анализе энцефалограмм были оценены индекс, амплитуда, частота и мощность альфа-, тета-, дельта-, бета1- и бета2-ритмов. Исследование проведено до операции, в послеоперационном периоде на 7-14 сутки и в реабилитационном периоде, через 9-12 месяцев после операции.

**Результаты и их обсуждение.** В группе пациенток, перенесших МЭ, до и после операции, достоверно значимых изменений ритмики работы головного мозга не выявлено ( $p > 0,05$ ), значимые изменения индексов альфа-, тета- активности ЭЭГ также не отмечены ( $p > 0,09$ ). Клинически это определяется благоприятным течением реабилитационного периода и менее выраженным негативным изменениям психологического состояния.

В группе пациенток ГЭ с односторонней аднекстэктомией и ГЭ без придатков достоверных изменений биологической активности головного мозга также не выявлено.

Наиболее значимые изменения установлены в группе радикальных органоуносящих операций. В дооперационном периоде у 84% пациенток этой группы выявлен II тип ЭЭГ – гиперсинхронный, 16% пациенток I тип ЭЭГ – организованный. Изменения биоэлектрической активности головного мозга в реабилитационном периоде: III тип ЭЭГ – десинхронизированный усиленный. По данным дисперсионного анализа в группе пациенток, перенесших ГЭ с двухсторонней аднекстэктомией, обследованных после операции, выявлены достоверно значимые изменения биоэлектрической активности головного мозга ( $p < 0,05$ ). В данной группе отмечаются наиболее выраженные отрицательные влияния на биоэлектрическую активность головного мозга: существенное подавление альфа-ритма ( $t=5,19$ ;  $p=0,034$ ), нарастания в фоне медленно волновой тета-активности ( $t=2,76$ ;  $p=0,040$ ), что соответствует III тип ЭЭГ. Отмечено снижение тормозного влияния нейронов коры на диэнцефально-мезенцефальные структуры и патологическая их активация, что клинически проявляется в виде лабильных эмоциональных реакций и снижение процессов личностных адаптаций.

**Выводы.** Радикальная органоуносящая операция приводит к существенным изменениям в биоэлектрической активности головного мозга в сравнении с ГЭ без придатков, с односторонним удалением придатков и МЭ. Полученные результаты диктуют необходимость координировать и обеспечивать преимущество выбора объема оперативного лечения женщин с миомой матки в пользу органосохраняющей операции. Предложенные научно-обоснованные подходы, направленные на диагностику вышеуказанных нарушений, позволяют совершенствовать систему профилактических, терапевтических и реабилитационных мероприятий у гинекологических больных, перенесших оперативное лечение. Изменения на ЭЭГ следует рассматривать, как отражение патологического процесса в ЦНС, однако, их тяжесть, глубина и распространенность у различных групп больных с миомой матки может быть неодинаковой. Реакция головного мозга у пациентов с различным объемом оперативного лечения может существенным образом различаться. Для выявления дисфункциональных изменений электрической активности головного мозга и последующей коррекцией выявленных нарушений соответствующим специалистом женщинам после ГЭ с двухсторонней аднекстэктомией целесообразно назначение ЭЭГ.



## КОРЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

**Мельникова С.Е. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**

**Аннотация:** В тезисах изложены сведения о коревой инфекции, представлено влияние кори на течение беременности и тактика ведения.

**Ключевые слова:** Беременность, инфекционные болезни, корь.

Корь – высококонтагиозное острое инфекционное вирусное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемое РНК-содержащим вирусом кори. Протекает с характерной лихорадкой, катаральным воспалением слизистых оболочек глаз, носоглотки и верхних дыхательных путей, специфическими высыпаниями на слизистой оболочке рта и пятнисто-папулезной сыпью на коже с переходом в пигментацию. Источником кори является только больной человек, выделяющий вирус во внешнюю среду в последние 2 дня инкубационного периода и до 4 дня после высыпаний. Общая продолжительность заразного периода составляет 8-10 дней. Восприимчивость к кори очень высокая. Индекс контагиозности составляет 100%. Механизм передачи – аэрозольный (капельный). Путь передачи – воздушно-капельный. Возможен трансплацентарный путь передачи при заболевании женщины в последнем триместре беременности. Входными воротами вируса кори являются слизистая оболочка верхних дыхательных путей и конъюнктивы.

**Клиническая классификация:**

**По типу:** типичная; атипичная (митигированная, абортивная, стертая, бессимптомная).

**По клиническому периоду кори:** катаральный период; период высыпаний; период пигментации.

**По степени тяжести:** легкая; среднетяжелая; тяжелая.

**По течению:** гладкое; негладкое (с осложнениями, с наложением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний).

Диагностика кори производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования.

**Основные симптомы:** острое начало, повышение температуры до 38-39,0 С, головная боль, слабость, нарастающий насморк, грубый кашель, чиханье, отек век, слезотечение, светобоязнь, высыпания на коже.

**Лабораторная диагностика:** клинический анализ крови в остром периоде болезни – лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена; серологический метод (ИФА) имеет значение для подтверждения диагноза кори при выделении в сыворотке крови больного специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М (IgM). При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG. Взятие крови для исследований осуществляется на 4 - 5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка). Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза кори. Молекулярно-биологический метод (ПЦР) применяется для определения генотипа возбудителя кори. На 1 - 3 день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (кровь, моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

Какого-либо специального лечения, направленного против вируса кори, не существует.

**Принципы лечения:** купирование симптомов интоксикации, профилактика осложнений.

Показания для экстренной госпитализации: тяжелые, среднетяжелые формы кори; корь с сопутствующими субкомпенсированными/декомпенсированными хроническими заболеваниями; тяжелая форма заболевания корью у беременных. На фоне беременности отмечается более тяжелое течение кори. Увеличивается частота самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, антенатальной гибели плода. Инфицирование корью плода в первом триместре приводит к развитию внутриутробных пороков развития (пороки сердца, стеноз привратника, церебральная лейкодистрофия, глухота и др.). Инфицирование во втором и третьем триместрах вызывает внутриутробное инфицирование с более высокой частотой преждевременных родов. При инфицировании накануне родов возможно рождение ребенка с симптомами коревой инфекции. Появление коревой сыпи в первые 10 дней жизни указывает на внутриутробное инфицирование, через 14 и более дней после родов – на постнатальное инфицирование. Для антенатальной кори характерно более тяжелое течение по сравнению с постнатальным инфицированием. Это связано с отсутствием защитного противовирусного иммунитета у плода от матери.

### **Ведение беременности при заболевании корью:**

- беременные, больные корью не нуждаются в госпитализации за исключением тяжелых осложненных форм заболевания;
- в родах необходима госпитализация в изолятор;
- родоразрешение проводится согласно акушерской ситуации;
- грудное вскармливание не противопоказано;
- в случае заболевания матери перед родами и рождения ребенка без признаков болезни ребенок изолируется от матери на период болезни;
- при заболевании матери и ребенка показаны совместная изоляция и грудное вскармливание.
- 

Экстренная профилактика нормальным иммуноглобулином человека 0,5 мл/кг однократно проводится беременным в первые 5 дней после контакта с больной корью.

Лечение беременных включает симптоматическую терапию и профилактику преждевременного прерывания беременности.

При заболевании новорожденного ребенка корью в послеродовом периоде и с профилактической целью при заболевании матери накануне родов, показано введение противокорьевого иммуноглобулина и грудное вскармливание. Все новорожденные с корью должны получить 2 дозы добавки витамина А с интервалом в 24 часа.

Методом специфической профилактики от кори является вакцинопрофилактика.

Иммунизация населения против кори проводится в рамках национального календаря профилактических прививок.

Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять не менее 95%, взрослых в возрасте 18 - 35 лет – не менее 90%.

### **Литература:**

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным корью, 2015 – 33с.
2. Климов В.А. Инфекционные болезни и беременность. – М.: «МЕДпресс-информ», 2009. – 288 с.

## МЕТРОПЛАСТИКА. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ МАТКИ

**Орлов В.М. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**  
**Кахиани Е.И. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**  
**Арнт О.С. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**

**Актуальность.** Проблема нарушения репродуктивной функции женщин на сегодняшний день является исключительно актуальной. Одной из причин нарушения репродуктивной функции являются аномалии развития матки. Так, по данным литературы, частота невынашивания беременности при пороках развития колеблется от 23 до 87%, бесплодия – 11-32%. Показанием к оперативному лечению служат многократные самопроизвольные аборты, реже – бесплодие. Наиболее часто невынашивание беременности встречается при двурогой матке или наличии перегородки в ее полости. Выбор методики оперативного вмешательства зависит от степени выраженности существующей патологии.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования явилась необходимость изучить влияние метропластики на генеративные нарушения у больных при двурогой матке.

**Материалы и методы.** В исследование включены пациентки, которым была выполнена метропластика по методике профессора В.М. Орлова в период с 2013 по 2017 год.

У обследованных женщин наибольший удельный вес составили симметричные пороки, которые составили 87,3%: матка с неполной перегородкой (59,9%), матка с полной перегородкой (7,1%), двурогая матка (14,7%), двойная матка – (5,6%), т.о. преобладали матки с неполной перегородкой. Асимметричные пороки диагностированы у 12,7% больных с аномалиями развития матки. Такие пороки развития являются относительно редкой патологией, в нашем исследовании они сочетались с аномалией развития мочевыделительной системы (аплазия почки) на стороне рудиментарного функционально-неполноценного рога матки в 32% случаев. Среди пороков этой группы чаще всего обнаруживается однорогая матка с наличием рудиментарного рога, не содержащего эндометриальную полость, другие формы асимметричных пороков развития матки (однорогая матка с наличием замкнутого добавочного рога и однорогая матка с наличием частично дренирующегося добавочного рога) наблюдаются крайне редко у больных детородного возраста. При асимметричных пороках развития у больных чаще наблюдается бесплодие (до 80%); беременность наступает только у 20% больных, а наступившая беременность прерывается в 48,9% случаев.

Пациенткам проведено общеклиническое обследование, обязательное УЗИ органов малого таза. Алгоритм обследования включал гистеросальпингографию, при выявлении аномалии развития матки была выполнена диагностическая гистероскопия. При обнаружении перегородки матки выбор принимали в пользу гистерорезектоскопии.

При установлении диагноза «двурогая матка» была выполнена метропластика в модификации профессора В.М. Орлова с применением кровесберегающих технологий: всем пациенткам произведена перевязка восходящих ветвей маточных артерий. За исследуемый период было проведено 40 операций. Кровопотеря составила  $86,0 \pm 3,6$  мл.

В послеоперационном периоде придерживались алгоритма реабилитации: применение полихлорвиниловых протекторов для профилактики развития внутриматочных синехий, назначение после операции малых доз эстрогенов для улучшения регенеративных процессов, при необходимости – выполнение гидротубации после извлечения протекторов и контрольной гистерографии, послеоперационная контрацепция биологическим и механическим способом в течение 4-6 месяцев, применение овулогенных препаратов при необходимости стимуляции

овуляции. Для определения полноценности послеоперационного рубца проведено МРТ. Результаты исследования. При оценке репродуктивной функции до операции получены следующие результаты: 49% женщин имели в анамнезе самопроизвольное прерывание беременности, 51% – бесплодие. Из пациенток имевшим в анамнезе беременность, 86,7% завершилось самопроизвольным выкидышем, 5,0% – преждевременными родами, 4,7% – эктопической беременностью, 3,6% – искусственным абортom. Обращает на себя внимание тот факт, что самопроизвольные выкидыши в 82,5% происходили при сроке до 12 недель и только у 17,5% женщин – при более поздних сроках беременности. Среди женщин, страдавшим бесплодием 82,4% было первичным, 17,6% – вторичным.

Из 40 прооперированных пациенток у 60% женщин наступила беременность (в том числе повторно), что достоверно больше, чем до операции ( $X^2 = 53,5$ ;  $p < 0,01$ ), из них в более чем 88% случаев наблюдалась доношенная беременность, в 11% самопроизвольный выкидыш, эктопическая беременность – менее 1%.

**Выводы.** Хирургическая коррекция такого порока развития матки, как двурогая матка, и реабилитационные мероприятия после операции позволили женщинам в более, чем 88% случаях доносить беременность и завершить ее рождением живых детей. Обращает на себя внимание тот факт, что самопроизвольное прерывание беременности является ведущим осложнением до операции, после операции не превышает частоты этой патологии среди здоровых женщин. Т.о. эффективность коррекции пороков развития матки на репродуктивную функцию оказалась достоверной и очень демонстративной, что диктует необходимость в применении и совершенствовании таких операций.

## ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ АНТИГЕСТАГЕННАЯ ТЕРАПИЯ МИОМЫ МАТКИ В ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ

**Лебедева Я.А. (Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ)**  
**Молчанов О.Л. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. Павлова Минздрава России)**

Оценка частоты рецидива миомы матки после оперативного лечения в объеме лапароскопической консервативной миомэктомии по сравнению с комбинированным лечением (ЛС - консервативная миомэктомия с последующей терапией мифепристоном) показала, что через 1 год наблюдения в группе комбинированного лечения частота рецидива была значимо ниже, чем в группе оперативного лечения без адьювантной терапии антигестагенами ( $p < 0,001$ ). В группе комбинированного лечения частота наступления беременности была выше по сравнению с группой оперативного лечения. Полученные результаты демонстрируют необходимость адьювантной терапии миомы матки мифепристоном после консервативной миомэктомии в прегравидарной подготовке.

**Ключевые слова:** рецидив миомы матки, мифепристон, консервативная миомэктомия, репродуктивный возраст, прегравидарная подготовка.

**Keywords:** uterus myoma recurrence, mifepristone, conservative miomektomiya, reproductive age

Лечение миомы матки в репродуктивном периоде, особенно как этап прегравидарной подготовки, должно быть направлено на сохранение репродуктивного здоровья женщины. В связи с этим продолжается поиск бережных по отношению к репродуктивным органам методик лечения лейомиомы.

Проблема повторного развития заболевания у женщин репродуктивного возраста остается актуальной в современной гинекологической практике. Высокая частота рецидива миомы матки

объясняется высоким уровнем половых гормонов у данного контингента женщин [1]. Классическим остаётся хирургический подход в лечении миомы, но в молодом возрасте, в связи с высоким риском рецидива данная тактика не является оптимальной, так как в каждом 3-ем случае сопряжена с повторным оперативным вмешательством, зачастую органоуносящим, не позволяющим сохранить репродуктивный потенциал [2,3]. Метод комбинированного лечения миомы матки с применением адьювантной терапии мифепристоном после оперативного вмешательства позволяет значимо сократить количество рецидивов миомы матки и подготовить женщину к беременности, сохранив репродуктивное здоровье.

**Цель исследования** – оценить эффективность противорецидивной антигестагенной терапии миомы матки и частоту наступления беременности у женщин репродуктивного возраста после ЛС - консервативной миомэктомии.

Оперативные вмешательства проведены с применением операционного оборудования фирмы «Karl Storz» (Германия). Эхографическая оценка случаев рецидива миомы матки проведена с применением метода ультразвуковой диагностики на сканере GE Logiq Vivid S5.

В исследование вошли 81 пациентка репродуктивного возраста с миомой матки, планирующие беременность.

Пациентки разделены на 2 группы:

Группа 1 (n=38) – пациентки, которым было проведено оперативное лечение в объеме ЛС - консервативной миомэктомии без последующей адьювантной противорецидивной медикаментозной терапии мифепристоном. Средний возраст пациенток - 31,5 года (4,6).

Группа 2 (n=43) – пациентки, которым проведено комбинированное лечение - ЛС - консервативная миомэктомия в сочетании с последующей адьювантной терапией мифепристоном в дозе 50 мг ежедневно с 2 -го дня менструального в течение 3 месяцев. Средний возраст пациенток - 31,9 лет (4,5).

Показанием для хирургического вмешательства были: быстрый рост узлов, длительные аномальные маточные кровотечения, не поддающиеся медикаментозной коррекции, синдром хронической тазовой боли, диаметр доминантного узла у более 4 см, нарушение функции соседних органов. Частота рецидива миомы матки через год после лечения в группе комбинированного лечения составила 26,8 %, что достоверно ниже, чем в группе оперативного лечения - 78,4% ( $p < 0,001$ ). Частота наступления беременностей в течение года после лечения составила 12 и 5 соответственно ( $p < 0,05$ ).

По полученным данным отмечено преимущество адьювантной антигестагенной терапии после ЛС - консервативной миомэктомии, которое выразилось в значимом снижении числа рецидивов миомы матки и большим количеством наступивших беременностей. На основании полученных результатов можно сделать вывод о высокой противорецидивной эффективности комбинированной схемы лечения женщин с миомой матки с применением антигестагена мифепристон в качестве адьювантной терапии. Таким образом, данная схема лечения позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщин и может применяться в качестве прегравидарной подготовки у данного контингента.

## Литература

1. Тоноян Н.М. и др. Рецидивы миомы матки. современный взгляд на проблемы диагностики, лечения и прогнозирования. Акушерство и гинекология. – 2019. – № 3. – С. 32-38.
2. Radosa M.P., Owsianowski Z., Mother A., Runnebaum I.B. Long-term risk of fibroid recurrence after laparoscopic myomectomy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.



– 2014. – 180 (1). – С. 1-2.

3. Плеханов А.Н., Татарова Н.А., Рябинин Г.Б., Шишкина Ю.А. Восстановление репродуктивной функции у женщин после консервативной миомэктомии. Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №1. – С. 42-46.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ**

**Кахиани Е. И. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**

**Арт О. С. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** миома матки, миомэктомия, кровопотеря, селективный модулятор прогестероновых рецепторов.

**Актуальность.** Нарушение репродуктивной функции женщин является следствием множества причин, среди которых заболевания матки составляют 24-62% и не имеют тенденции к снижению. Миома матки является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы, занимая в структуре гинекологической заболеваемости одно из первых мест. Данные современных статистических исследований убедительно доказывают, что возраст этой патологии молодеет и, на сегодняшний день, в 20% случаев миома встречается у двадцати-тридцатилетних пациенток. Миома матки может значительно нарушать качество жизни пациентки ввиду болевого синдрома, гиперполименорреи и хронической анемии, приводить к нарушению фертильности. Одним из самых неблагоприятных последствий этого заболевания у женщин репродуктивного возраста является бесплодие. Так, первичное бесплодие встречается у 18-24% пациенток, вторичное – более чем в 25-56% случаев. Еще одной проблемой является невынашивание беременности, в том числе в случае преодоления бесплодия. Согласно собственным данным, при сопутствующей миоме матки, до 55% беременностей прерывается в сроке до 12 недель.

Несмотря на высокую распространенность, тактика лечения больных миомой матки до настоящего времени остается поводом для дискуссий. Вопросы лечения таких пациенток охватывают широкий спектр консервативных и хирургических методов. Выбор только медикаментозного лечения зачастую не приносит ожидаемых результатов, так как дает хороший, но кратковременный эффект, кроме того наблюдается рецидив роста узлов после прекращения консервативной терапии. В то же время, учитывая увеличение числа больных данной патологией среди женщин репродуктивного возраста, в лечении миомы матки стал преобладать органосохраняющий подход с выполнением консервативно-пластических операций. В настоящее время лапароскопическая миомэктомия является одним из методов выбора хирургического вмешательства в гинекологии для больных репродуктивного возраста, обеспечивающая как эффективность терапии, так и благоприятное течение послеоперационного периода с минимальным риском развития осложнений, нарушающих детородную функцию.

На сегодняшний день актуальным является оптимизация органосохраняющего метода лечения – лапароскопической миомэктомии – с точки зрения подбора оптимальной медикаментозной подготовки к операции.

**Цель исследования** заключается в определении необходимости предоперационной подготовки к лапароскопической консервативной миомэктомии селективным модулятором прогестероновых рецепторов.

**Материалы и методы.** В исследование включены пациентки, которым проведена лапароскопическая миомэктомия в период с 2014 по 2018 год. Оперативный прием производился по стандартизированной методике с соблюдением следующих основных принципов: использование ультразвуковой энергии для разреза миометрия, интракапсулярная энуклеация миоматозного узла, отказ от использования электрохирургической энергии с целью коагуляции в ложе удаленного узла, послойное ушивание

дефекта миометрия с экстракорпоральной методикой завязывания хирургических узлов.

В исследование были включены две группы пациенток:

- 1) основная группа – 63 пациентки, которым была выполнена миомэктомия лапароскопическим доступом стандартизированной хирургической методикой с предоперационной подготовкой синтетическим селективным модулятором прогестероновых рецепторов по классической схеме,
- 2) группа контроля – 23 пациентки, которым была выполнена миомэктомия лапароскопическим доступом стандартизированной хирургической методикой без подготовки синтетическим селективным модулятором прогестероновых рецепторов.

Средний возраст женщин составил  $31,1 \pm 1,9$  лет.

**Результаты.** Среднее количество удаленных миоматозных узлов составило:  $2,7 \pm 0,2$  (от 1 до 6) в основной группе;  $2,3 \pm 1,3$  (от 1 до 5) в группе контроля ( $p > 0,05$ ).

Размер удаленных узлов составил:  $4,7 \pm 0,7$  см в диаметре в основной группе,  $5,8 \pm 2,1$  см в диаметре в группе контроля ( $p > 0,05$ ).

Локализация миоматозных узлов в основной группе: интрамуральная в 30% случаев, интрамурально-субсерозная – в 60%, субсерозная – в 10%; в группе контроля – интрамуральная в 56% случаев, субсерозная – в 17%, интрамурально-субсерозная – в 21% случаев.

Интраоперационная кровопотеря в группах исследования статистически значимо отличается, составив  $18,6 \pm 2,0$  мл в основной группе и  $137,4 \pm 10,6$  мл – в контрольной (t-критерий Стьюдента  $11,2$ ;  $p = 0,0000001$ ).

**Выводы.** С развитием и внедрением в широкую практику лапароскопической техники методом выбора становится лапароскопическая миомэктомия. Особую важность приобретает совершенствование оперативной техники с использованием стандартизированной методики и техническое обеспечение операционной.

Выбор метода лечения должен определяться взвешенным подходом к оценке всех возможных нюансов хирургического вмешательства и преследовать основную цель – сохранение здоровья женщины. Предложенные лечебные подходы направлены на возможность сохранения органа и восстановление репродуктивной функции. При субсерозно-интрамуральной локализации миоматозных узлов, особенно при больших размерах последних, при атипичном расположении узлов, повышается риск развития интраоперационных осложнений, в том числе кровотечения с высокой кровопотерей, что особенно важно у пациенток с хронической анемией.

Достоверное снижение объема интраоперационной кровопотери при применении синтетического селективного модулятора прогестероновых рецепторов препарата диктует необходимость использовать этот препарат с целью подготовки к оперативному вмешательству.

## II РАЗДЕЛ

# КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

---

### ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И ВОСПАЛЕНИЯ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Магамедов И.Д. (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
Арискина О.Б. (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
Пивоварова Л.П. (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
Нохрин С.П. (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
Сорока В.В. (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
Осипова И.В. (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
Количенко Л.В. (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
Гончарова О.В. (СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)

**Ключевые слова:** Острая ишемия конечности, оксидативный стресс, маркеры воспаления, продолжительность восстановительного периода.

**Введение.** Острая ишемия нижних конечностей (ОИНК) является следствием внезапного ухудшения перфузии конечности, которая проявляется нарушением функции конечности и представляет угрозу ее жизнеспособности. Восстановление кровотока сопровождается реперфузионным синдромом – комплексным ответом на повреждение тканей, при этом тканевые антигены устремляются в кровоток, усиливая воспаление и продукцию АФК.

**Цель.** Выяснить зависимость продолжительности лечения от интенсивности оксидативного стресса, маркеров воспаления и особенностей терапии.

**Методы.** Обследованы 2 группы больных с выявленной тромбозом артерий на фоне окклюзии дистального русла артерий с развитием ОИНК: некомпенсированной или необратимой ишемией нижних конечностей. В послеоперационном периоде больные получали терапию в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи", пункт 3.9.10: Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмболии и тромбозе артерий (код по МКБ-10: I74). Пациентам с некомпенсированной ишемией выполняли реваскуляризацию, пациентам с необратимой ишемией выполняли реваскуляризацию с целью снижения уровня ампутации; объем оперативного вмешательства заключался в выполнении эмболэктомии, назначали антиагрегантную, антикоагулянтную и антибактериальную терапию. Первая группа со стандартной базисной терапией включала 70 больных с ОИНК (45 мужчин и 25 женщин), возраст 70 (60;81) лет. Вторая группа с добавлением противовоспалительной терапии состояла из 32 больных, возраст 78 (68;81) лет, 14 мужчин и 18 женщин. Для лечения больных этой группы в качестве противовоспалительной терапии использовали дексаметазон, который вводили внутривенно капельно в течение от 4 до 6 дней после операции. Группа сравнения - здоровые волонтеры, средний возраст 70 (55;80) лет. При поступлении в отделение сосудистой хирургии (до операции), на 1, 3, 5, 7 и 10 сутки после операции исследовали: оксидантную активность крови по уровню хемилюминесценции (ХЛ). Тогда же определяли уровень С-реактивного белка (СРБ) и креатинкиназы (КК), количество лейкоцитов в крови с подсчетом лейкограммы. Продолжительность лечения оценивали по койко-дню (КД).

Статистическую оценку проводили методами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1, применяли t-критерий Стьюдента и непараметрический критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез принимался за 0,05. Использовали критерий корреляции Пирсона.

Результаты. Все больные имеют длительный стаж заболевания и коморбидный статус, многие имеют рецидивирующее течение. Оксидативный стресс и подъём ЦРБ и КК наблюдались уже при поступлении больных, до лечения. ХЛ крови у всех больных до операции превышала норму в 1,5 раза, возрастая до 5 суток. В период реперфузии оксидативный стресс усиливался, его интенсивность влияла на КД ( $r=0,59$ ,  $p<0.01$ ). Подъём уровня ЦРБ и КК приводил к увеличению КД ( $r=0,42$ ;  $p<0.05$  и  $r=0,76$ ;  $p<0.001$ ).

В группе с базисной терапией выписаны 48 пациентов (69%), летальный исход наблюдали в 22 случаях (31%). КД у выписавшихся больных с базисной терапией составил 13 (9;17) дней. В группе с противовоспалительной терапией выписаны 30 человек – 94%, умерли 2 человека – 6% из состава группы. КД при выписке составил 10 (7;13) дней.

Уже на 3 сутки лечения у больных с противовоспалительной терапией наблюдался умеренный уровень оксидативного стресса по сравнению с больными с базисной терапией ( $p<0,05$ ), ОАА этих больных на 7 сутки лечения достоверно превышала ОАА больных первой группы.

Выводы. Усиление оксидативного стресса и рост маркеров воспаления и повреждения увеличивают продолжительность восстановительного периода. Коррекция воспалительного статуса приводит к снижению оксидативного стресса, что приводит к снижению летальности и уменьшению продолжительности лечения в стационаре.

# III РАЗДЕЛ

## НЕВРОЛОГИЯ

---

### АКТУАЛЬНОСТЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С МЕНСТРУАЛЬНО-АССОЦИИРОВАННОЙ МИГРЕНЬЮ

Кириянова Е.А. (ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России)

**Ключевые слова:** менструальная мигрень, мигрень без ауры, гинекологическая патология, коморбидность, дисменорея, эндометриоз.

**Актуальность и цели.** В настоящее время показано, что мигрень является лидирующей причиной временной нетрудоспособности среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет. В репродуктивном возрасте женщины чаще всего подвержены трансформированию мигрени в хроническую форму. У женщин, страдающих мигренью, чаще обнаруживаются коморбидные заболевания в сравнении с мужчинами, страдающими мигренью. Цель исследования заключается в разработке индивидуального подхода к ведению пациенток с менструально-ассоциированной мигренью.

**Методы.** Проведён аналитический обзор литературы (PubMed, Scopus, Web of science) за последние 10 лет по ключевым словам menstrual migraine, migraine without aura, gynecologic pathology, comorbidity, dysmenorrhea, endometriosis.

**Результаты.** В недавнем исследовании определено, что у всех женщин, имеющих менструальный цикл, наблюдается более быстрое снижение уровня эстрогена в позднюю лютеиновую фазу в сравнении с женщинами без мигрени. Поэтому активно исследуется роль половых гормонов в патогенезе приступов мигрени, особенно роль эстрогена и его рецепторов. Зарубежные исследования показали, что до 60% женщин отмечают ассоциацию приступов мигрени с менструацией, причём обычно они соответствуют приступам мигрени без ауры, но более интенсивные и более резистентные к терапии. Диагностика предписывает проспективную оценку приступов мигрени в течение трёх месяцев. В случае, если хотя бы в двух из трёх месяцев приступы оказываются в перименструальном окне (два дня до и три дня во время менструации), то диагностируется менструальная мигрень: менструально-ассоциированная, если имеются приступы и в другое время, и истинная менструальная, если приступы отмечаются только в перименструальном окне. На данный момент получены данные о наличии особого паттерна генетических маркёров менструально-ассоциированной мигрени. Оказалось, что присутствие у женщины умеренной и выраженной дисменореи способно отразиться на резистентности мигренозных приступов к купирующей терапии триптанами. В то же время назначение Напроксена 500 мг и Суматриптана 85 мг для купирования менструального приступа мигрени, сочетающегося с дисменореей, показывает хорошую эффективность. Имеются сведения об ассоциации истинной менструальной мигрени с предменструальным синдромом. Доказана коморбидность мигрени и эндометриоза. Учитывая частое назначение комбинированных оральных контрацептивов при данной гинекологической патологии, исследуется их влияние на течение менструальных приступов, например, недавно отмечено преимущество монофазного длительного дозирования оральных контрацептивов с урежением менструальных приступов. Кроме гинекологической патологии, обсуждается в структуре коморбидности мигрени роль психиатрической, сердечно-сосудистой патологии, сопутствующих неврологических заболеваний, эндокринных нарушений, воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, аутоиммунных и аллергических заболеваний.

**Заключение.** Многие зарубежные исследования приходят к выводу о более высокой эффективности междисциплинарного подхода в лечении пациенток с мигренью, созданы клиники менструальной мигрени с учётом терапии коморбидных заболеваний.



## **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ДЕЛЕЦИЕЙ В ГЕНЕ RMR 22, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ СО СКЛОННОСТЬЮ К ПАРАЛИЧАМ ОТ СДАВЛЕНИЯ.**

**Гавриченко Артур Владимирович (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Яковлев Алексей Александрович (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)**

**Смочилин Андрей Геннадьевич (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Куляхтин Алексей Ильич (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** полиневропатия, RMR22, электронейромиография, молекулярно-генетическое тестирование.

**Актуальность и цели.** Описание редкого клинического наблюдения пациентки с делецией в гене RMR 22. Диагностика данного заболевания затруднена ввиду схожести клинической и электрофизиологической картины с невралной амиотрофией Шарко-Мари-Туза 1А типа. Решающее значение в постановке диагноза имеет молекулярно-генетическое тестирование.

**Пациенты и методы.** Пациентка С 48 лет с жалобами на онемение и слабость в стопах и голенях, неустойчивость при ходьбе, деформацию стоп. Из анамнеза известно, что болеет в течение 5 лет, заболевание дебютировало с расстройства чувствительности в стопах с последующим развитием слабости и атрофией мышц. Отец пациентки имеет схожие клинические симптомы. Учитывая семейный анамнез, клиническую картину и данные электронейромиографии, пациентке на догоспитальном этапе был выставлен диагноз «Невралная амиотрофия Шарко-Мари-Туза 1А типа». В условиях неврологического отделения №2 клиники НИИ неврологии ПСПБГМУ с целью уточнения диагноза выполнено клиничко-неврологическое обследование, лабораторное, молекулярно-генетическое и инструментальное исследование (электронейромиография).

**Результаты.** В неврологическом статусе отмечался нижний периферическим парапарез до 4-х баллов, нижняя парагипестезия, сенситивная атаксия. По данным лабораторных методов без особенностей, уровни КФК и ЛДГ в пределах нормы. Электронейромиография выявила признаки выраженного первично-демиелинизирующего поражения сенсорных и моторных волокон периферических ног с вторичным аксональным поражением. На основании молекулярно-генетического тестирования, обнаружившего делецию в гене RMR 22, был выставлен клинический диагноз: полиневропатия со склонностью к параличам от сдавления.

**Заключение.** Данное клиническое наблюдение представляет собой вариант редкого наследственного нейро-мышечного заболевания, зачастую вызывающим трудности диагностики. Для его верификации необходимо комплексное обследование больного, включающего тщательный сбор семейного анамнеза, выполнение электронейромиографии и молекулярно-генетического исследования.

## **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)**

**Дерешовская Алена Игоревна (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Яковлев Алексей Александрович (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)  
Пушкарев Михаил Сергеевич (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** инсульт, когнитивные нарушения, восстановление ВПФ, мнестическая сфера, внимательная сфера, речь, афазия.

**Актуальность и цели.** По эпидемиологическим данным заболеваемость инсультом в России составляет до 3 случаев на 1000 населения в год. При этом истинная заболеваемость может быть еще более высокой, так как многие пациенты не обращаются к врачу или им ставят неправильный диагноз. В первые месяцы после инсульта большинству пациентов диагностируются когнитивные нарушения. При этом распространенность самого тяжелого вида когнитивных нарушений (постинсультной деменции) составляет 7-40 % в зависимости от возраста пациента и тяжести перенесенного инсульта. Благоприятным периодом для восстановления нарушенных или утраченных высших психических функций (ВПФ) является период от полугода до года. Таким образом, можно сделать вывод о важности своевременного выявления ОНМК и диагностирования нарушения ВПФ, о четком определении степени нарушения когнитивных функций для дальнейшего эффективного восстановления. Целью исследования является изучение особенностей нарушений когнитивных функций при ишемическом и геморрагическом инсульте для разработки наиболее эффективных программ восстановления ВПФ.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 2 группы пациентов: пациенты, перенесшие инсульт по ишемическому типу (20 пациентов, из них 12 (60%) женщин, 8 (40%) мужчин; пациенты, перенесшие инсульт по геморрагическому типу – 18 пациентов, из них 11 (61,1%) мужчин, 7 (38,9%) женщин. Всем пациентам проведено клиническое обследование, включающее неврологический осмотр, оценку когнитивных функций по общепринятым шкалам (MoCa, MMSE, таблицы Шульце, 10 слов, шкала памяти Векслера, нейропсихологические пробы).

**Результаты.** В обеих группах обнаружены нарушения внимательной, мнестической сферы, а также выполнение методики рисования часов. В группе пациентов с ишемическим инсультом у 6 (30%) пациентов выявлены когнитивные нарушения легкой степени тяжести, у 11 (55%) пациентов – умеренные когнитивные нарушения, у 3 (15%) пациентов – выраженные когнитивные нарушения. Примечательно, что выраженные нарушения диагностировались преимущественно за счет нарушения внимательной сферы, а также из-за наличия моторной афазии, когда легкие и умеренные нарушения выявлялись преимущественно из-за нарушения мнестической сферы. В группе пациентов с геморрагическим инсультом на первый план выходят нарушения процессов внимания, нарушение динамического праксиса, а также нарушения речи (моторная афазия) и письма. Пациенты из этой группы отличаются повышенной утомляемостью, медленной вработываемостью в деятельность, сниженным уровнем концентрации и устойчивости внимания. Выявляется наличие преимущественно лобной симптоматики в виде снижения критики к собственному состоянию, расторможенность поведения, а также наличие эйфорического отношения к окружающему. С каждым человеком из обеих групп были проведены занятия по восстановлению когнитивных функций. Наилучшие показатели по восстановлению были у тех пациентов, кто начал заниматься в первый месяц после перенесенного инсульта. Было отмечено значительное улучшение количественных показателей памяти и внимания. Письмо улучшалось в первую неделю ежедневных тренировок. Пациенты, которые начали занятия спустя год после перенесенного инсульта давали статичный результат по процессам внимания, незначительно улучшалась память. При этом функции речи при легких формах моторной афазии и дизартрии восстанавливались быстрее относительно других когнитивных функций.

**Заключение.** Своевременно проведенная нейропсихологическая диагностика пациентам, перенесшим инсульт, позволяет установить степень нарушения когнитивных функций, выявить

первичный дефект, который ведет за собой сопутствующие снижения когнитивных функций. Опираясь на данные, полученные при нейропсихологическом обследовании важно разработать индивидуальную программу нейропсихологической коррекции когнитивных функций, которая будет опираться на когнитивные нарушения специфичные для конкретного человека. Разработка такой программы позволит наиболее эффективно и максимально быстро восстановить утраченные функции. Важно работать с мотивацией пациентов, повышая у них уровень комплаенса.

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.**

**Гаврилова Е.А. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России)**  
**Лелекин А.С. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России)**  
**Яковлев А.А. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** невропатия лицевого нерва, реабилитация, шкала House-Brackmann  
Актуальность и цели. По литературным данным невропатия лицевого нерва составляет 3% всех заболеваний периферической нервной системы. Цель нашего наблюдения оценить эффективность комплексного подхода в реабилитации пациентов с невропатией лицевого нерва.

**Пациенты и методы.** Курс реабилитационного лечения проводился 15 пациентам (5 мужчин, 9 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет с клиническими проявлениями периферической невропатии лицевого нерва IV-V степени тяжести пареза мимической мускулатуры по шкале House-Brackmann. У 12 пациентов была идиопатическая невропатия лицевого нерва, у 3 пациентов послеоперационная (после операционного вмешательства на околоушной железе). Средний срок развития пареза мимической мускулатуры на момент начала реабилитационного лечения составил 14 дней. В зависимости от степени тяжести пареза пациенты получили от 1 до 3-х курсов реабилитационного лечения в течение наблюдаемого срока (от 6 до 18 месяцев). Программа реабилитационного лечения включала в себя электропунктуру, фармакопунктуру, мимическую гимнастику, кинезиологическое тейпирование, нейропротективную и витаминотерапию. Контроль динамики состояния проводился на основании оценки по шкале House-Brackmann и электронейромиографии (ЭНМГ).

**Результаты.** Частичное восстановление функции мимических мышц (III ст. по шкале House-Brackmann) после 3-х курсов терапии наблюдалось в двух случаях. Значительное клиническое улучшение (II ст. по шкале House-Brackmann) уже после 1-го курса терапии отмечено в 5 случаях, после 2-х курсов терапии в 8 случаях. Полное восстановление после 2-х курсов терапии отмечалось в 3-х случаях. Положительная динамика восстановления лицевого нерва за счет роста новых волокон в каждом случае подтверждена данными ЭНМГ.

**Заключение.** Повторные и продолжительные курсы комплексной реабилитации пациентов с перенесенной невропатией лицевого нерва позволяют восстановить функцию парализованных мышц и улучшить качество жизни пациента.

## **НОВЫЙ ПОДХОД К КОМБИНИРОВАННОЙ РЕПЕРФУЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

**Сергеева Т.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», ФГБОУ ВО СПбГУ, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)**  
**Тарасов Н.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**  
**Исаенкова Д.Д. (ФГБОУ ВО СПбГУ)**  
**Дацаев А.Р. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Вознюк И.А. (СПб НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе)**  
**Савелло А.В. (ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России)**  
**Мельникова Е.В. СПб ГБУЗ «Городская больница №26»**  
**Бутко Д.Ю. (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)**

**Введение.** Тромбэкстракция и комбинированная реперфузия (сочетание тромбэкстракции с тромболитической терапией) являются методами с доказанной эффективностью и безопасностью при лечении ишемического инсульта (уровень доказательности IA). По данным южнокорейского исследования ENCHANTED при использовании альтеплазы в дозах 0,6 мг/кг и 0,9 мг/кг эффективность была одинакова, в то время как частота симптомных внутримозговых кровоизлияний наблюдалась чаще при применении дозы 0,9 мг/кг. Ограничениями данного исследования являются небольшая выборка пациентов и участие в нем только населения Южной Кореи. В связи с недостаточным количеством исследований о выборе оптимальной тактики лечения ишемического инсульта с использованием низкой и стандартной доз альтеплазы при проведении комбинированной реперфузии, а также малого количества данных о применении методики в российской популяции, необходимо проведение дальнейших исследований.

**Цель исследования.** Оптимизация применения дозировок альтеплазы при комбинированной реперфузии для лечения пациентов с ОНМК по ишемическому типу.

**Материалы и методы.** На базе СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», НИИ СП им.Джанелидзе был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, которым в острейшем периоде ОНМК была проведена комбинированная реперфузия со стандартной дозой 0,9 мг/кг и со сниженной дозой альтеплазы 0,6 мг/кг, которая применялась с учетом повышенного риска геморрагической трансформации на основании применения шкалы DRAGON (балл выше 5), а также пациентов, которым была проведена изолированная тромбэкстракция. В исследование включен 151 пациент с диагнозом ОНМК по ишемическому типу. Все пациенты были разделены на 3 равные группы: 1) пациенты, которым была проведена комбинированная реперфузия с дозой 0,6 мг/кг (47 человек); 2) пациенты, которым была проведена комбинированная реперфузия с дозой 0,9 мг/кг (47 человек); 3) пациенты, которым была проведена изолированная тромбэкстракция (47 человек). Были исследованы показатели шкалы NIHSS до вмешательства, спустя 24 часа и при выписке, показатели шкал Rankin и Ривермид при выписке, показатели летальности и частоты геморрагических осложнений у двух групп. Статистическая обработка проводилась с помощью программы для статистического анализа GraphPad Prism 8.2.0 критериями Манна-Уитни и хи-квадрат.

**Результаты.** В группах, которым проводилась изолированная тромбэкстракция и комбинированная реперфузионная терапия со сниженной и высокой дозами альтеплазы, не доказано наличия значимого различия в эффективности (по mRS, шкале Ривермид, NIHSS), частоте геморрагических осложнений и летальности.

**Выводы.** Учитывая достоверно одинаковую эффективность и безопасность обычной и сниженной дозировки альтеплазы, экономически более эффективно применение сниженной дозировки в группе пациентов с повышенным риском геморрагической трансформации (более 5 баллов по шкале DRAGON).

## **ОЛИВОПОНТОЦЕРЕБЕЛЛЯРНАЯ АТРОФИЯ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

**Смочилин А.Г. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России)**  
**Куляхтин А.И. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Гаврилова Е.А. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. Академика И.П. Павлова» Минздрава России)**

**Пушкарёв М.С. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. Академика И.П. Павлова» Минздрава России)**

**Гавриченко А.В (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. Академика И.П. Павлова» Минздрава России)**

**Ключевые слова:** мультисистемная атрофия, оливопонтocerebellарная атаксия,  $\alpha$ -синуклеинопатия.

**Актуальность цели.** Продемонстрировать клинический случай одного из вариантов мультисистемной атрофии, а именно оливопонтocerebellарной атрофии. Множественная системная атрофия (МСА) – это редкое, прогрессирующее и в конечном итоге фатальное нейродегенеративное заболевание с неизвестной этиологией и отсутствием патогенетического лечения. Ранее известная под различными названиями, включая синдром Шая–Дрейджера, оливопонтocerebellарную атрофию и стриатонигральную дегенерацию, МСА можно классифицировать как одновременное расстройство движения, вегетативных функций, наличие мозжечковой атаксии и атипичного паркинсонического расстройства.

МСА является  $\alpha$ -синуклеинопатией с частотой выявляемости 3 случая на 100 000 пациентов в год среди людей в возрасте от 50 до 99 лет, клинические симптомы которой появляются к шестому десятилетию жизни. Особенностью оливопонтocerebellарной атаксии является преобладание в клинической картине мозжечковых расстройств.

**Пациенты и методы.** Пациент М., 56 лет, в возрасте 52 лет стал отмечать головокружение при подъеме по лестнице и осиплость голоса. Затем стали присоединяться шаткость при ходьбе, затруднения в движениях в виде нарушения координации целенаправленных движений. Была выполнена электронейромиография, по результатам которой было выявлено значительное снижение амплитуды М-ответа, снижение амплитуды и площади проксимального М-ответа по отношению к этим же показателям дистального М-ответа, снижение скорости распространения возбуждения, преимущественно по моторным волокнам, что может говорить о наличии полиневропатии с наличием блока проведения по правому малоберцовому нерву в области подколенной ямки, а именно на уровне головки малоберцовой кости. В возрасте 56 лет пациент отметил ухудшение состояния: появилась диффузная атрофия мышц в верхних и нижних конечностях, к нарушениям координации прибавилась замедленность в движениях, преимущественно в правых конечностях, усилилась шаткость при ходьбе, присоединились дизартрия, недержание мочи и кала, двоение в глазах, резкое снижение артериального давления при вертикализации. Перестал самостоятельно себя обслуживать. По результатам ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей был выявлен атеросклероз без формирования гемодинамически значимых стенозов. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) шейного отдела позвоночника и области краниовертебрального перехода отмечаются дегенеративно-дистрофические изменения в виде протрузий межпозвоночных дисков с сегмента С3-С4 по С6-С7; на МРТ головного мозга, как и на повторном МРТ головного мозга, но уже с внутривенным контрастированием, были выявлены признаки патологических изменений сигнальных характеристик моста мозга, средних мозжечковых ножек и верхних отделов обоих полушарий мозжечка. Описанные изменения соответствуют проявлению нейродегенеративного заболевания (дифференцировать между оливопонтocerebellарным вариантом множественной системной атрофии и проявлениями спиноcerebellарной дегенерации). МР-картина супратенториальных очагов глиоза сосудистого генеза (проявления дисциркуляторной энцефалопатии), викарного расширения наружных ликворосодержащих пространств, нерезко выраженная открытая наружная заместительная гидроцефалия. В марте 2019 года был консультирован логопедом-афазиологом, который отметил наличие у пациента грубой бульбарной дизартрии, дисфагии и дисфонии.



Пациент поступил в плановом порядке в связи с ухудшением состояния для дообследования и лечения в неврологическое отделение №2 клиники НИИ Неврологии «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова». При осмотре в связи с наличием грубой дизартрии у пациента жалобы были собраны со слов жены: резкое снижение артериального давления при вертикализации, затруднения в движениях в виде их замедленности и нарушения координации преимущественно в правой половине тела вплоть до невозможности передвигаться самостоятельно, тремор в руках, усиливающийся при движении, судороги в ногах до 4-5 раз в неделю, в основном в вечернее время, выраженная нечёткость речи, похудание мышц рук и ног, затруднение при глотании, поперхивание при приеме пищи и воды, периодическое двоение в глазах, недержание мочи и кала и общая слабость. Неврологический статус: сознание ясное, психотические, эмоциональные и интеллектуально-мнестические нарушения не выявлены. Черепная иннервация: Гемипарезы не выявлено. Анизокория, S>D. Реакции зрачков на свет (прямая и содружественная) живая, симметричная. Движения глазных яблок в полном объеме. Установочный горизонтальный нистагм при взгляде вправо. Диплопии не выявлено. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненна с двух сторон. Убедительных данных за наличие нарушений чувствительности на лице не получено. Мимическая мускулатура асимметрична, сглажена правая носогубная складка. Присутствуют грубая дизартрия, дисфагия и дисфония. Девиация языка влево. Uvula по средней линии. Мягкое небо подвижно, глоточные рефлексы живые. Симптомы орального автоматизма: положительный симптом Маринеску-Радовича с двух сторон. Двигательная система: Мышечная сила снижена в руках и ногах: справа - до 3 баллов, слева - до 4 баллов. Глубокие рефлексы с рук: карпо-радиальные, бицепс- и трицепс-рефлексы средней живости, D<S. Глубокие рефлексы с ног: коленные и ахилловы средней живости, D=S. Патологических рефлексов не выявлено. Экстрапирамидная система: повышен мышечный тонус по пластическому типу, дисдиадохокинез. Чувствительность: на момент осмотра данных за нарушения поверхностной и глубокой чувствительности не выявлены.

Координация: пальценосовую пробу выполняет с мимопаданием и дисметрией с двух сторон, пяточно-коленную пробу выполняет с интенционным тремором с двух сторон. В позе Ромберга не стоит. Менингеальные знаки на момент осмотра не выявлены.

Клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи – без особенностей.

На госпитальном этапе было выполнено МРТ головного мозга, по данным которого визуализируется МР-картина, наиболее характерная для структурных изменений гемисфер, верхних и средних ножек мозжечка, варолиева моста – вероятно как проявление нейродегенеративного заболевания (дифференциальный диагноз МР изменений следует проводить между множественной системной атрофией (оливопонтocerebellарный вариант) и спиноцереbellарной дегенерацией) - с умеренно выраженной отрицательной МР-динамикой по сравнению с предыдущими МР-данными, признаки церебральной микроангиопатии и умеренно выраженного расширения наружных ликворных пространств.

**Результаты.** Принимая во внимание вышеописанные жалобы, неврологический статус и результаты инструментальных исследований, пациенту был выставлен диагноз: Оливопонтocerebellарная атрофия. Пациент прошёл курс нейрометаболической терапии, витаминотерапии, курс лечебной физкультуры, массажа и физиотерапии (лазеротерапия) с незначительным положительным эффектом в виде расширения двигательной активности.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА У ПАЦИЕНТА С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ**

**Пушкарёв М.С. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России)**

**Иванова О.В. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России)**

**Смочилин А.Г. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России)**

**Гаврилова Е.А. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России)**

**Гавриченко А.В. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России)**

**Яковлев А.А. (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** парапротеин, полиневропатия, ритуксимаб.

**Актуальность и цели.** Продемонстрировать возможность применения препарата ритуксимаб для достижения клинического улучшения в лечении пациента с парапротеинемической сенсомоторной полиневропатией.

**Пациент и методы.** Пациент 56 лет, с жалобами на онемение и мышечную слабость в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, с 2013 года страдающий от парапротеин-ассоциированной сенсомоторной полиневропатии, с 2016 года регулярно получает лечение в виде внутривенного введения человеческого иммуноглобулина и курсов мембранного плазмафереза в сочетании с реабилитационными мероприятиями в неврологическом отделении №2 клиники НИИ неврологии «ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова». На фоне проводимой терапии отмечался частичный регресс слабости и чувствительных расстройств. С 2018 года пациент стал отмечать резкое нарастание неврологического дефицита, а также неэффективность проводимых ранее лечебных мероприятий. По данным лабораторных исследований с 2018 года по настоящее время наблюдалось увеличение показателя сывороточного парапротеина, а также белка цереброспинальной жидкости. В мае 2019 года, совместно с гематологами, опираясь на успешный опыт зарубежных коллег в лечении данной патологии, было решено провести четырехнедельный курс терапии «off-label» препаратом ритуксимаб с постоянными занятиями лечебной физкультурой (ЛФК) и последующей оценкой неврологического статуса в динамике. Оценка эффективности лечения проводилась по клиническим неврологическим шкалам NIS-LL (Neuropathy impairment score low limb – счет невропатических знаков в ногах), NDS (Neuropathy disability score – шкала невропатического дисфункционального счета) через 1, 3 и 6 месяцев после лечения.

**Результаты.** До курса терапии результаты по шкалам NIS-LL и NDS составляли 34 и 48 баллов соответственно. В течение первого месяца клинического улучшения не наблюдалось. На третьем месяце был отмечен незначимый регресс симптоматики до 32 и 45 баллов. На шестом месяце наблюдалось статистически значимое улучшение до 25 и 45 баллов. Наибольший прогресс был выявлен при оценке моторных функций нижних конечностей. Значимого клинического улучшения в чувствительной сфере не отмечалось.

**Заключение.** Использование препарата ритуксимаб в качестве метода лечения парапротеин-ассоциированной полиневропатии может способствовать клиническому улучшению, но требует дополнительных систематических исследований с группой контроля.

## **ПРИМЕНЕНИЕ АКУПUNKТУРЫ В РЕГУЛЯЦИИ БАЛАНСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ**

**Андреева Галина Олеговна (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)  
Наумов Константин Михайлович (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

**Ключевые слова:** акупунктура, вегетативная нервная система, вариабельность ритма сердца

**Актуальность и цели.** Вегетативные расстройства являются широко распространенной и актуальной проблемой современной медицины. Акупунктура, рассматривая организм как единое целое и используя в лечении синдромальный подход, большое внимание уделяет коррекции вегетативных дисфункций, поскольку при любом патологическом процессе наблюдаются отклонения со стороны работы вегетативной нервной системы. А гармонизация взаимоотношений симпатической / парасимпатической активности согласуется с основной концепцией традиционной медицины: восстановления баланса инь / ян. Цель работы состояла в оценке эффективности метода

исследования variability ритма сердца и спектрального анализа для объективизации акупунктурного воздействия на состояние вегетативной нервной системы.

Методы исследования. Оценка variability ритма сердца (BPC) со спектральным анализом ритма сердца это метод качественного и количественного анализа variability RR-интервалов электрокардиограммы (ЭКГ), обусловленной модулирующим влиянием вегетативной нервной системы (ВНС) и гуморальных факторов на активность синусового узла сердца за определенный промежуток времени. При анализе кардиоритмограммы выделяют волны высокочастотных (HF), низкочастотных (LF) и очень низкочастотных колебаний (VLF). Высокочастотные колебания HF (0,15 – 0,40 Гц) связаны с активностью дыхательного центра продолговатого мозга и с модулирующим действием вагуса на спонтанную активность синусового узла через парасимпатические нервные волокна. В формировании волн низкочастотных колебаний LF участвует барорефлекторный механизм, связанный с работой сосудодвигательного центра и нервно-рефлекторные влияния, связанные с передачей импульсов по волокнам симпатического отдела ВНС, также могут принимать участие сводчатая извилина, миндалевидное тело, таламус, гипоталамус, гипофиз, гиппокамп. Считается, что очень низкочастотные колебания VLF (0,003 – 0,04 Гц) связаны с системой терморегуляции, работой ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и других эрготропных структур.

Акупунктурное воздействие на точки Цзу-сань-ли (E-36) вызывает повышение тонуса парасимпатической нервной системы, на точки Цзянь-цзин (VB-21), Цюй-чи (GI-11), Хэ-гу (GI-4) – повышение тонуса симпатической нервной системы.

Нами изучалось влияние акупунктуры на вегетативный статус 30 условно здоровых исследуемых, мужчин в возрасте от 18 до 35 лет. Акупунктура проводилась с введением стерильных одноразовых игл в точки Хэ-гу (GI-4), Цзу-сань-ли (E-36) на глубину 25 мм, экспозицией 20 минут. Проводилось вращение игл по- и против часовой стрелки в начале и в конце процедуры. Анализ BPC проводился до введения игл и через 10 минут после извлечения игл. Использовался прибор «ВНС-спектр» с использованием программы «Полиспектр-3» фирмы «Нейрософт».

Результаты. Исходно отмечалось некоторое преобладание модуляций HF диапазона по отношению к LF. После проведения процедур акупунктуры отмечалось повышение общей мощности спектра (TP), увеличение значений показателей VLF, показателей LF/HF, LF и снижение HF показателя, что свидетельствует о симпатической активации и подтверждает регулирующий характер воздействия акупунктуры, реализуемый через симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, при участии центральных структур.

**Заключение.** Таким образом, акупунктура является одним из эффективных методов регуляции баланса вегетативной нервной системы. А оценка variability ритма сердца со спектральным анализом – достоверным и адекватным методом объективизации этого влияния.

## **ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА**

**Нажмудинов Рамазан Загиргаджиевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)  
Живолупов Сергей Анатольевич (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны  
России)**

**Ключевые слова:** синдром запястного канала (СЗК), диагностика, электронейромиография.

**Актуальность и цели.** Несмотря на то, что туннельные синдромы верхней конечности широко распространены, на практике распознать их удается не всегда. В поликлинической работе часто ошибочно ставится диагноз остеохондроз шейного отдела позвоночника, артроз суставов кисти, невроз, синдром передней лестничной мышцы и др., и больные от нескольких месяцев до нескольких лет получают курсы безуспешного консервативного лечения, что соответственно приводит к

прогрессированию заболевания. В настоящее время существуют определенные методы диагностики и визуализации срединного нерва, позволяющие своевременно выявлять компрессионно-ишемическую невропатию срединного нерва. Рентгенологическое исследование кистей при СЗК несет ограниченную информативность, к данной диагностике прибегают как правило при травмах. Так же вариантом выбора диагностики СЗК является МРТ исследование, однако МРТ, как и КТ, имеет ряд ограничений, одна из них - это сложность визуализации нервных стволов, связанная с низкой контрастностью нервной ткани. Одним из методов, позволяющих визуализировать структуру нерва при данной патологии, является ультразвуковое исследование, которое в последнее время все шире внедряется в клиническую практику и диагностику. Единственным методом объективной оценки функционального состояния периферических нервов и, в том числе, срединного нерва на сегодняшний день остается электронейромиография (ЭНМГ). Целью настоящего исследования являлось изучение диагностической ценности электронейромиографии.

Пациенты и методы. Исследование проводилось в Центре лечения боли при клинике нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. В исследование было включено 63 пациента с подозрением на наличие СЗК. Среди жалоб больных доминировал болевой синдром. У значительного количества больных наблюдались сенсорные нарушения в области кисти: как негативные – онемение пальцев кисти, главным образом, второго и третьего, так и позитивные – ощущение “ползания мурашек”. Жалобы на двигательные нарушения предъявляли 23 пациента (36,9%); при этом у 10 (14,9%) из них визуально отмечалось очевидное уменьшение объема мышц кисти в области возвышения большого пальца.

**Результаты.** На основании данных неврологического осмотра и выполнения ЭНМГ диагноз был верифицирован у 45 больных (26 женщин, 19 мужчин), средний возраст  $43,6 \pm 7,2$  года. По данным ЭНМГ, выполненной до начала лечения, у пациентов с СЗК наблюдалось достоверное отличие от нормы увеличение моторной и сенсорной латентности, снижение скорости проведения нервного импульса и амплитуды по двигательным и чувствительным волокнам n. medianus.

Заключение. Для инструментального подтверждения диагноза СЗК в клинической практике широко используется ЭНМГ. Кроме того, ЭНМГ позволяет исключить другую патологию, манифестирующую сходными с СЗК симптомами: шейную радикулопатию, другие патогенетические варианты компрессионно-ишемических невропатий срединного нерва, полиневропатию. Таким образом, на сегодняшний день, ЭНМГ располагает широким арсеналом методик для объективизации уровня, характера, степени и распространенности поражения срединного нерва.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КОМОРБИДНОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**Бондаренко М.В. (СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»)**

**Владыкина Т.В. (СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»)**

В связи с ростом уровня жизни в последние годы в РФ и в мире наблюдается тенденция к увеличению доли лиц пожилого и старческого возраста, в результате чего социальное благополучие населения в целом все больше зависит от физической и интеллектуальной активности и здоровья данного круга лиц. Чтобы иметь возможность прогнозирования и профилактики изменений в здоровье и активности лиц, пополняющих рассматриваемую группу, мы должны выяснить взаимосвязи между физическим и эмоциональным состоянием пожилых лиц с одной стороны и особенности их истории и образа жизни с другой стороны. В представленном исследовании мы поставили перед собой цель выяснить зависимости между образованием, параметрами интеллекта, сопутствующих заболеваний, истории и образа жизни с развитием возрастных аффективных и когнитивных расстройств.

Исследование проводилось на базе 10 неврологического отделения ГВВ.

**Критериями отбора** пациентов послужили:

- возраст на момент исследования 75 лет и старше
- уровень интеллекта достаточный, чтобы понимать и осмысленно отвечать на вопросы тестов
- согласие пациента на участие в опросе
- сохранность зрения, слуха, праксиса

**Методики, использованные в исследовании:**

- интервью
- Монреальская шкала оценки когнитивных функций
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии
- анамнестические данные по истории болезни
- шкала повседневной активности
- шкала боли

**Предварительные результаты** по группе 25 человек:

Состав группы 64% - женщины, 36% - мужчины. 3 долгожителя (90 лет и старше). Средний возраст составил 84,12 года. Из них в семье детей, внуков проживали 28%, с супругом 16%, одни 56%. 40% пациентов не отмечали нарушение сна. 32% - имели эпизодические нарушения сна, 28% - постоянные нарушения сна.

Уровень тревоги и депрессии был диагностически повышен у 32% пациентов и 36% соответственно. По шкале оценки когнитивных функций лишь у 16% пациентов интеллект соответствовал норме, что не отражало их способности к самообслуживанию, социальному функционированию. На данный момент по предварительным данным мы можем констатировать только очевидные зависимости, такие как:

- уровень интеллекта в группе лиц старческого возраста с высшим образованием выше, чем в группе людей с базовым образованием
- уровень тревоги сильно коррелирует ( $r=0,84$ ;  $p < 0,05$ ) с уровнем депрессии.

Кроме того существует обратная взаимосвязь ( $r= - 0,53$ ;  $p < 0,05$ ) между повседневной инструментальной активностью и уровнем тревоги. А также не обнаружено достоверной связи между возрастом и показателем интеллекта.

Перечисленные данные являются лишь результатом пилотного исследования, которое будет значительно расширено.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЛТ+ТЭ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА СПБ ГБУЗ «АЛЕКСАНДРОВСКАЯ БОЛЬНИЦА», САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**

**Рошковская Людмила Викторовна (СПб ГБУЗ «Александровская больница» ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Корно Надежда Васильевна (СПб ГБУЗ «Александровская больница»)**

**Харькова Марина Юрьевна (СПб ГБУЗ «Александровская больница»)**

**Цель:** анализ результатов сочетанного применения ТЛТ и ТЭ в острейшем периоде ишемического инсульта по данным Регионального сосудистого центра СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения пациентов с ишемическим инсультом различной локализации с использованием комбинированного лечения (внутривенная ТЛТ+ТЭ). Ретроспективно проанализировано 47 пациентов с ишемическим инсультом: из них



29 (33,3%) женщин и 18 (66,7%) мужчин, средний возраст -  $58,0 \pm 2,9$ . Всем пациентам выполнен диагностический комплекс в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи больным с ОНМК. Оценка больных проводилась по специально разработанному протоколу, включающему сбор жалоб, анамнеза, оценку общесоматического статуса, а также динамику неврологического статуса и степени инвалидизации после лечения. Отдельно рассматривался факт применения антиагрегантной терапии в качестве первичной профилактики.

Для оценки динамики и сравнения показателей до и после комбинированного лечения применялся  $\chi^2$ . Результаты считались достоверными при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования.** В исследуемой группе показатель среднего времени от манифестации заболевания до начала внутривенного тромболизиса составил  $90,80 \pm 15,62$  минут. При этом, количество геморрагических изменений (ГИ) при визуализации в раннем послеоперационном периоде возрастало пропорционально увеличению периода терапевтического окна: 3 ГИ 1 типа и 1 ГИ 2 типа – при 60 минутах, 7 ГИ 1 типа и 3 ГИ 2 типа – при 100 минутах терапевтического окна.

Сопутствующая соматическая патология была выявлена при поступлении у 47 (100%) больных. В структуре сопутствующей патологии на первом месте была гипертоническая болезнь – 41 (87,2%) случаев; ишемическая болезнь сердца (ИБС) – в 38 (80,8%); у 22 пациентов (46,8%) имелась постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП), только четверо из них получали непрямые антикоагулянты (18,2%). Нарушение липидного обмена было обнаружено у 31 (65,9%) пациента; сахарный диабет 2 типа диагностирован в 13 (27,6%) наблюдениях. Всего 18 (38,3%) пациентов получали дезагрегантную терапию на догоспитальном этапе.

Исходно средний балл по NIHSS составил  $17,16 \pm 1,69$  баллов, качество жизни по модифицированной шкале Рэнкина –  $3,92 \pm 0,46$  баллов, балл по шкале Ривермид при поступлении составил  $3,67 \pm 0,72$  балла. По данным КТ головного мозга шкала ASPECTS составила  $9,56 \pm 0,22$  балла. По результатам СКТ-ангиографии и церебральной ангиографии стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) был выявлен у 32 (68,1%) пациентов; позвоночной артерии (ПА) – в 15 (31,9%) наблюдениях. Стеноз ВСА интракраниально  $>70\%$  обнаружен у 34 (72,3%) больных; стеноз  $<70\%$  – в 13 (27,6%) случаях. В комбинированной терапии острого инсульта помимо ТЛТ использовались следующие методы эндоваскулярного механического воздействия: в 19 (40,4%) случаях выполнялась эндоваскулярная тромбаспирация, баллонная ангиопластика в 5 (10,6%) наблюдениях, использование Ретривера в 23 (48,9%) случаях. Технический результат оценивался по модифицированной шкале восстановления перфузии при ишемическом инсульте (mTICI). Были получены следующие результаты: mTICI = 0 – в 4 (8,6%) наблюдениях; mTICI = 1 – 4 (8,6%) больных; mTICI = 2a – 8 (17,0%) случаев; mTICI = 2b – 13 (27,6%) больных; и mTICI = 3 – в 18 (38,2%) наблюдениях.

Результаты количественной оценки неврологического статуса оценивались через  $24 \pm 6$  часов после поступления и при выписке. Имелась отчетливая положительная динамика: по NIHSS –  $15,20 \pm 2,07$  и  $12,1 \pm 1,97$  соответственно; по mRs –  $3,87 \pm 0,53$  и  $2,94 \pm 0,38$  соответственно; по Ривермид  $5,41 \pm 1,1$  и  $6,80 \pm 0,94$  соответственно. По данным КТ головного мозга в динамике через  $24 \pm 6$  часов после проведенного лечения шкала ASPECTS составляла  $6,34 \pm 0,34$ .

Интраоперационные осложнения в виде дистальной эмболии имели место в 8 (17,2%) наблюдениях. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 6,4% (3 случая).

**Заключение**

Таким образом, эффективность комплексного лечения ишемического инсульта зависит от сочетания многих факторов, таких как: время до начала реперфузионной терапии, выраженность очагового неврологического дефицита на этапе поступления, степень реперфузии, отсутствие геморрагических осложнений, что в свою очередь напрямую зависит от особенностей и состояния сосудистой стенки и восстановления кровотока.

Негативное влияние на очаговую неврологическую симптоматику, качество жизни больных с ишемическим инсультом оказывает структура интраоперационных, ранних послеоперационных осложнений, гемодинамические перестройки в послеоперационном периоде, длительность анамнеза от манифестации заболевания до проведения комплексного лечения.

Анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о том, что комплексное лечение ишемического инсульта способствует функциональному восстановлению пациентов.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА**

**Нажмуудинов Рамазан Загиргаджиевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)  
Живолупов Сергей Анатольевич (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны  
России)**

**Ключевые слова:** синдром запястного канала (СЗК), лечение, эффективность консервативной терапии.

**Актуальность и цели.** Синдром запястного канала занимает лидирующие позиции среди компрессионных невропатий. Несмотря на высокую распространенность данного синдрома, возможности диагностирования и разработанные алгоритмы лечения, осведомленность врачей и пациентов о заболевании остается невысокой, что приводит к позднему обращению за помощью, несвоевременной и неадекватной терапии, инвалидизации трудоспособного населения. Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности консервативной терапии больных с синдромом запястного канала.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось в Центре лечения боли при клинике нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. В исследование было включено 80 пациентов с СЗК. Пациенты были разделены на две группы: первая группа (основная) состояла из 39 человек, в терапию которых помимо базовой схемы, включали препарат ипидакрин: 15 мг внутримышечно 1 раз в день в течение 10 дней, затем перорально таблетки по 20 мг 3 раза в день в течение 33 дней, а также витамины группы В. Во вторую группу (контрольную) вошли 41 человек, терапия которых ограничивалась базовой схемой. Базовое лечение включало: 1. Локальную инъекционную терапию (блокаду) с глюкокортикостероидом (ГКС). 2. При наличии выраженного болевого синдрома назначались капсулы габагамма. 3. Ношение ортеза для лучезапястного сустава в течение 1 месяца.

**Результаты.** Комплексная терапия у больных основной группы уже через 14 суток привела к значительному улучшению в виде достоверного уменьшения выраженности болевого синдрома, парестезий и онемения пальцев кисти, а двигательные нарушения (неловкость/слабость пальцев кисти) статистически значимо уменьшились лишь через 1 месяц от начала лечения. Важно отметить, что положительная динамика клинических проявления СЗК сохранялась и после завершения приема ипидакрина и витаминов группы В вплоть до конца исследования. Невральная блокада путем инъекции ГКС в карпальный канал является эффективным методом купирования симптомов СКК у 60-70% больных на срок от нескольких недель до нескольких лет. Использование ортеза для лучезапястного сустава позволяет сохранять нейтральное положение кисти в течение суток, обеспечивая с одной стороны условия для профилактики микротравматизации срединного нерва, а с другой стороны, для его восстановления. В исследовании Gerritsen A.A. et al. было установлено, что 37% пациентов с СЗК отметили достоверное улучшение состояния и достижение удовлетворительного купирования симптомов заболевания исключительно при использовании ортеза. К преимуществам данного метода лечения можно отнести отсутствие серьезных побочных эффектов, а отрицательной стороной применения ортезов являются дополнительные расходы на его приобретение и неудобство ношения, что значительно ограничивает их использование.

**Заключение.** Терапевтические опции должны опираться на индивидуальные особенности течения заболевания, регламентироваться клиническими предикторами эффективности терапии и

показаниями для хирургического вмешательства. В случае принятия решения о целесообразности проведения консервативного лечения СЗК в состав базовой терапии должна быть включена ГКС, ношение ортеза, витамины группы В и антихолинэстеразный препарат ипидакрин.

# IV РАЗДЕЛ

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

### ОПИСАНИЕ ИНТЕГРАЦИОННЫХ ПРОФИЛЕЙ И КАК ЕГО ЧИТАТЬ НА ПРИМЕРЕ СЕРВИСОВ ГИС РЕГИЗ

**Матросова Е.В. (СПб ГБУЗ «МИАЦ»)**

**Лазарев Е.М.(СПб ГБУЗ «МИАЦ»)**

**Ключевые слова:** информационное взаимодействие медицинской информационной системы с ГИС РЕГИЗ, интеграционные профили, сервис «Запись на прием к врачу», сервис «Управление очередями», Сервис «Региональная ИЭМК», Сервис «Обмена данными лабораторных исследований»

**Актуальность.** На сегодняшний день активными темпами идёт внедрение информационных технологий в медицине. Реализуется федеральный проект, направленный на создание единого цифрового контура в сфере здравоохранения. Процесс его создания неизбежно влечёт за собой интеграцию всех медицинских (лабораторных, радиологических) информационных систем с региональной, а через неё и федеральной, государственной информационной системой в сфере здравоохранения.

Необходимо отметить, что медицинские организации являются одновременно и основными исполнителями мероприятий проекта, и основными потребителями их результатов. При этом важно, чтобы медицинские организации не просто формально исполнили требования по информатизации, но и получили от этого максимальную выгоду для себя.

В такой ситуации специалистам медицинских организаций поможет умение "читать" интеграционные профили сервисов, предоставляемых государственной информационной системой.

**Цель.** Сформировать понятие об интеграционных профилях, как инструменте информационного взаимодействия медицинских информационных систем с сервисами государственной информационной системы Санкт-Петербурга «Региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

**Описание.** В общем случае, интеграционный профиль – это набор правил взаимодействия информационных систем. К правилам относятся: описания сервисов, их методов, разрешенных протоколов доступа и обмена сообщениями, форматы сообщений, структуры данных, их параметры, типы данных, их обязательность и кратность.

Сервис «Запись на прием к врачу» предназначен для предоставления электронных услуг по записи на прием к врачу, в том числе записи по направлению.

Сервис обеспечивает следующие основные возможности: обмен данными о медицинских учреждениях и их ресурсах, в том числе о сотрудниках медицинских учреждений, ведущих прием пациентов, получение расписания работы специалистов медицинских учреждений, предварительной записи и отмены записи, обмена данными о заявках в журнал отложенной записи медицинских учреждений, передачу информации о посещениях в медицинских учреждениях.

Сервис «Управление очередями на оказание медицинской помощи» предназначен для ведения, хранения, поиска и выдачи по информационным запросам сведений о направлениях пациентов на консультацию, госпитализацию, исследование, восстановительное лечение.

Исполнение процесса ведения региональной очереди на оказание медицинской помощи населению

по направлениям состоит из четырех этапов: формирование направления, закрепление ресурса для оказания медицинской помощи, начало оказания медицинской помощи, завершение оказания медицинской помощи. На любом этапе процесса сервис обеспечивает прием, хранение, изменение и выдачу по поисковым запросам данных о направлениях, выданных медицинскими организациями. Информационное взаимодействие с сервисом «Запись на прием к врачу» обеспечивает возможность записи пациентов для оказания им медицинской помощи по направлениям.

Сервис «Региональная ИЭМК» - региональное хранилище интегрированной информации о пациентах и случаях их обслуживания в медицинских организациях, обеспечивающее сбор, хранение и выдачу по запросам информации об итогах оказания учреждениями здравоохранения медицинской помощи гражданам.

Сервис «Региональная ИЭМК» состоит из следующих модулей: Модуль работы с пациентами и Модуль сбора статистики. Модуль работы с пациентом обеспечивает прием, хранение, изменение и выдачу по поисковым запросам данных о лицах (пациентах), обратившихся в медицинские организации региона за медицинской помощью. Модуль сбора статистики обеспечивает сбор, хранение и изменение данных об оказании медицинской помощи организациями региона.

Сервис «Обмен данными лабораторных исследований» предназначен для ведения, хранения, поиска и выдачи сведений по лабораторным исследованиям в рамках региона. Сервис обеспечивает: централизованный учет заявок на лабораторное исследование; централизованный учет результатов лабораторных исследований; учет информации о пациентах, которым назначено лабораторное исследование; учет информации о медперсонале; получение заявок на лабораторное исследование и передача их по запросу; передача статуса заявки по запросу; получение результатов лабораторных исследований и передача их по запросу; передача всех результатов лабораторных исследований для медицинской организации по запросу.

Заключение. Сервисы реализуют свои функции с помощью методов (команд): GetPatientHistory, CheckRefferal, CreateClaimForRefusal, UpdateMedServiceProfile, Register, GetQueueInfo, PatientDocumentIssue, AddPatient, UpdatePatient, GetPatient, AddCase, CreateCase, AddStepToCase, CloseCase, AddMedRecord и других. Каждый метод имеет набор параметров, которые содержат служебную информацию и непосредственно данные. Параметры могут быть обязательными или необязательными. Данные могут иметь разный тип: число, строка, элемент справочника, дата, время и другие.

Совокупность описания методов и их параметров представляет собой «интеграционный профиль сервиса».

## **РОЛЬ стОСМП (коек динамического наблюдения) В РАБОТЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

**Линец Ю.П. (СПб ГБУЗ Городская Александровская больница)**

**Артюхов С.В. (СПб ГБУЗ «Александровская больница», ФГБОУ ВО СЗГМУ им И.И.**

**Мечникова Минздрава России)**

**Зайцева Т.Е. (СПб ГБУЗ «Александровская больница»)**

**Чикин А.Е. (СПб ГБУЗ «Александровская больница»)**

**Ключевые слова:** стационарное отделение скорой медицинской помощи, хирургия, МКБ-10.

**Актуальность и цели.** В настоящее время в структуре стационарных отделений скорой медицинской помощи создаются коечные мощности – койки динамического наблюдения и краткосрочного пребывания. На койки динамического наблюдения направляются больные, которые не нуждаются в специализированной стационарной помощи, не требующие сложного диагностического поиска или реанимационного пособия. Структура потоков больных, нозологические формы описаны в единичных работах, что и определяет актуальность данной темы.

**Пациенты и методы.** Для реализации задач проведен ретроспективный сравнительный анализ



статистических данных за 2013 и 2017 годы.

**Результаты.** Несмотря на то, что СтОСМП было создано в больнице в конце 2014 года, данные мы смогли проанализировать после 2016 года. Это связано с тем, что изначально в составе СтОСМП было развернуто 13 коек динамического наблюдения и 7 краткосрочного пребывания, которые позже были перепрофилированы в виду отсутствия необходимых площадей и штатов для их содержания. В 2018 году в больнице проведена смена программного обеспечения, переход на новую информационную систему, в связи с этим ряд позиций для сравнения с 2013 годом оказался не возможен. Именно по этой причине для сравнения взят 2017 год.

В настоящее время в больнице сформирована система, в силу ряда объективных причин (площади, кадры, финансы), при которой существует приемное отделение и СтОСМП с койками динамического наблюдения. Пациенты доставляются и распределяются по тяжести состояния, принимаются профильными специалистами исходя из диагноза направления догоспитального этапа. Пациенты, не требующие госпитализации, выписываются из приемного отделения. Из остального потока, совместно с врачом скорой медицинской помощи СтОСМП, выделяются пациенты в удовлетворительном состоянии, которых раньше госпитализировали в специализированные отделения для купирования острого процесса. Эти пациенты и являются контингентом коек динамического наблюдения СтОСМП. Хирургическая служба больницы в 2013 году была представлена четырьмя хирургическими отделениями с коечной мощностью 162 койки. В 2017 году коечная мощность сократилась до 153 коек в трех хирургических отделениях.

Общий прирост обращаемости составил 20,8%. При рассмотрении следующих показателей, на первый взгляд видно, что увеличилось количество госпитализированных, как в абсолютных числах, так и в процентном отношении, с уменьшением амбулаторных больных. Однако, ниже будет показано, что в СтОСМП госпитализированы 7454 больных по всем профилям, что составило 8,2% от обратившихся или 12,1% от госпитализированных. С учетом того, что из госпитализированных в СтОСМП, в 877 случаях (11,7%) лечение не привело к улучшению состояния и больные были переведены на профильные отделения, фактически СтОСМП выписало 6490 больных или 10,5% от госпитализированных. Таким образом, реальная госпитализация на профильные койки составила 57,7%, что на 10,6% меньше, чем в 2013 году. Обращаемость пациентов по хирургическому профилю в целом выросла на 6,8%, но в структуре госпитализированных процентное соотношение снизилось. При разделении пациентов на плановых и экстренных, становится видно, что, в структуре госпитализированных больных хирургического профиля, доля плановых больных существенно выросла, данные представлены в таблице - на 60%. Данный показатель свидетельствует об увеличении доступности плановой госпитализации, сокращению сроков ее ожидания и приводит к повышению общей удовлетворенности пациентов.

В СтОСМП поступили 2155 (2,3% от всех обратившихся в больницу или 3,5% от госпитализированных) больных хирургического профиля, которые все успешно пролечены и выписаны на амбулаторный этап лечения. По данным статистического учета, лишь 3 пациента (0,14%) были переведены на профильные хирургические отделения в связи с отсутствием улучшения состояния. Если смотреть с другого ракурса, то в СтОСМП были направлены 21,7% больных хирургического профиля. Также проанализированы нозологии с которыми пациенты проходили лечение в СтОСМП. Наиболее часто встречающиеся заболевания: хронический гастрит К 29.5 – 12,09%, гастродуоденит К 29.9 – 14,83%, синдром раздраженного кишечника К 58.9 – 27,5%, другие функциональные расстройства кишечника К 59.8 – 17,66%, хронические панкреатиты К 86.1 – 13,72%, камни желчного пузыря К 80.1 – 4,82%, ушиб грудной клетки S 20.2 – 3,66% и другие – 5,78%. С данными диагнозами, пациенты традиционно госпитализировались в отделения хирургического профиля для наблюдения с целью исключения острой хирургической патологии, выполнения эндоскопических исследований, контроля лабораторных данных в динамике, купирования болевого синдрома, занимая дефицитную специализированную койку. В настоящее время, данная категория больных проходит лечение на койках динамического наблюдения.

**Заключение.** Использование коек динамического наблюдения стОСМП позволяет существенно уменьшить занятость специализированной хирургической койки и использовать ее для увеличения потока плановых больных в два раза, увеличивает доступность хирургической помощи плановым пациентам. Возможно использовать диагнозы К 29,5; 29,9; 58,9; 59,8; 80,1; 86,1 в качестве маркеров не обоснованной госпитализации на профильные хирургический койки.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Карайланов М.Г. (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

**Русев И.Т. (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

**Прокин И.Г. (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, медицинская организация, эффективность, показатели.

**Актуальность.** Для определения основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи на современном этапе необходимо определить перечень показателей и основные методики расчета оценки эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

**Основная часть.** Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества и системы здравоохранения. Она является первым уровнем контакта людей с национальной системой здравоохранения и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья нации. Территориальная доступность ПМСП обеспечивается рациональным размещением медицинских организаций с учетом расселения жителей. В развитии ПМСП наиболее велика роль врачей, которые обеспечивают своевременную квалифицированную медицинскую помощь населению по профилю специальности в поликлинике, амбулаторно-консультативном отделении стационара и на дому, а также профилактическую направленность по предупреждению и снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности, профессиональных болезней и травматизма.

Развитие ПМСП должно быть направлено на решение следующих задач:

- обеспечение доступности этого вида медицинской помощи для всех групп населения, проживающих в любых регионах страны;
- удовлетворение потребности населения в квалифицированной медицинской помощи;
- переориентация деятельности организации на медико-социальную профилактику;
- повышение эффективности работы организаций, совершенствование управления;
- повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

В настоящее время приоритетной и нерешенной остается проблема оценки эффективности деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Эффективность деятельности медицинской организации представляет собой степень достижения определенных для данного учреждения целей при определенных затратах, под понятием «эффективность» подразумевается достижение конкретного результата. Понятие эффективности медицинской помощи, в том числе ПМСП, не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере материального производства, поскольку, в здравоохранении, даже при использовании квалифицированного труда и современного оборудования, результат может быть «нулевым» и даже «отрицательным». Результаты тех или иных мероприятий здравоохранения в целом, амбулаторно-поликлинической службы в частности, анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности. Между этими видами эффективности существует взаимосвязь и взаимообусловленность, приоритетными

являются медицинская и социальная эффективность. Что же касается экономической эффективности, то в здравоохранении она не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики и лечения заболеваний, организационных форм оказания медицинской помощи, хотя критерии экономической эффективности, наряду с медицинской и социальной эффективностью, могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов. Медицинская помощь должна оказываться таким образом, чтобы затраты на ее финансирование осуществлялись оптимально с точки зрения получаемых результатов (оптимальность) и исходя из наиболее важных направлений медицинской деятельности (приоритетность).

Расчет показателей эффективности здравоохранения, его служб (включая первичную медико-санитарную помощь) и отдельных мероприятий производится по следующим направлениям:

- по виду эффективности (медицинская, социальная, экономическая);
- по уровню (уровень работы врача, подразделения, отдельной организации, уровень работы отрасли здравоохранения, уровень народного хозяйства);
- по этапам или разделам работы (эффективность на этапе предупреждения заболевания, лечения и реабилитации больных);
- по объему работы (эффективность лечебно-профилактических мероприятий и медико-социальных программ);
- по способу измерения результатов (через снижение потерь ресурсов; экономию ресурсов, через дополнительно полученный результат, либо через интегрированный показатель, учитывающий все результаты);
- по затратам (учитываются затраты общественного труда, а также суммарный показатель по затратам живого общественного труда);
- по форме показателей (принимаются во внимание нормативные показатели здоровья населения, показатели трудовых затрат и стоимостные показатели).

**Заключение.** Отечественные исследователи неоднократно предлагали перечень показателей, с помощью которых можно было бы оценить различные аспекты функционирования здравоохранения. Показатели должны иметь количественное выражение, быть простыми в расчете и иметь доступную и надежную информационную базу. Количество показателей должно быть по возможности минимальным, но при этом отражать все основные аспекты деятельности медицинской организации. Все параметры, используемые для оценки эффективности, могут и должны определяться на основе анализа учетно-отчетной документации медицинской организации и анкетирования пациентов. Используемые показатели должны нести определенную смысловую нагрузку и отражать конкретную связь с целями и задачами медицинской организации.

# V РАЗДЕЛ

## ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

---

### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТУГОУХОСТИ

**Бобошко Мария Юрьевна (ФГБУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России; ФГБУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)**

**Жилинская Екатерина Викторовна (ФГБУЗ Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России)**

**Пацинин Александр Николаевич (ФГБУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** слухопротезирование, речевая аудиометрия, слуховая тренировка

**Актуальность и цели.** Нарушениями слуха страдают более 466 млн. человек нашей планеты, причем около 70% приходится на пациентов с хронической сенсоневральной тугоухостью (ХСНТ), у которых основное место в реабилитации отводится слухопротезированию. Однако лишь один из 10 пациентов, нуждающихся в коррекции слуха, пользуется слуховым аппаратом, а время от постановки диагноза до момента слухопротезирования составляет у взрослых, в среднем, около 10 лет. Цель исследования – изучить показатели разборчивости речи у взрослых пациентов с ХСНТ, использующих слуховые аппараты, и продемонстрировать возможности слуховой тренировки при их реабилитации.

**Пациенты и методы.** Обследовано 54 пациента с двусторонней симметричной ХСНТ 2-3-й степени, использующих слуховые аппараты: 40 человек пожилого возраста (60-74 года, средний возраст  $68,6 \pm 3,9$ ) и 14 пациентов молодого возраста (20-44 лет, средний возраст  $32,6 \pm 6,4$ ). Наряду с ЛОР-осмотром и тональной пороговой аудиометрией всем пациентам проводилось речевое тестирование, которое включало адаптивный русский фразовый матричный тест (RuMatrix) в тишине и на фоне шума.

**Результаты.** В тесте RuMatrix в тишине получены следующие результаты:  $51,0 \pm 9,2$  дБ УЗД у молодых пациентов и  $53,1 \pm 8,2$  дБ УЗД у пожилых пациентов; достоверной разницы между показателями молодых и пожилых пациентов не обнаружено ( $p > 0,05$ ), из чего следует, что на снижение разборчивости речи в тишине основное влияние оказывает повышение тональных порогов слуха. Это подтверждается и наличием высокой корреляции между разборчивостью речи по данным теста RuMatrix в тишине и тональными порогами слуха ( $R = 0,89$ ).

Результаты в тесте RuMatrix на фоне шума были следующими:  $-4,3 \pm 1,9$  дБ SNR у молодых пациентов и  $-2,2 \pm 2,8$  дБ SNR у пожилых пациентов; выявлены достоверные различия результатов указанного теста между молодыми и пожилыми испытуемыми ( $p < 0,001$ ). У молодых пациентов с установлена корреляция порогов разборчивости речи в шуме с тональными порогами слуха ( $R = 0,54$ ), а у пожилых эта корреляция не определялась ( $R = 0,33$ ). Это указывает на наличие у пожилых пациентов с тугоухостью не только периферических (кохлеарных) нарушений слуха, но и других факторов, ухудшающих речевую разборчивость, в частности, центральных слуховых расстройств. В соответствии с результатами анкетирования (использовалась анкета COSI – Client Oriented Scale of Improvement) у 12 (22,2%) пациентов пожилого возраста имела место низкая удовлетворенность результатами слухопротезирования, в связи с чем им проведен курс занятий по программе слуховой тренировки. Занятия, включавшие комплекс акустических заданий для активации слуховой системы, развития памяти и внимания, проводились два раза в неделю в течение 2-х месяцев. Итогом слуховой тренировки было достоверное улучшение разборчивости речи в шуме по данным

теста RUMatrix ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Залогом успешной реабилитации пациентов с нарушениями слуха является своевременное выявление слуховых расстройств, а также ранняя их коррекция. В процесс реабилитации пациентов с нарушениями восприятия речи целесообразно включать слуховую тренировку, которая значительно повышает эффективность слухопротезирования. Для предотвращения негативного влияния слуховых расстройств на качество жизни пациентов необходимо массовое освещение проблем, связанных с тугоухостью.

## **БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ**

**Афлитонов Максим Александрович (СПбГБУЗ «Городская больница №40 Курортного административного района»)**

**Наумов Сергей Юрьевич (СПбГБУЗ «Городская больница №40 Курортного административного района»)**

**Артюшкин Сергей Анатольевич (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** прогноз хронических риносинуситов, триггеры воспаления, биомеханические нарушения, остейт ППН.

**Актуальность и цели.** Недавние исследования показали, что хронический полипозный риносинусит (ХПР) характеризуется не только хроническим воспалением слизистой оболочки носа, но и биомеханическими нарушениями в интерстициальном пространстве. Цель: выявить наличие биомеханических нарушений в интерстициальном пространстве слизистой оболочки носа при ХПР. Пациенты и методы: пациенты были разделены на две группы на основе наличия/ отсутствия полипоза носа и ППН. Первая группа  $n=105$  (хронический риносинусит с полипами полости носа), 2я группа  $n=112$  (хронический риносинусит без полипов носа). Использовали: КТ ППН, балльные шкалы оценки КТ ППН по Lund-Mackay, морфологическое и микробиологическое исследование операционного материала. Для оценки биомеханических нарушений в интерстициальном пространстве при дегенерацией слизистой оболочки ППН использовали датчики давления и прецизионную микроскопию.

**Результаты.** Получены данные о наличии биомеханических нарушений в слизистой пациентов с ХПР ( $p = 0,01$ ). Наличие отличий в кривизне, давлении и натяжении на границе раздела между двумя средами, такими как вода/ слизистая достоверно различается у пациентов 2х групп ( $p = 0,01$ ). Установлена взаимосвязь между вышеописанными показателями по уравнению Юнга-Лапласа. Отмечено что на начальных этапах, мелкие полипы выдерживают гораздо более высокое повышение давления при небольшой деформации. По мере роста меньшее увеличение внутреннего давления приводит к значительному увеличению натяжения стенок за счет дальнейшего роста, что доказывает важность поддержания физически малых размеров полипов, поскольку скорость их роста увеличивается с увеличением их диаметра.

**Заключение.** Показано наличие биомеханических нарушений в слизистой пациентов с ХПР. Показана важность поддержания физически малых размеров полипов при терапии ХПР.

## **ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

**Безрукова Е. В. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**

**Галеев Р. Ф. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**

**Пашинин А. Н. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**



**Ключевые слова:** бета-глюканы, интерлейкин 1 , тиолдисульфидный коэффициент, острый риносинусит, хронический риносинусит.

**Актуальность и цель исследования.** В патогенезе острых и хронических воспалительных заболеваний ВДП значительную роль играет недостаточность местного иммунитета слизистых оболочек дыхательных путей. Так, нарушение барьерной функции слизистой оболочки повышает вероятность активизации резидентной микрофлоры, в результате чего немедленно включаются механизмы врожденного иммунитета (активируются рецепторы, лимфоциты, привлекаются нейтрофилы, запускается каскад реакций), и только через несколько дней активизируется адаптивный иммунитет. При хроническом воспалении, наблюдается недостаточность иммунных реакций, что приводит к вялотекущему воспалительному процессу, что не всегда приводит к нейтрализации и элиминации патогена из организма и требует оптимизации традиционных схем лечения. Однако, препараты, индуцирующие или модулирующие иммунный ответ при этих заболеваниях, практически, не используется в традиционных схемах лечения, что связано с недостаточной информированностью о клинической эффективности и безопасности данных препаратов, показаниях и сроках назначения, особенностях механизма действия. В связи с этим нами проведено исследование с целью оценить целесообразность применения различных классов иммуномодулирующих препаратов в лечении острых и хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

**Материалы и методы.** Обследовано 120 человек из них: больные острым гнойным риносинуситом (ОГРС)- 28 человек, затяжной формой острого гнойного риносинусита (ЗФОГРС) - 30 человек, хроническим гнойным риносинуситом (ХГРС) – 62 человека. Целостность слизистой оболочки носа определяли цитологически методом риноцитограмм с использованием окраски по Романовскому-Гимзе и В. Е. Пигаревского. В носовых секретах определяли количество сульфгидрильных групп биохимическим методом на устройстве «Анализатор тиоловых антиоксидантов-АТА-1». В зависимости от метода лечения больные ОГРС и ХГРС были разделены на группы. Одной группе проводилось традиционное лечение (антибактериальная терапия и пункция в/ч пазух), другой группе комплексное лечение с применением антибактериальной терапия, пункций в/ч пазух и иммунокорректирующими средствами. В качестве иммунокорректирующей терапии при лечении ОГРС применялся препарат, содержащий в своем составе бета-глюканы (перорально по 2 кап. 3 раза в день в течение 10 дней), при лечении ЗФОГРС ХГРС рекомбинатный интерлейкин 1 $\beta$  (беталейкин) (вводился во время пункции в верхнечелюстную пазуху через день, всего 5 введений ). Динамическое наблюдение проводилось в течение 10 дней.

**Результаты исследования.** Для объективизации оценки эффективности проведенного лечения больных ХГРС нами проведен корреляционный анализ изменений показателей состояния слизистой оболочки и ее местного иммунитета на фоне применения беталейкина. На фоне применения беталейкина, происходит достоверное увеличение исходно сниженных значений среднего цитохимического коэффициента (СЦК) и тиолдисульфидного коэффициента (ТДК). Тогда как показатели деструкции слизистой оболочки имеют отрицательную корреляционную связь, что свидетельствует о достоверном уменьшении воспаления. Получение достоверного изменения показателей позволяет построить модель, описывающую количественные изменения значений этих показателей на фоне применения беталейкина.

Корреляционный анализ при применении бета-деглюканов при лечении ОГРС и ЗФОГРС показал те же зависимости. Положительную корреляционную связь значений СЦК и ТДК , что характеризует достоверное увеличение данных показателей, свидетельствующих об увеличении функциональной активности нейтрофилов, увеличение количества сульфгидрильных групп, отрицательная корреляционная связь для значений СПД и ИЦК свидетельствуют об активных процессах репарации. При проведении традиционной терапии наблюдается аналогичная направленность изменений, что также позволяет построить модели функциональных зависимостей, описывающих количественные изменения показателей на фоне лечения. Однако наличие корреляционной связи указывает на направленность изменений, но не дает количественных характеристик. В связи с чем было

выполнено математическое моделирование зависимости изменений изучаемых показателей от применения иммунокорректирующей терапии.

При анализе зависимости изменений СЦК выявлено, что до лечения больных СЦК достоверно снижался по сравнению с уровнем практически здоровых обследуемых, в результате традиционного лечения отмечался медленный показатель, однако достижения цифр практически здоровых не наблюдалось. При применении беталейкина при ОГРС наблюдался резкий подъем СЦК и нормализация показателей к 7-ым суткам наблюдения и далее наблюдали увеличение этого значения выше, чем у практически здоровых, что свидетельствует о нецелесообразности длительного применения данного препарата. При применении бета-глюканов у больных ОГРС и ЗФОГРС отмечалось достоверное интенсивное повышение данного показателя с достижением уровня здоровых к 10 дню исследования.

Анализ зависимости изменения ТДК в результате применения препаратов показал повышение данного показателя во всех группах обследуемых, более выраженные при применении бета-глюканов с достижением уровня здоровых. Моделирование зависимости изменений СПД и ИЦК показала, что при традиционной терапии значения данных показателей уменьшаются очень медленно и незначительно, не достигая уровня здоровых. При применении бета-глюкана и беталейкина наблюдается интенсивное уменьшение значений показателей деструкции, что свидетельствует об уменьшении деструктивных процессов и усилении репаративной способности эпителия слизистой оболочки носа.

**Заключение.** На основании моделирования изменения показателей установлено, что применение иммуномодулирующей терапии в дополнении к традиционному лечению достоверно усиливает процессы репарации слизистой оболочки, что способствует более эффективному и быстрому уменьшению воспалительных процессов, как при остром и хроническом риносинусите.

При лечении острого риносинусита целесообразно применять иммуномодулирующие препараты, в частности, содержащие бета-глюканы, основными точками воздействия, которых являются рецепторы врожденного иммунитета.

В лечении хронического гнойного риносинусита и затяжной формы острого гнойного риносинусита в дополнении к традиционной терапии целесообразно применять замещающую терапию, рекомбинантным IL-1 $\beta$  (беталейкин).

## **ОТКРЫТИЕ СПБ ГКУЗ «ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ СУРДОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»: НОВАЯ ВЕХА В ПЕТЕРБУРГСКОЙ СУРДОЛОГИИ**

**Туфатулин Г.Ш. (СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр»)**  
**Мефодовская Е.К. (СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр»)**  
**Артюшкин С.А. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)**  
**Алексеев С.И. (СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр»)**  
**Янов Ю.К. (ФГБОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

Общая численность детского населения Санкт-Петербурга в 2017 году составила 863 392 ребенка. У 2 364 детей выявлено стойкое снижение слуха. 1 127 детей, страдающих нарушением слуха, имеют социальный статус «ребенок-инвалид». До сентября 2018 года сурдологическая помощь детскому населению оказывалась в Городском центре восстановительного лечения для детей со слухоречевой патологией №1 (ГЦВЛ), размещавшегося на базе ДГП №68. Наблюдающийся прогрессивный рост числа детей с тугоухостью показал необходимость пересмотра организации службы, поскольку структура ГЦВЛ, его материально-техническое оснащение не отвечали современным требованиям к обследованию и реабилитации слуха у детей. Назрела необходимость

в расширении площади как лечебно-диагностической, так и реабилитационной служб, оснащении Центра современным оборудованием, увеличении количества штатных единиц врачей сурдологов-оториноларингологов, дефектологов, психологов, музыкальных педагогов. Возникали проблемы межведомственного взаимодействия в вопросах выдачи слуховых аппаратов, сокращения сроков слухоречевой реабилитации до 10 дней.

По этим причинам в апреле 2018 Правительством Санкт-Петербурга было принято решение о создании нового учреждения - СПб ГКУЗ «Детский городской сурдологический центр» (ДГСЦ). Менее чем за полгода была подготовлена документальная база, произведен перевод сотрудников и передача оборудования. 11 сентября 2018 года состоялось торжественное открытие ДГСЦ с участием губернатора Санкт-Петербурга Г.С. Полтавченко, вице-губернатора А.В. Митяниной, представителей научной и медицинской общественности. Это – уникальное учреждение, ставшее первым и единственным детским сурдологическим центром в стране, который является обособленной структурой, подведомственной напрямую городскому органу исполнительной власти. ДГСЦ получил двухэтажное здание общей площадью 1962 м<sup>2</sup>, отвечающее всем современным требованиям безопасности и доступности. К зданию прилежит озелененный участок для прогулок с детьми, оборудованный многочисленными детскими площадками, беседками, домиками, в которых планируются проведение развивающих занятий в теплое время года. В здании предусмотрена регистратура с гардеробом, имеется доступ для маломобильных групп населения.

#### **Новый ДГСЦ располагает следующими службами:**

- 1) лечебно-диагностическая, включающая кабинеты сурдологов-оториноларингологов, оториноларинголога, сурдолога-протезиста, невролога, педиатра, процедурный кабинет, физиотерапевтическое отделение;
- 2) реабилитационная служба включает кабинеты для индивидуальных и групповых занятий с сурдопедагогом, логопедом, музыкальным педагогом, психологом, а также игровой зал и бассейн.

В ДГСЦ имеется полный спектр оборудования для исследования слухового анализатора детей всех возрастов: приборы регистрации слуховых вызванных потенциалов и отоакустической эмиссии, аудиометры для тональной и речевой аудиометрии, импедансометры, оборудование для поведенческой и игровой аудиометрии, настройки слуховых аппаратов и речевых процессоров систем кохлеарной имплантации.

В Центре будет проводиться диагностика и реабилитация не только при хронической сенсоневральной тугоухости, планируется развитие направления по лечению заболеваний, приводящих к кондуктивной тугоухости. Для этого в ДГСЦ есть ЛОР-комбайн, оборудованный микроскопом и эндоскопами, необходимый набор физиотерапевтического оборудования, хорошо оснащенный процедурный кабинет. Уже в текущем году планируется закупка новой диагностической аппаратуры, соответствующей не только отечественным, но и международным требованиям к надлежащей клинической практике. В распоряжении сотрудников имеется конференц-зал, в котором планируется проведение школ-семинаров для родителей, обучающих занятий для врачей, детских мероприятий.

# VI РАЗДЕЛ

## РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА

Ужахов И. Р. (СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»)  
Шлойдо Е. А. (СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»)  
Бирюков К. А. (СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»)

**Ключевые слова:** острый аортальный синдром, расслоение, аневризма, стент-графт

**Актуальность и цели:** Острый аортальный синдром включает в себя классическое расслоение аорты, интрамуральную гематому, пенетрирующую язву аорты и травматическое расслоение аорты. Частота встречаемости от 5 до 30 случаев острого расслоения на 1 млн. населения в год. Летальность у пациентов с острым расслоением аорты – 27,8 случаев на 1 млн. населения. Цель исследования – изучить непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярного лечения больных с острым аортальным синдромом.

**Пациенты и методы:** С января 2016 по октябрь 2019 года прооперировано 50 пациентов (39 мужчин (78%) и 11 женщин (22%). Средний возраст пациентов составил  $56,5 \pm 5$  лет (28 – 85 лет). Все больные имели гипертоническую болезнь I–II стадии, у 33 (66%) были признаки СН I–II ФК и у 17 (34%) – СН II–III ФК по NYHA. Причиной развития заболевания у 43 (86%) пациентов был атеросклероз, у 3 (6%) – травма, в 2 (4%) случаях сифилис и еще в 2-х (4%) ятрогения. В 31 (62%) случаях имело место острое расслоение стенки аорты: IIIa типа (14) и IIIб типа (17) по De Bakey, в 8(16%) случаях I типа по De Bakey, у 6(12%) пациентов - интрамуральная гематома, у 5(10%) - пенетрирующая язва нисходящей аорты. В 16 (32%) случаях выявлена аневризма с диаметром в среднем ( $5,8 \pm 0,7$ см), из них в 3-х случаях ложная. 15(30%) больным выполнена гибридная операция: надкоронарное протезирование восходящего отдела аорты (5), операция Бенталла – Де Боно с реконструкцией ветвей дуги аорты (3), сонно-подключичное шунтирование (4), субтотальный «дебранчинг» (3). Эндопротезирование нисходящей аорты от устья левой подключичной артерии выполнено 14 (28%) пациентам, от устья левой общей сонной артерии в 8 (16%) случаях с техникой «параллельного графта» левой подключичной артерии, у 5(10%) больных от устья брахиоцефального ствола с техникой «параллельного графта» левой общей сонной и подключичной артерий. Эндопротезирование инфраренального отдела аорты у 8(16%) пациентов. 10 (20%) пациентам имплантировано два стент-графта в нисходящий отдел аорты. Все больные оперированы чрескожным билатеральным доступом через общие бедренные артерии, с дополнительными доступами через плечевую и подмышечную артерии.

**Результаты.** Длительность операции составила ( $109 \pm 25$ ) мин., время флюороскопии ( $37 \pm 8$ ) мин, средняя кровопотеря во время операции ( $120 \pm 25$ ) мл. При контрольной аортографии после имплантации стент-графта оценивалось: отсутствие значимой мальпозиции стент-графта, наличие подтеканий, заполнение истинного и ложного канала, а также висцеральных артерий. Имплантация стент-графта была успешной у всех пациентов. В одном случае интраоперационно было подтекание Ib типа, у двух (4%) больных был выполнен переход на открытый доступ к бедренной артерии с целью ее ушивания. Время нахождения в реанимации составило ( $44 \pm 15$ ) часа, длительность госпитализации ( $27,4 \pm 2$ ) дня. В послеоперационном периоде у трех (6%) пациентов развилась контраст-индуцированная нефропатия, которая нивелировалась проведенной гидратацией, у двух (4%) больных случился инсульт: в вертебро-базиллярном бассейне и в бассейне левой внутренней сонной артерии, в одном (2%) случае был спинальный инсульт с положительной динамикой после люмбальной пункции. Госпитальная летальность составила 12% - 6 пациентов. В двух случаях отрыва торакоабдоминального отдела аорты, у пациентов с расслоением I типа. В одном случае

на 3-и сутки от сердечно-сосудистой недостаточности, у двух пациентов от инсульта и одного больного от ТЭЛА. Отдаленные результаты оценивались клинически и с помощью МСКТ через 6 и 12 месяцев после операции. Летальность составила – 4 (8%): в трех случаях от причин, не связанных с заболеванием аорты, в одном случае от дистального разрыва нисходящей аорты. При контрольной МСКТ в динамике у 42(84%) пациентов было обнаружено полное (35) или частичное (7) закрытие ложного просвета, у больных с аневризмой аорты диаметр грудной аорты уменьшился до  $3,2\pm 0,5$  см. Распространения расслоения, мальперфузии головного мозга и органов брюшной полости, подтекания в зоне стент-графта или его дислокации в ближайшем и отдаленных сроках наблюдения до 3-х лет не было.

**Заключение.** Эндovasкулярное лечение больных с острым аортальным синдромом демонстрирует хорошие непосредственные и отдаленные результаты, и может успешно применяться при лечении этой тяжелой, прогностически неблагоприятной, а зачастую и фатальной патологии.

## **ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

**Белозеров Григорий Николаевич (ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова»)**

**Сергеев Михаил Андреевич (ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова»)**

**Нильва Евгений Семенович (ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова»)**

**Дербенев Алексей Валерьевич (ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова»)**

**Михеев Владимир Борисович (ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова»)**

**Ключевые слова:** кровотечение, эмболизация, РЭО.

**Актуальность и цели.** Продемонстрировать особенности и возможности эндovasкулярного лечения кровотечений различной локализации на клинических примерах.

### **Пациенты, методы и результаты.**

**Случай №1:** у пациента 50 лет со вторых суток после срочного ЧКВ отмечаются рецидивирующие носовые кровотечения без эффекта от тампонады и консервативной терапии со снижением Нб за 9 дней с 126 до 67 г/л. Выполнена селективная эмболизация верхнечелюстных артерий микрочастицами PVA 355-500мкм. Эпистаксис не рецидивировал без отмены дезагрегантов.

**Случай №2:** Пациент 32 лет проходил лечение по поводу сотрясения головного мозга. Через 6 дней переведен в отделение челюстнолицевой хирургии – с диагнозом нагноившаяся гематома поднижнечелюстного пространства справа, перелом мышцелкового отростка нижней челюсти справа. На СКТ верифицирована флегмона дна полости рта. Выполнено вскрытие и дренирование флегмоны, отмечено промокание повязки кровью. На фоне лечения положительная динамика гнойного процесса. После шинирования по Тигерштедту появились рецидивирующие эпизоды кровотечения из раны. На ангиограммах выявлена псевдоаневризма лицевой артерии (r. labialis superior) справа. Выполнена РЭО микроспиралями Azur .035" 5\*60 мм. В дальнейшем кровотечения не рецидивировали, выписан на амбулаторное лечение.

**Случай №3:** Пациент 33 лет с диагнозом: хронический бронхит: пневмофиброз нижней доли левого легкого, легочное кровотечение 2ст. доставлен в кат.лаб. для РЭО бронхиальных артерий. Верифицировать бронхиальные артерии не удалось. Выявлено патологическое артерио-артериальное соустье в виде гиперваскулярной сети межреберной артерии и ветвей легочной



артерии. Выполнена эмболизация частицами PVA 300-500 и 500-700 мкм. Рецидив легочного кровотечения через 4 месяца. На контрольных ангиограммах верифицирована частичная реканализация зоны предыдущей РЭО. Повторная эмболизация частицами PVA 300-500 завершена установкой микроспирали Azur .035" 4\*60мм. Выявлена следующая межреберная, а также дополнительная коллатераль из а. toracira lateralis sinistra, анастомозирующие с зоной интереса с образованием системно-легочного межартериального свища. Последовательная РЭО частицами PVA 150-300, 300-500 и 500-700 мкм с исключением из кровотока мелких артериол. При осмотре на следующие сутки выявлены изменения на коже в зоне эмболизации, а также после операционный шрам. Уточнен анамнез: проникающее ножевое ранение левой половины грудной клетки 7 лет назад, совпадающее с зоной межсистемного артерио-артериального анастомоза.

**Случай №4:** Пациент 34 лет госпитализирован с признаками легочного кровотечения 2ст. Состояние после коррекции тетрады Фалло в 1981г. и в 1989г. На ангиограммах выявлен ряд гипертрофированным межреберных артерий справа с выраженной патологической сосудистой сетью, множественными межсистемными коллатеральями. Проведена последовательная эндоваскулярная окклюзия наиболее крупных межреберных артерий эмбосферами 700-900 в суммарной дозе 12мл. Рецидив легочного кровотечения на 3и сутки. Рядом с устьем правой почечной артерии выявлен aberrантный сосуд, кровоснабжающий нижнюю долю правого легкого. Выполнена дистальная эмболизация эмбосферами 700-900 и частицами PVA 1000 мкм. В дальнейшем пациент у пациента развилась внутрибольничная полисегментарная пневмония, тяжелое течение с ДН лечение в ОАР в течение 13 дней. Выписан на 30е сутки в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде наблюдения кровохарканье не рецидивировало.

**Случай №5:** Пациентка 74 лет обследовалась по поводу образования верхней доли левого легкого. После выполнения ФБС с биопсией возникло кровохарканье, рецидивирующее на фоне терапии. Во время ангиографического исследования волна легочного кровотечения III степени. Выполнена РЭО бронхиальных артерий частицами PVA. Однако на следующие сутки, после выполнения санационной ФБС по поводу ателектаза левого легкого возник рецидив кровотечения. Выявлена прямая экстравазация контрастного вещества с затеканием его в бронхиальное дерево. Проведена эмболизация сферами 500-700мкм. В течение двух недель интенсивная терапия по поводу аспирационной пневмонии, кровотечение не рецидивировало. На фоне стабильно тяжелого состояния развилась терминальная брадикардия, СЛР с временным эффектом. От выполнения секции родственники категорически отказались.

**Случай №6:** Пациент 83 лет доставлен в катлаб. с постгеморрагической анемией (Hb 75г/л), верифицированной гемобилией по данным ФГДС. На СКТ признаки на гипervasкулярного образования левой доли печени (гемангиома?). Выполнена селективная катетеризация левой печеночной артерии катетером IMA с РЭО частицами PVA 710-1000. В дальнейшем кровотечение не рецидивировало.

**Случай №7:** Пациентка 33 лет (Б-6, Р-1, А-5,) с заболеванием шейки матки с деструкцией, тяжелой постгеморрагической анемией (Hb 45г/л), доставлена в Rg-операционную для выполнения эмболизации маточных артерий (ЭМА) по срочным показаниям. На ангиограммах маточные артерии без признаков гиперплазии с обширной патологической неоваскулярной сетью. Последовательно выполнена ЭМА микрочастицами PVA 355-500мкм по 1/2 флакона с каждой стороны. Переведена в онкодиспансер, верифицирован умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак T2dN1M1. Начата химиотерапия.

**Случай №8:** Пациентка 33 лет (Б-6, Р-2, А-3) с шеечной беременностью 5-6 недель, доставлена в Rg-операционную для выполнения ЭМА по срочным показаниям. Лучевым доступом выполнена ЭМА частицами PVA 500-700. Лечебное выскабливание на следующие сутки – без осложнений.

**Случай №9:** у пациентки 64 лет с длительным анамнезом ревматоидного артрита появилась

фебрильная лихорадка и выраженный болевой синдром в нижней части спины. На СКТ заподозрено образование сигмовидной кишки с патологическим переломом боковых масс крестца. Направлена к онкологу, представления об онкопатологии не сложилось выявлена псевдоаневризма верхней ягодичной артерии слева (лВЯА), отмечается рост псевдоаневризмы с 24 до 34 мм за 2 недели. Выполнена РЭО дистальной порции лВЯА четырьмя спиралями Azur 0.35", сформирована опорная конструкция из трех микроспиралей 15\*140мм в полости псевдоаневризмы, затем выполнена окклюзия проксимальной порции лВЯА. Псевдоаневризма полностью исключена из кровотока без признаков ретроградного заполнения. При биопсии крестца данных за онкопатологию нет. Через 6 месяцев амбулаторно вскрыт и дренирован абсцесс левой ягодичной области, сохранялся незаживающий свищ. Выполнена фистулография – подтверждена связь свища с ранее эмболизированной полостью. Выполнена контрольная ангиография, признаков реканализации псевдоаневризмы нет. Иссечение свища с удалением инородных тел, местное лечение на VAC-системе с положительным эффектом.

**Случай № 10:** Пациент получил резанную рану в области спины (обстоятельств травмы не помнит), в ЦРБ выполнена ПХО раны, при Rg-исследовании выявлено лезвие ножа в проекции позвоночника. Направлен на консультацию в поликлинику РБ. По данным МСКТ выявлена псевдоаневризма аорты. Для дальнейшего лечения направлен в РНЦХ им. В.А Петровского, где выполнено извлечение лезвия ножа с одномоментным эндопротезированием аорты без осложнений. В отдаленном периоде – без осложнений.

**Заключение.** Эндоваскулярные методы гемостаза разнообразны и эффективны, каждый случай клинический по своему уникален и требует тщательного анализа и индивидуального подхода к лечению пациента.

# РАЗДЕЛ VII

## СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

### ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НАСТАВНИЧЕСТВА ДЛЯ ВЫПУСКНИКОВ СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СЛУШАТЕЛЕЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Резчикова И.Н. (ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева»)**

Сегодня кадровый вопрос – одна из основных проблем отечественного здравоохранения. Борьба за профессиональные кадры между лечебными учреждениями стоит острее, чем конкуренция за пациентов. В качестве одного из приоритетных направлений для решения основных задач развития здравоохранения в РФ является совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения системы здравоохранения, предусматривающее, в том числе постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников. Организация наставничества – это один из путей решения «кадрового голода». В различных формах наставничество было распространено в СССР, начиная с 30-х годов XX века. Разные уровни вовлеченности молодых специалистов в профессиональную среду и разные урны контроля со стороны наставника позволяют постепенно пройти адаптацию и приступить к самостоятельной профессиональной деятельности специалистам сестринского дела.

Хочу поделиться опытом реализации проекта Колпинского района по подготовке медперсонала среднего звена в сотрудничестве с 1-м медицинским колледжем. После окончания 9 классов 28 выпускников школ Колпино поступили в колледж. Для обеспечения условий быстрой адаптации к новым условиям труда и их комфортной работы в учреждениях организована работа по осуществлению наставничества. Так же на базе СПб «Детская городская поликлиника №51» Колпинского района в Кабинете Здорового Ребенка организована учебно-производственная практика для слушателей программ профессиональной переподготовки по специальности «Сестринское дело в педиатрии» ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева».

Мерилом работы наставника является:

1. владение технологией воспитательного процесса;
2. умение осуществлять функции управления в виде целеполагания наставляемого;
3. мотивации и планирования его обучения;
4. достижение цели в запланированные сроки.

Ближайшие задачи наставляемого – овладение специальностью, формирование связки от знаний к навыкам и умениям, от прочных умений – к высококвалифицированным действиям. При этом выделяются следующие уровни вовлеченности специалистов:

1. присутствовать и наблюдать, действовать при непосредственном контроле наставника;
2. действовать при проактивном контроле наставника, то есть направленном на предупреждение наступления неблагоприятной ситуации;
3. действовать под опосредованным реагирующим контролем, т.е. доступным по запросу;
4. действовать под надзором, с отсроченным реагированием.

Таким образом, на всех этапах своей работы с молодыми специалистами или слушателями, осваивающими новую специальность, наставник должен уходить от формализма, делать процесс «погружения» в специальность максимально интересным, не оставлять наставляемых без внимания и без дела.

# ОПЫТ ПОДГОТОВКИ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Кузнецова В.В. (ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева»)**

**Кощеева Н.А. (ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева»)**

**Маркитан Л.В. (ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева»)**

После утверждения в 2016 году профессионального стандарта для младшего медицинского персонала, в котором в качестве основной цели профессиональной деятельности обозначено создание благоприятных и комфортных условий пребывания пациента в медицинской организации, возникла острая необходимость подготовки кадров, соответствующих, заявленным в профстандарте требованиям. В ходе реализации Национального проекта «Здоровье» медицинские учреждения оснащаются современным оборудованием, призванным механизировать труд санитаря, обеспечить безопасность больничной среды. Однако требования к соискателям данной должности до сих пор не отличаются повышенными критериями в виду очень слабой экономической составляющей привлекательности данного рода деятельности. В связи с этим в эту профессию попадают люди преимущественно от «безысходности», а не по призванию.

В Академии медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева разработана образовательная программа, которая позволяет слушателям со средним общим образованием, в максимально сжатые сроки приобрести навыки новой профессии и определиться с дальнейшим профориентированием и самоопределением. Важным преимуществом этой программы является применение симуляционного и электронного обучения с использованием дистанционных образовательных технологий. Для большинства слушателей, полученные документы об образовании, являются первыми после школьного аттестата, и для многих это оказывается серьезным стимулом для дальнейшего профессионального развития.

Образовательная программа трудоемкостью 250 академических часов ориентирована на очень широкий контингент обучающихся: это и лица уже, работающие санитарями, и волонтеры и призывники, желающие пройти альтернативную гражданскую службу и др.

## **Основные обучающие симуляционные курсы программы:**

- безопасная транспортировка и перемещение пациента с использованием здоровьесберегающих технологий (принципов эргономики);
- средства и предметы медицинского назначения при санитарной обработке помещений и гигиеническом уходе за пациентом, обращение с медицинскими отходами;
- обработка рук медицинского персонала и средства индивидуальной защиты;
- первая помощь при угрожающих жизни состояниях;
- базовая сердечно-легочная реанимация;
- преодоление конфликтов и синдрома профессионального выгорания.

За период с 2017 по 2019 года прошли обучение 403 слушателя. Из них 251 из медицинских организаций города Санкт-Петербурга, 103 – из медицинских организаций Ленинградской области, 49 слушателей не имели постоянного трудоустройства на момент обучения. Итоговую аттестацию, которая включала тестирование, демонстрацию мануальных навыков и собеседование, на «отлично» прошли – 133 слушателя, «хорошо» – 134 и «удовлетворительно» – 136 слушателя. Удовлетворенность процессом обучения по данным анкетирования составила 90%.

**Результаты опроса** показали, что полученные знания и умения помогут, прежде всего, оптимизировать свою профессиональную деятельность, в том числе в области инфекционной безопасности, а также минимизировать истощение эмоционально-энергических ресурсов.

# VIII РАЗДЕЛ

## ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

### КОМПЛЕКСНАЯ МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

**Вовченко В.И. (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

**Карпушин А.А. (ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Минтруда России»)**

**Малацковский М.В. (ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России)**

**Ключевые слова:** гонартроз, комплексная метаболическая терапия.

**Актуальность и цели:** по статистике частота развития гонартроза (ГА) составляет от 27 % в 45 лет до 78 % в 75 лет. Целью исследования явилось изучение клинической эффективности применения комплексной метаболической терапии (КМТ) при лечении больных с гонартрозом.

**Пациенты и методы:** проведено трехлетнее клиническое исследование у 564 амбулаторных больных ГА (376 женщин, 188 мужчин) возрастом от 45 до 75 лет со сроком наблюдения за каждым в течение 12 месяцев. Критерии отбора пациентов: подтвержденный рентгенологически ГА: I ст. – 90 (16%), II ст. – 356 (63%), III ст. – 118 (21%); болевой синдром при ходьбе более 30 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); суммарный функциональный индекс Лекена от 4 до 11 баллов (болевой синдром, максимально проходимое расстояние, повседневная двигательная активность); прием НПВС в течение 30 дней за последние 3 мес. КМТ включала одновременный прием комбинированного хондропротектора «Джойнт-флекс» (глюкозамин- и хондроитинсульфат, гидроксипатит кальция, витамин С и противовоспалительный фитокомплекс с выраженным синергическим эффектом); остеопротектора «Кальцимакс» (гидроксипатит кальция, магний, фосфор, витамины Д и С, кремний, марганец, цинк, хром и бор); ангиопротектора «Эссенциал-ойл» (омега-3,6 ПНЖК, витамин Е, селен и др.) для улучшения микроциркуляции и ингибирования патологической ферментативной активности в тканях сустава. Больные основной группы (386 пациентов) получали дважды в год курсы КМТ (3 мес.) с перерывом 6 мес. по схеме: джойнт-флекс 2 таб. 2 раза в день; кальцимакс – 1 капс. 2 раз в день, эссенциал-ойл – 1 капс. 2 раза в день. В контрольную группу вошли 178 пациентов, которые отказались от КМТ. Больные обеих групп получали ФТЛ, ЛФК, НПВС и препараты для лечения сопутствующих заболеваний. Всем пациентам проводили оценку функционального состояния суставов, двигательной активности, интенсивности болевого синдрома при ходьбе до начала исследования и через каждые 3 мес., анализировали динамику изменения приема НПВС.

**Результаты:** болевой синдром при ходьбе в основной группе больных достоверно начал снижаться после 3 мес. лечения. В контрольной группе уровень боли при ходьбе не претерпел значительных изменений. Сравнительный анализ функциональной активности больных показал устойчивое повышение двигательной активности у пациентов основной группы (индекс Лекена снизился с 8,08 до 3,08), а в контрольной группе больных индекс он был от 7,89 до 8,35. По окончательным результатам лечения у 249 (63,9 %) пациентов основной группы отметили снижение на 50–70% болевого синдрома при ходьбе, полное исчезновение боли - у 137 (36,1%) больных при одновременном улучшении функционального состояния пораженных суставов в 2–2,5 раза, что можно расценить как проявление структурно-модифицирующего эффекта КМТ. Отчетливый противовоспалительный эффект КМТ позволил изменить режим приема НПВС. К концу исследования 254 (65,8%) больных основной группы отказались от приема НПВС, а остальные 132 (34,2%) больных перешли на



эпизодический (от нескольких дней до единичных случаев) прием. В контрольной группе 141 (79,4%) больной сохранил прежний режим приема НПВП, 10 (5,9%) больных снизили дозу препаратов, а 28 (14,7%) больных увеличили дозу препаратов до максимальной.

**Заключение:** эффективный и пролонгированный результат лечения гонартроза может быть достигнут регулярным приемом комплексной метаболической терапии с воздействием на ключевые патогенетические звенья данного дегенеративно-дистрофического заболевания в сочетании при необходимости с другими лечебными методами (физиотерапией, лечебной физкультурой, фармакотерапией, внутрисуставными инъекциями гиалуроновой кислоты).

## ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ТАЗА

**Борисов Максим Борисович (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

**Ганин Евгений Валериевич (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

**Самохвалов Игорь Маркелович (ФГБВОУ ВО ВМА имени С.М. Кирова Минобороны России)**

**Ключевые слова:** травма таза, сочетанные повреждения, ошибки лечения, осложнения лечения

**Актуальность и цели.** Продемонстрировать анализ ошибок и осложнений при лечении пострадавших с травмой таза.

**Пациенты и методы.** В клинике военно-полевой хирургии ВМедА был проведен сравнительный анализ результатов лечения 165 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой переломов костей таза. Из них 42 пациента переведены из других лечебных учреждений на  $7 \pm 10$  сутки от момента получения травмы.

В результате в группе переведенных пациентов выявлены наиболее типичные ошибки в лечении данной категории пострадавших. Отсутствие необходимой фиксации в аппарате внешней фиксации в 28,5 % (12 пострадавших). В 19 % случаев отмечена неадекватная фиксация в АВФ (у 8 пострадавших). У 2 пострадавших (4,7 %) проводилась стабилизация тазового кольца АВФ в тех случаях, когда она была не показана.

**Результаты.** В общем массиве пострадавших, поступивших в клинику, было выявлено: неадекватное дренирование паравезикальной клетчатки при разрыве мочевого пузыря и уретры на переднюю брюшную стенку в 5,4 % случаев (9 пострадавших), выполнялось неадекватное наложение эпицистостомы 4,8 % случаев (8 пострадавших). В процессе лечения и оказания помощи в стационаре выполнялось неадекватное наложение рамы ганца в 3 % случаев (5 пострадавших), излишне тугая тампонада таза, повлекшая о пережатие внутренней и наружной подвздошной артерии – 1,6 % случаев (1 пострадавший), неправильное проведение стержней шанца в аппаратах внешней фиксации встречалось у 41 % пострадавших (72 пациента). Выявлены неврологические осложнения при проведении перкутанных канюлированных винтов 7,2 % случаев (12 пациентов), гнойно-инфекционные осложнения при открытой репозиции и наkostной фиксации у 5,4 % (9 пострадавших).

**Заключение.** Проведенный анализ ошибок и осложнений при лечении травм таза позволяет определить основные направления работы при оказании медицинской помощи данной категории пострадавших.

# IX РАЗДЕЛ

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

### НЕОТЛОЖНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

Коэн В.С. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

Захматова Т.В. (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России; СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

**Ключевые слова:** артериовенозная фистула, гемодиализ, ультразвуковая диагностика, стеноз, тромбоз, синдром обкрадывания кисти.

**Актуальность.** Социально-экономическая значимость хронической болезни почек в терминальной стадии обусловлена тем, что требуются дорогостоящие методы лечения, а число пациентов, находящихся на программном гемодиализе, ежегодно увеличивается и большинство из них трудоспособного возраста. В России на постоянном гемодиализе находятся 72% пациентов с терминальной почечной недостаточностью, и диализная популяция возрастает на 9% в год. В настоящее время в мире более 2 млн пациентов получают гемодиализную терапию. Наиболее предпочтительным постоянным сосудистым доступом для гемодиализа является артериовенозная фистула (АВФ), однако ее дисфункция встречается у более чем 30% пациентов. Адекватное долгосрочное функционирование фистулы зависит от ее успешного созревания, своевременной диагностики и устранения возможных осложнений сосудистого доступа. Основным методом диагностики дисфункции АВФ является дуплексное сканирование (ДС).

Цель исследования – установить частоту возникновения осложнений АВФ для хронического гемодиализа, требующих неотложной хирургической коррекции, и дать их ультразвуковую характеристику.

**Пациенты и методы.** ДС нативной артериовенозной фистулы выполнено 146 пациентам с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на хроническом гемодиализе. Исследование проводили с помощью ультразвукового сканера Hitachi EUB 5500 линейным датчиком частотой 7-11 МГц, определяли объемную и линейные скорости кровотока, индексы периферического сопротивления, диаметры анастомоза, приводящей артерии и отводящей вены, оценивали направление и скоростные показатели кровотока в артерии дистальнее соустья. Пациенты были осмотрены нефрологом и сосудистым хирургом, выполнялись лабораторные исследования и эхокардиография.

**Результаты.** Осложнения сосудистого доступа для гемодиализа были выявлены в 32,8% (48 пациентов). Наиболее часто встречался рубцовый стеноз отводящей вены (17,1%, 25 человек). Стеноз в зоне анастомоза диагностирован у 2 (1,4%) обследованных, стеноз приводящей артерии – у 1 (0,7%) пациента. При гемодинамически значимом стенозе отводящей вены в зоне стеноза отмечалось локальное ускорение пиковой систолической скорости кровотока более 400 см/с, в вене дистальнее стеноза – снижение объемного кровотока до 150–300 мл/мин; градиент скорости кровотока в зоне стеноза по отношению к проксимальному отделу вены составил 4,0 и более; диаметр свободного просвета в зоне стеноза в среднем был равен  $1,8 \pm 0,4$  мм. Снижение объемного кровотока при стенозах всех локализаций составило от 150 до 400 мл/мин, при этом клинические проявления осложнения наблюдались только в половине случаев (при объемном кровотоке менее 300 мл/мин). У 12 (8,2%) обследованных диагностирована аневризма фистульной вены с неокклюзионным тромбозом, ее ультразвуковыми критериями являлись: локальная дилатация вены до 30 мм и более, низкоскоростной турбулентный кровоток, истончение стенок и наличие пристеночных гетерогенных тромботических масс. Окклюзионный тромбоз фистульной вены

обнаружен у 4 (2,7%) пациентов. В артерии дистальнее соустья в 62,3% (91 человек) был выявлен ретроградный кровоток, в 19,2% (28 пациентов) – антероретроградный с выраженной ретроградной волной, что сопровождалось компенсаторным увеличением объемной скорости кровотока по локтевой артерии (от 230 до 450 мл/мин) и по коллатеральным сосудам. Ишемический синдром обкрадывания кисти с выраженной клинической симптоматикой был диагностирован лишь в 4 (2,7%) случаях, когда объемная скорость ретроградного кровотока в артерии дистальнее анастомоза составила более 350 мл/мин при отсутствии компенсаторного ускорения показателей кровотока по локтевой артерии и коллатеральным ветвям. У пациентов наблюдались боль, парестезии, цианоз и трофические нарушения кожи пальцев кисти на стороне функционирующей АВФ. Причинами синдрома обкрадывания кисти являлись: изменения лучевой артерии на фоне сахарного диабета и атеросклероза, что делает невозможным прирост кровотока по артериям, не задействованным при создании фистулы; избыточное шунтирование крови через анастомоз в результате его большого диаметра, ведущее к значительной дилатации вены и увеличению объемной скорости кровотока; а также патология микроциркуляторного русла кисти и нарушение механизмов регуляции тонуса резистивных сосудов. При выявлении стеноза зоны анастомоза и отводящей вены, тромбоза фистулы и ишемического синдрома обкрадывания кисти выполнялись консультация сосудистого хирурга, ангиография и хирургическая коррекция сосудистого доступа, при неокклюзионном тромбозе аневризмы фистульной вены в 9 случаях проводилась консервативная антикоагулянтная терапия, у 3 пациентов – тромбэктомия и резекция аневризмы.

**Заключение.** ДС позволяет выявить осложнения постоянного сосудистого доступа для гемодиализа, которые не всегда могут быть диагностированы клиничко-лабораторными методами. Снижение объемной скорости кровотока в результате стеноза анастомоза, фистульной вены, турбулентный характер кровотока в аневризме способствуют развитию неокклюзионного тромбоза, приводящего к дисфункции постоянного сосудистого доступа и уменьшению продолжительности адекватного функционирования фистулы, а в случае окклюзионного тромбоза требуется срочное выполнение тромбэктомии или формирование новой АВФ. Таким образом, выполнение ультразвукового исследования сосудистого доступа в динамике имеет важное значение для своевременной диагностики осложнений его функционирования, проведения их коррекции, что существенно влияет на сроки адекватного функционирования АВФ и повышает эффективность программного гемодиализа.

# Х РАЗДЕЛ УРОЛОГИЯ

## ДЛТ КАК МОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИ КАМНЕЙ ПОЧЕК И В КОМБИНАЦИИ С ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИЕЙ

Акимов А.Н. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Тагиров Н.С. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)

Абумислимов Э.К. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Тагиров Р.Н. (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, перкутанная литотрипсия, лечение камней почек.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2008 по 2018 г к нам обратились 59 пациентов с 61 КК. КК определялись как камни выполняющие лоханку почки и большинство ее чашечек (по меньшей мере 2 из 3). Из 59 пациентов 11 ввиду противопоказаний к общей анестезии-3, дистальной обструкции-3, ожирения-1 и отказа от рандомизационного лечения-4 в исследование не вошли. Остальные же случайным порядком были размещены в группы 1 и 2. При госпитализации все пациенты были обследованы: физикальный осмотр, лабораторные исследования - клинический анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки и электрокардиография. Внутривенная урография, а некоторым пациентам ретроградная или нефросцинтиграфия, выполнялась всем пациентам. Размеры камня, длина и ширина, определялись по нативной урограмме. Степень дилатации ЧЛС расценивалась соответствующим образом: 0-отсутствие, 1-незначительное, 2 –умеренное, 3-чрезмерное, 4-чрезмерное с картиной множественного каликоза. Всем пациентам, парентерально, с учетом результатов посева, предоперационно, за 24-36 часов, назначалась антибактериальная терапия. В случаях отрицательного результата посева назначались антибактериальные препараты широкого спектра действия (ципрфлоксацин, клафоран, таваник). ДЛТ в виде монотерапии. ДЛТ выполнялось на литотрипторах Дорнье НМ3. Пациенты госпитализировались за 1-2 дня до процедуры, где им тут же парентерально назначались АБП. ДЛТ проводилась под эпидуральной анестезией. Непосредственно перед ДЛТ в ипсилатеральный мочеточник устанавливался полиэтиленовый стент 5,6 Ch, для профилактики обструктивных осложнений. Для предотвращения заваливания мочеточника фрагментами конкрементов сначала дробился камень лоханки, затем камни верхней, средней и только затем нижней группы чашечек. Каждый сеанс включал 2500-3000 ударных волна на 13-25 киловольтях. Большинство пациентов были выписаны на следующий день после ДЛТ. Не выписывались лишь те, которых беспокоила боль и высокая температура тела. Дальнейшее планирование лечебной тактики осуществлялось лишь после отхождения большинства фрагментов от предыдущего сеанса. Дезинтеграция считалась успешной в случае размельчения КК на осколки не превышающих 3 мм в диаметре. Стент удалялся после отхождения большинства фрагментов. Основной целью было освобождение почки от камня или наличия фрагментов не превышающих 3 мм. Послеоперационное наблюдение включающее обзорную урографию, осуществлялось в следующем порядке: 1 раз в неделю в течение 1-го месяца, а затем ежемесячно. При подозрении на обструкцию мочеточника фиксированным фрагментом проводилась в/в урография.

Во 2 группе пациентов, госпитализация осуществлялась аналогично 1-ой группе за 2 дня с одновременным назначением АБП. ПНЛТ выполнялась в два этапа. На 1-м этапе рентгеноперационной под местной анестезией и в/в седацией устанавливалась нефростома через нижнюю группу чашечек. Межреберный доступ через верхнюю группу чашечек выполнялся у 6-ти пациентов. При

крупных «полных» КК мы предпочитаем межреберный доступ через верхнюю группу чашечек, особенно при массиве камней в верхней группе чашечек, или сложных камнях в нижней группе. Верхнечашечный доступ за счет параллельности оси ЧЛС обеспечивает доступ практически ко всем участкам ЧЛС при работе с ригидным нефроскопом. Этот метод позволяет раздробить конкремент через один нефростомический ход. У 17 пациентов удалось добиться размельчения камня в 90-95% через 1 нефростомический ход. Выполнение дополнительного хода потребовалось у 2 пациентов. У 4 пациентов камень удалось размельчить лишь на 80%. Нефростомический ход обычно расширялся до 22-24Ch, после чего устанавливалась нефростома. На втором этапе выполнявшимся через 2 дня, под общей анестезией, нефростомический тракт расширялся до 30 Ch с установкой кожуха Амплац. Для предотвращения миграции конкрементов в мочеточник в пиелоуретеральном соустье раздувался баллон окклюзирующего катетера. Размельчение камней достигалось с помощью УЗ-литотриптора и щипцов с помощью ригидного нефроскопа. В большинстве случаев использование гибкого нефроскопа ограничивалось плохой видимостью из-за внутрилоханочного кровотечения начинавшегося через 2-3 часа после начала работы. Мы верим, что использование гибкого нефроскопа особенно оправданно при удалении фрагментов во время повторного сеанса нефроскопии. В конце процедуры пациентам устанавливалась нефростома. Нефрограмма в нашем исследовании выполнялась всем пациентам в течение 48-72 часов после операции для определения размера резидуальных камней и их количества. При наличии резидуальных фрагментов спустя 2-3 дня выполнялась ДЛТ с помощью аппарата Дорниер НМ3.

Обе группы пациентов сравнивались по изначальному размеру камня, степени расширения ЧЛС и характера бактериальной культуры. Также сравнивались такие показатели как количество сессий трипсии, частоты использования наркотических препаратов, эпизодов почечной колики, септических осложнений, необходимость применения незапланированных манипуляций, длительность госпитализации, общая длительность лечения, бактериальная культура, безрецидивность на 12-ти месяцах наблюдения. Для статистического анализа использовался тест Фишера и тест Стьюдента.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Пациенты случайным порядком рассортировывались в группы ДЛТ-монотерапии (27 пациентов 1 группа) и КОТ (23 пациента 2 группа). Возраст, пол, размеры камня, степень расширения ЧЛС а также процент пациентов с положительным посевом мочи существенно не отличались друг от друга в группах. В наше исследование мы включали пациентов с КК выполняющими большую часть ЧЛС (длина КК 71 мм в 1 –ой группе, 69 мм во второй, ширина 49 мм в первой и 52 мм во второй). Степень расширения ЧЛС в обеих группах варьировала от умеренной до тяжелой. Все КК по определению в исследовании были большого объема и сложной конфигурации. Полнота избавления от КК по завершению лечения была достоверно выше во 2-ой группе (74 против 22%,  $p=0.00005$ ). Более 50 % пациентов в 1-ой группе имели резидуальные камни с суммарным диаметром остаточных фрагментов более 16 мм, в сравнении с 8% во второй группе. Мы попытались стратифицировать полноту избавления от КК и степень расширения ЧЛС в обеих группах. Определить какую либо корреляцию между двумя этими показателями не удалось. Примечательным явился тот факт, что большинство камней в нашем исследовании были большого объема. Пациенты с нормальной и незначительно расширенной ЧЛС (0 или 1 степень) в 1-ой группе имели среднюю длину КК 64 мм, ширину - 45 мм (произведение диаметров=2.88 мм<sup>2</sup>). Даже при таких показателях дилатированности ЧЛС частота избавления от КК была низкой (только у 4 из 11 пациентов, или 36% пациентов были избавлены от камней). Мы попытались оценить количество сеансов лечения необходимых для полного избавления от КК. Из 6 пациентов избавленных от КК в 1-ой группе 1 сеанс потребовался одному, 3 потребовалось 2, 1 потребовалось три, и 1 потребовалось четыре сеанса ДЛТ. Из 17 пациентов 2-ой группы избавленных от КК 4 потребовалось по одному сеансу ПКЛТ, тогда как остальным 13 пациентам ПКЛТ и по одному сеансу ДЛТ. К счастью ни у одного из пациентов первой группы мы не встретили трудностей ни с фрагментацией конкрементов (ни у одного не встретился цистиновый камень), ни со спонтанным отхождением фрагментов дезинтегрированных конкрементов. Частота осложнений в 1-ой группе была значительно выше несмотря на рутинную установку стента перед каждым сеансом ДЛТ. 15 случаев послеоперационного септического течения (температура  $>38.5$  в течение 3-х дней) у 10 пациентов в сравнении с 2 эпизодами во второй



группе ( $p=0.007$ ). Все данные эпизоды требовали повторной госпитализации. «Каменная дорожка» требовавшая вмешательства была диагностирована у 3 пациентов в 1-ой группе. Единственным значительным осложнением во второй группе был 1 случай плеврального выпота леченного с помощью установки дренажа в плевральную полость и антибактериальной терапии. Случаев дисэлектролитемии, профузных кровотечений во второй группе пациентов не наблюдалось. Несмотря на инвазивность КОТ мы старались работать из одного почечного доступа, что позволяло минимизировать риск кровотечения. Необходимо отметить, что ни у одного пациента второй группы показаний к гемотрансфузий не было. КОТ была значительно болезненней что отражалось большей необходимостью послеоперационного применения наркотических препаратов (3.56 против 0.96 в 1-ой группе,  $p=0.002$ ). Однако частота почечных колик была значительно выше в 1-ой группе (0.26 против 0.04,  $p=0.09$ ). Частота дополнительных незапланированных сеансов лечения была значительно выше в 1-ой группе. 8 дополнительных вмешательств потребовалось у 7 пациентов 1-ой группы: установка нефростомы у 5-ти пациентов; ПКЛТ большого резидуального камня у 1-го; цистолитотрипсия камня мочевого пузыря развившегося на дистальном завитке уретерального стента у одного и этого же -КЛТ «каменной дорожки». И только одно незапланированное вмешательство – установка плеврального дренажа - потребовалось во второй группе пациентов,  $p=0.03$ . Не было существенных различий между 2 группами как при сравнении количества процедур выполненных под анестезией так и в количестве койко-дней проведенных в стационаре. Общая длительность лечения во второй группе была значительно короче (1 против 6 месяцев в 1-ой группе,  $p=0.0006$ ). Не найдено корреляции между степенью расширения ЧЛС и размером резидуальных камней в 1-ой группе ( $r=0.24, p=0.22$ ) или во второй группе ( $r=0.20, p=0.35$ ). Выявлена взаимосвязь между степенью расширения ЧЛС и количеством процедур выполненных под анестезией в 1-ой группе ( $r=0.55, p=0.003$ ). В начале лечения 63% пациентов 1-ой группы и 48% пациентов второй группы и положительные «культуры» в моче. В конце лечения 33.3% и 22% пациентов имели инфекцию мочевых путей. В каждой группе был пациент у которого после лечения развивалась инфекция мочевых путей несмотря на отрицательные посева мочи. Изменение микрофлоры наблюдалось у 4 пациентов второй группы и у 2 пациентов 2-ой группы.

**ОБСУЖДЕНИЕ.** Лечение КК остается одной из самых сложных и неразрешенных проблем в урологии. Пассивное ведение КК в конечном счете приведет к гибели почки и в 30 % к летальному исходу. Вот почему диагноз КК до сих пор является показанием к оперативному лечению. В прошлом анатрофическая нефролитотомия была операцией выбора при КК. Бурное развитие ПНЛТ и ДЛТ произвело переворот в оперативной тактике лечения КК. В настоящее время существует 4 альтернативные позиции ведения пациента с КК: открытая, ПНЛТ, ДЛТ и ПНЛТ+ДЛТ. В современной литературе данные по результативности имеющихся альтернативных лечебных модальностей весьма противоречивы. Несмотря на все многообразие лечебных опции необходимо помнить о главной цели- удаление всего камня без остатка - быстро и безопасно для пациента. Иными словами максимальное избавление пациента от КК с минимальными осложнениями и вторичными незапланированными процедурами. Полнота избавления от КК варьировала от 25.6% до 74.4% при ДЛТ монотерапии, и с 67.8% до 90.5% при КОТ. Осложнения и вторичные незапланированные вмешательства также имели значительное варьирование (2.2 -81.6% в 1-ой группе и 3.9-61.1% во второй группе. Такой разброс скорее всего из ретроспективности анализа, отсутствия единой схемы классификации степени расширения чашечно-лоханочной системы, единой техники проведения КОТ и перечня клинических параметров по которым можно судить о клинической эффективности.

С целью воспроизведения результатов обладающих рекомендательной значимостью мы составили и провели проспективное исследование в котором все пациенты с КК случайным образом распределялись в две лечебные группы: ДЛТ-монотерапия и КОТ: ПНЛТ с или без ДЛТ. КК в нашем исследовании определялись как камни выполняющие большую часть ЧЛС (в основном лоханка+1 или более чашечек). Мы также предприняли попытку оценить размер камней и степень расширения ЧЛС. Описание степени дилатированности ЧЛС осуществлялось с 5 – ти групп. Определение КК, которое мы предложили, позволило унифицировать КК и проводить сравнение лечебных исходов и осложнений с высокой достоверностью, а также составлять рекомендации. Общепринято лечение

камней почек должно быть наименее инвазивным. ДЛТ, даже с необходимостью многократных сеансов всеми принято наименее инвазивным методом с меньшим числом осложнений, нежели ПНЛТ. При сравнении ДЛТ и ПНЛТ мы решили снизить инвазивность последнего метода.

Таким образом несмотря на выполнение ПНЛТ, количество доступов было сведено к одному. Было доказано, что 1 почечный доступ не влияет на почечную функцию. В нашем исследовании только двоим пациентам потребовалось создание дополнительного доступа в связи с невозможности дезинтегрировать конкремент с помощью одного хода. Мы старались не выполнять вторичные ПНЛТ после ДЛТ. Вторичные ПНЛТ, несмотря на то что они менее болезненны - это повторные операции нуждающиеся в анестезиологическом пособии. Что примечательно, ни один из пациентов не нуждался в открытом оперативном вмешательстве с каликораффией. При сравнении двух наших групп не было найдено различий в количестве процедур выполненных в каждой группе (2.37 против 1.97 процедур на камень в 1-ой и 2-ой группах соответственно). Во второй группе только 5 пациентов нуждались в ПНЛТ монотерапии, остальные же 16 нуждались в 1-м сеансе ДЛТ, 1 в 2 сеансах и 1 в 4 сеансах ДЛТ. И напротив в 1-ой группе 1,1,2,3,4 и 5 сеансов ДЛТ требовалось 7,10,5,3 и 2 пациентам соответственно. Не было также значительной разницы и в днях госпитализации (16.8 в 1-ой группе и 13.7 во второй группе). Период госпитализации можно было бы сократить на 2 дня во второй группе если бы можно было выполнить ПНЛТ в один этап. Даже в этом случае длительность стационарного лечения сопоставима с приводимыми данными (10-18 дней). КОТ значительно болезненнее, что демонстрируется более частой потребностью в наркотическом обезболивании (3.56 против 0.96 во 2 и 1 группах соответственно,  $p=0.002$ ). С другой стороны частота эпизодов почечных коликов была крайне высока в 1-ой группе ( $p=0.09$ ). Частота бактериурии по окончании лечения также мало чем отличалась (33.3 и 22.2 в 1-ой и 2-ой группах соответственно).

Мы не смогли доказать взаимосвязь между полнотой избавления от камня и «отрицательностью» посевов мочи. Из 28 пациентов (56%) обеих групп с положительным предоперационным посевом мочи у 19 оставались резидуальные камни, среди частота встречаемости положительных посевов мочи наблюдался лишь в 37%. У оставшихся 9 пациентов полностью избавленных от камней частота встречаемости положительных посевов мочи была к нашему вящему удивлению выше-44%. Почки с пиелонефритом, гидронефрозом, даже при полном избавлении от камней, очевидно влияют на появление культур в моче. Также мы заметили, что некоторые пациенты со стерильным посевом мочи имели далеко зашедшие формы инфекционных изменений. Анализ наших результатов в отношении 3-х основных лечебных исходов, выявило значительное превосходство КОТ. Применение КОТ позволяло в 77% достигать полного избавления от КК против 22% при ДЛТ монотерапии ( $p=0.0005$ ). Наши «22%» гораздо меньше заявленных результатов. Что касается 2 остальных значительных критериев: частоты осложнений и вторичных незапланированных то выявлено значительное различие между 1 и 2-ой группой. Частота осложнений была гораздо ниже во второй группе  $p=0.007$ , так же как и частота незапланированных вторичных вмешательств  $p=0.003$ . По нашему мнению установка перкутанной нефростомы, в довесок к внутреннему стентированию при ДЛТ монотерапии позволить снизить частоту осложнений.

Однако в данном случае ДЛТ сложно будет назвать неинвазивным методом. Мы проводили сравнение длительности лечения. Общая продолжительность лечения была короче во второй группе (1 против 6 месяцев в 1-ой группе,  $p=0.0006$ ). В течение всего периода лечения пациенты 1-ой группы находились с внутренними мочеточниковыми стентами. Из-за чего многие испытывали ирритативную симптоматику и нуждались в бдительном диспансерном наблюдении в течение всего периода.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Наше исследование позволило определить преимущество КОТ над ДЛТ монотерапией. КОТ превосходила ДЛТ-монотерапию максимальным избавлением от конкрементов, меньшим количеством осложнений, меньшим количеством дополнительных процедур. Также отличия имелись и в более коротком периоде лечения в группе КОТ. По этой причине КОТ должна являться терапией выбора при КК.

## КОРРЕКЦИЯ ГИПОГОНАДИЗМА У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Комяков Б.К. (СПб ГБУЗ «Городская Многопрофильная больница №2)

Акимов А.Н. (СПбГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Тагиров Наир Сабирович (СПбГБУЗ «Елизаветинская больница»; ФГБОУ ВО СПбГМПУ Минздрава России)

Гаджиев Н.К. (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова»)

Абумислимов Э.К. (СПбГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Мусаев С.А. (СПбГБУЗ «Елизаветинская больница»)

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, гипогонадизм, перкутанное лечение.

**Введение.** Мочекаменная болезнь (МКБ) бесспорно являясь одним из наиболее распространенных урологических заболеваний, занимает лидирующую позицию по отношению к остальным урологическим нозологиям. Актуальность данного заболевания до сих пор объясняется тем, что: Риск камнеобразования в течение жизни от 2 до 22% людей; в 65-70% - это молодой и трудоспособный возраст, у 80-90% больных рецидив в течение 10 лет после первого эпизода, рецидив в течение 3 лет без профилактики – 40%; ежегодный прирост заболеваемости в мире 4-5%; в большинстве случаев МКБ носит идиопатический характер; МКБ – одна из основных причин хирургических вмешательств в урологической практике. По данным эпидемиологических исследований частота МКБ в развитых странах неуклонно увеличивается (Romero V. 2010, Assimos D.G. 2012). МКБ является одним из наиболее распространенных заболеваний и по некоторым данным на ее долю в урологических отделениях приходится до 40 -52%, а среди всех заболеваний почек до 59,6 % (С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачук, 2012). При этом до 70% пациентов с МКБ болеют в наиболее трудоспособном возрасте - от 30 до 60 лет (Аполихин О.И. и соавт. 2008; Bartoletti R. et al., 2007; Yasui T. et al., 2008). Около 70% поступающих в урологические отделения в экстренном порядке – больные с МКБ [Борисов В. В., 2011, Тиктинский О.Л., 2000]. Расходы здравоохранения в США на диагностику и лечение МКБ болезни составляют около 2,1 миллиардов долларов в год. В Российской Федерации также отмечается неуклонный рост числа пациентов с МКБ (Аполихин О.И. и соавт., 2016.) В 2016 г. Заболеваемость в РОССИИ составила 520 человек на 100 000 населения. Зарегистрированных пациентов всего (абсолютное число): в 2003 году - 635 812; в 2016 году – 857 701. Прирост на 35% (Аполихин О.И. 2010, Каприн АД, 2014). Зарегистрированных впервые в жизни (абсолютное число): в 2003 году 178 417; в 2016 году 218 467. Прирост на 25,5%. В РФ прямые затраты на оказание помощи при заболеваниях мочеполовой системы (амбулаторная, стационарная и скорая помощь) составляют порядка 3,85 млрд. рублей. В последнее время многие авторы стали отмечать взаимосвязь МКБ с такими диагнозами, как метаболический синдром (МС) и гипогонадизм (ГГ). Изменение образа жизни и питания людей, находящее свое выражение в эпидемии МС, ассоциирующегося с абдоминальным ожирением (АО) (объём талии  $\geq 94$  см), дислипидемией и артериальной гипертензией (АД  $\geq 130/85$  мм рт.ст.), нарушением обмена Са, Р и Mg, рассматривается как серьёзная причина развития МКБ]. АО – является основным компонент МС и рассматривается как ключевой фактор в развитии дефицита тестостерона (Т) у мужчин ГГ. Имеется четкая связь между избыточной массой тела и низким уровнем Т, так и связи между инсулин-резистентностью и снижением содержания Т у мужчин с ожирением. В последние годы метаболический синдром (МС) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В первую очередь это обусловлено широкой распространенностью МС (по данным разных авторов от 20 до 40% в популяции). Распространенность ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии и нарушения толерантности к глюкозе (компонентов МС) существенно выше в мужской популяции, по сравнению с женской, что определенно говорит в пользу гендерного подхода к лечению МС. Мочекаменная болезнь (МКБ) имеет весьма широкое распространение и встречается в 3% случаев всех болезней. Ежегодная заболеваемость МКБ в мире составляет 0,5-5,3 %. При этом, наряду с МС, по данным большинства популяционных исследований, распространенность МКБ в мужской популяции существенно выше. Только сравнительно недавно было обращено внимание на взаимосвязь

МС и МКБ. АО, АГ, гипергликемия и СД 2-го типа независимо коррелирует с повышенным риском нефролитиаза, а наличие одновременно 4 и более компонентов МС, увеличивает риск развития МКБ примерно в 2,6 раза. Согласно рекомендациям Европейской Ассоциации урологов, исключение гипогонадизма рекомендуется всем мужчинам, имеющим висцеральное ожирение, МС и СД 2-го типа. Гипогонадизм часто ассоциирован с повышенной экскрецией кальция и мочевой кислоты, сниженным выделением с мочой цитрата и магния, наряду со снижением маркеров костеобразования и повышением маркеров костной резорбции. Какова же роль ГГ в развитии МКБ? Данные последних зарубежных и отечественных исследований показывают, что частота уролитиаза у мужчин с гипогонадизмом на фоне метаболического синдрома превышает таковую у мужчин без метаболических нарушений, гипогонадизм нарушает физико-химические свойства мочи, способствуя камнеобразованию у гипогонадных мужчин, Гипогонадизм – фактор риска остеопороза у мужчин, что сопровождается гипер-Са-емией и гипе-Са-урией, при андрогенном дефиците в сочетании с МС, риск развития МКБ связан с развитием: гиперинсулинемии и инсулинрезистентности, что понижает рН мочи, повышением экскреции мочевой кислоты, оксалатов и кальция, снижением экскреции цитратов и магния. В связи с тендерными особенностями распространенности МКБ и МС, а именно, более высокой встречаемостью этих двух заболеваний в мужской популяции, нами была предпринята попытка изучить влияние коррекции гипогонадизма на развитие МКБ и МС у мужчин. Цель исследования: оценить влияние коррекции гипогонадизма на основные биохимические факторы риска МКБ у мужчин с МС, изучить влияние корреляции гипогонадизма на них для оптимизации профилактики и лечения МКБ у данной категории больных, определить безопасность заместительной терапии андрогенами у пациентов с МКБ и МС.

**Материалы исследования.** В исследование было включено 150 пациентов мужского пола с МКБ и МС, находившихся на лечении в урологическом отделении СПб ГБУЗ «СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы». Средний возраст пациентов составил 45,4 (39-55) лет. Хирургическое лечение использовалось у 45% пациентов. У всех больных лабораторно подтвержден гипогонадизм, согласно рекомендациям Европейской Ассоциации урологов – Т ниже 12 нмоль/л (средний уровень Т составил 10,3 нмоль/л). Основным критерием абдоминального ожирения является окружность талии (ОТ). Окружность талии пациентов, включенных в исследование в среднем составил 114 см. Диагноз МКБ был верифицирован путем клинико-лабораторного и инструментального обследования пациентов. Проводился анализ рутинных показателей клинического и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, концентрации кальция, магния и фосфора в крови и моче. В качестве маркера эффективности терапии оценивалась концентрация тестостерона в крови до и на фоне лечения, показатели УЗИ картины почек, талии, данные денситометрии костей, показатели функционального состояния почек и рецидивы МКБ. Всем пациентам рекомендовали рациональное сбалансированное питание с ограничением потребления жиров животного происхождения, легкоусваиваемых углеводов, поваренной соли; указывалось на необходимость повышения физической активности (рекомендовалось как минимум ежедневная активная ходьба быстрым шагом до 30-40 минут в день до состояния усталости), обильное питье не менее 2 л в сутки. Заместительная терапия андрогенами проводилась внутримышечным введением препарата тестостерона ундеканата («Небидо») по схеме 1 раз в 12 недель (в течение 12, 18 и более месяцев). Данный препарат –депо, который постепенно высвобождается из депо и почти полностью расщепляется на тестостерон и ундекановую кислоту. Почти у всех больных терапию начинали 1% трансдермальной формой тестостерона – Андрогелем, который является более мягким препаратом, действует сутки и повышает уровень тестостерона всего на 8 единиц. При отсутствии осложнений, терапию начинали в/м введение «Небидо». В процессе лечения осложнений не отмечено, самочувствие пациентов не страдало. Этапы исследования: При поступлении\*, Во время лечения, Через 6 месяцев\*, Через 12 месяцев\* и Через 5 лет.

**Выводы.** Результаты нашего исследования свидетельствуют, что коррекция гипогонадизма у мужчин с МС и МКБ оказывает положительное влияние на антропометрические показатели, приводя к уменьшению выраженности АО, приводит к нормализации содержания в крови и моче Са, Р и Mg, вызывает значимое снижение концентрации в крови общего холестерина, ЛПНП, ТГ и повышает



ЛПВП, являясь также профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний; заместительная терапия андрогенами приводит к нормализации концентрации Т и ГСПГ в крови, коррекция гипогонадизма привела к снижению содержания мочевой кислоты в крови и почечной экскреции мочевой кислоты, использование заместительной терапии андрогенами приводит к улучшению функции почек, нормализации минеральной плотности костной ткани и не сопровождается никакими клинически значимыми осложнениями, коррекция гипогонадизма снизило количество рецидивов МКБ, что может быть ключом к решению проблемы МКБ у таких пациентов, с учетом тесной этиопатогенетической взаимосвязи МКБ и МС.

## **ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ГИПОГОНАДИЗМА**

**Акимов А.Н. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Тагиров Н.С. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»; ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)**

**Абумислимов Э.К. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Тагиров Р.Н. (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)**

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, перкутанная литотрипсия, гипогонадизм

**Введение.** Чрескожная нефролитотомия (ЧКНЛ) первоочередный способ лечения почечных камней, размером более 2-х см, в большинстве центров. Чрескожный доступ к почке – один из наиболее важных шагов в данной процедуре. Когортные исследования сообщают о более высоких уровнях излечения от камней и более низком уровне осложнений, когда урологи, а не радиологи, выполняют чрескожную пункцию. Это также предоставляет им повышенную гибкость по времени и выбору локализации. Метод, используемый для почечного доступа, развивался с годами. Исследования были изучены различные радиологические методики по выполнению пункции собирательной системы, безопасного и эффективного метода дилатации тракта, и налаживанию дренажных систем, выполняемых в конце процедуры. Тем не менее, имеется недостаток хорошо-структурированных рандомизированных исследований. Баллонный дилататор, а также дилататоры Amplatz и Alken, обычно используются для создания нефростомических трактов в чрескожной хирургии. Выбор методики находится в большой зависимости от доступных технологий и опыта и предпочтений хирурга.

**Способы.** Способы лечения, возможные у пациентов с струвитными и чашечковыми камнями включают экстракорпоральную ударноволновую литотрипсию, ЧКНЛ и открытую нефролитотомию. Нашим первым выбором будет ЧКНЛ, т.к. это высокоэффективная процедура с минимальным доступом, более низкой морбидностью, чем открытая хирургия, кроме того её можно проводить повторно.

**Техника.** Мы цистоскопически вводим уретральный катетер размера 6F перед тем как уложить пациента в необходимое положение. Пункция собирательной системы проводится под флюороскопическим контролем. Мы используем метиленовый синий, смешанный с контрастом, который вводится через уретральный катетер для подтверждения расположения иглы в собирательной системе. Нашим стандартным методом для дилатации – использование ригидного дилататора Alken размером до 30F перед введением Amplatz корпуса. Мы используем коаксиальные дилататоры из нержавеющей стали. Эта система состоит из серии дилататоров, соединенных вместе в телескопическую систему. Корпуса проводятся один на другой до расширения тракта. Так как эта система очень ригидна, она более эффективна даже у пациентов, перенесших ранее чрескожную почечную хирургию. Более того, система может использоваться вновь, сберегая денежные средства. Дилататоры доступны в порядке размеров 9F, 12F, 15F, 18F, 21F, 24F, 27F и 30F. Дизинтеграция камней выполняется с использованием ультразвуковых литотрипсических зондов в комбинации с



баллистическим литотриптером (Lithoclast Master; EMS Corporation, Dallas, TX). Гибкие нефроскопы используются для извлечения фрагментов камней из чашечек, которые недоступны ригидными нефроскопами. В конце процедуры нефростомный извитой катетер размера 8F проводится через тракт.

**Обсуждение.** Ригидные дилататоры для расширения нефростомных трактов используются с 1970-х годов. Ригидные дилататоры предлагают несколько преимуществ, включая высокий уровень успешности манипуляций, универсальность и более низкую стоимость. Не существует прямых сравнений уровня успешности манипуляций при использовании разных систем для расширения нефростомных трактов. В одном из исследований Mannheim группа показала менее 3.5 % неудачных результатов в более чем 300 случаях, когда ригидная дилатационная система использовалась как первичная методика для расширения трактов. В действительности, их показатели излечения от камней были 96.5% за 4 недели.

В сравнении, в качестве инициальной дилатационной методики может быть использована баллонная система. Joel и соавт. сообщают, что в 17 из 99 случаев успешной дилатации тракта достичь не удалось.

Эти исследователи использовали альтернативные технологии для доступа к тракту у этих больных. Несмотря на то, что популяционные характеристики и опыт могут способствовать части различий, возможность более высокого уровня неудач при дилатации баллонной системой не может быть проигнорирован. Safak и коллеги сообщают о своем опыте работы с баллонной дилатационной системой у 95 пациентов и сравнивают её с своим предыдущим опытом дилатации катетером Amplatz в 35 случаях. Среднее оперативное время и время формирования тракта для группы с баллонной дилатацией и группы с дилатацией полужестким катетером были  $106.8 \pm 41.4$  и  $11.2 \pm 3.0$ , и  $116.4 \pm 23.7$  и  $16.3 \pm 2.4$  минут, соответственно. Разница не была статистически существенна между двумя группами.

Небольшое сравнительное исследование 20 пациентов Nouri и соавт. показала существенное уменьшение времени дилатации и времени флюороскопии для баллонной дилатации с сопоставимой морбидностью. Ригидные дилататоры используют аксиальные и радиальные силы для расширения тракта, сопоставимые с преобладающей радиальной силой при баллонной дилатации.

Следовательно, шансы успешного создания тракта более высоки, особенно в таких условиях как наличие предшествующих операций на почках и периренальный фиброз. Не существует объявленных исследований, сравнивающих методы дилатации у пациентов, переносящих повторяющиеся чрескожные процедуры. Тем не менее, Joel и соавт., сообщая о своем опыте баллонной дилатации как первичной методики, обнаружили, что баллонная дилатация была чаще неуспешна у пациентов с предыдущей почечной хирургией (25% v 8%). На деле, ригидная дилатация доказала свою успешность в подобных ситуациях даже, если баллонная до этого не привела к успеху. Исследователи пришли к выводу, что знание и навык обращения с альтернативными дилатационными системами, такими как Amplatz или металлический Alken дилататоры, необходимы. В то время как некоторые могут ожидать повышение риска перфорации собирательной системы при использовании ригидного дилататора в подобных трудных ситуациях, на деле частота осложнений была сравнима между двумя дилатационными системами в других исследованиях. У пациентов со струвитными и ветвящимися конкрементами в некоторых случаях необходимо прибегать к супракостальной, а не субкостальной пункции. Исследования показали, что баллонная дилатация чаще бывает неуспешна при таких подходах (18% v 9% частота неудач). Формирование удачного тракта также зависит от наличия места между камнем и точкой пункции в собирательной системе.

Ригидная дилатационная система предлагает плоский наконечник, в отличие от конусовидного в баллонной. При полных струвитных и чашечковых камнях адекватное пространство между камнем и собирательной системой может отсутствовать. Это может привести к одну из двух

неудовлетворительных исходов баллонной дилатации: тракт может не предоставить полного доступа к собирательной системе или баллон может расщепить чашечку и/или воронку рядом с камнем. Ригидные дилататоры обычно предоставляют равномерный диаметр тракта к камню в такой ситуации.

Баллон, в то же время, из-за своего конусовидного кончика может суживать или образовывать меньший диаметр тракта в месте входа в чашечку. Это может вести к неудаче или неправильному расположению тракта. Ригидные дилататоры также образуют прямой рабочий канал для вычищения основной массы камня с использованием ригидного нефроскопа. Баллонная дилатация на деле не приемлема, когда есть необходимость расширить плотную рубцовую ткань, такую как при периренальном фиброзе после предшествующей хирургии. Она также может быть неприменима при полных струвитных камнях, когда место для использования баллона ограничено. Нефростомный тракт – частый источник кровотечений.

Три ретроспективных когортных исследования показали снижение частоты кровотечений при использовании баллонной системы. 7-9 исследователей в высокоопытном центре, тем не менее, показали ту же или более низкую частоту кровотечений при использовании ригидной дилатационной системы. Lee и колл. в своем обзоре по снижению и ведению кровотечений после чрескожной нефролитотомии предположили, что фамиллярность, опыт и навык оператора – в большей степени являются причиной различий в результатах, чем сами дилатационные системы. Кровотечение при создании чрескожного тракта обычно может быть минимизировано пункцией через чашечку и избеганием искривлений при дилатации.

Ригидные металлические дилататоры, особенно в опытных руках, предотвращают эти искривления и снижают риск кровотечений. Также нередко можно обнаружить, что надутый баллон искривился в течение дилатации, что ведет к искривлению нефростомного тракта, когда ткани ригидны. Это может создать предпосылки для большего кровотечения в процессе дезинтеграции камня из-за движущей силы, действующей на нефростомный тракт. Вкратце, ригидные дилататоры формируют более прямые тракты и предлагают значительное облегчение использования ригидного нефроскопа и ультразвукового литотриптера для дезинтеграции камня. Также имеются сообщения о «обильном венозном кровотечении», которые вызывается чрезмерным введением баллона при дилатации в почечную вену.

В свиных животных моделях уровни почечной травмы, вызванные ригидным и баллонным дилататором в течение чрескожной ренальной хирургии были сопоставимы. Острые и хронические эффекты на ренальную паренхиму в обоих методах расширения трактов были почти идентичны. Последовательные дилататоры также повторно используются, что ведет к снижению расходов. Для баллонной дилатации однократные цены, в среднем на €А 250 (\$300) больше на процедуру, чем при повторном использовании ригидного дилататора.

**Выводы.** Ригидная дилатация используется более четверти века. Она предлагает надежный источник для дилатации нефростомного тракта с высоким уровнем успеха. В сравнении, баллонная дилатация не предлагает никаких дополнительных преимуществ. Надежный успех при дилатации необходим для успешного исхода, особенно в трудных случаях; напротив, неудачная дилатация может существенно привести к осложнениям.

Мы уверены, что дилататоры Alken предоставляют наиболее надежные методы доступа. Нерандомизированные исследования показали положительный прирост в успешных исходах, эффективности и снижении затрат при использовании ригидных дилататоров. Более того, ригидная дилатационная система ведет к большему количеству успешных результатов у пациентов, которые перенесли почечную хирургию и более универсально подходит для субкостального и супракостального доступов. Оперативное время, частота осложнений и уровень почечной травмы сопоставимы в обеих группах. Баллонная система может быть использована только в неосложненных случаях, что

ограничивает её рутинное использование в высокозагруженных центрах. Более высокие расценки также являются обстоятельством против её рутинного использования. На деле, нашей стандартной практикой является использование ригидных дилататоров Alken для большинства ЧКНЛ.

## **РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОТРИПСИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Акимов А.Н. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Тагиров Н.С. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», ФГБОУ ВО «СПбГМПУ» Минздрава России)**

**Абумислимов Э.К. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Тагиров Р.Н. (ФГБОУ ВО СПбГМПУ Минздрава России)**

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, перкутанная литотрипсия, лечение камней почек.

Высокая распространенность мочекаменной болезни (МКБ) в популяции, достигающая показателей 5-20% населения развитых стран с ежегодным приростом, в течение многих десятилетий приводит к совершенствованию диагностических методов, развитию новых технологий оперативного лечения и поиску эффективных механизмов метафилактики. На сегодняшний день в Российской Федерации заболеваемость уролитиазом составляет порядка 550,5 человек на 100 тыс. населения, при этом прирост за период с 2002 по 2012 год превысил 25%. В этом свете социальная значимость МКБ в последние годы обретает новую актуальность. При этом отмечается смещение заболеваемости в сторону пожилых групп населения и составляет 8,8 % - у мужчин и 5,6 % - у женщин в группе 65 - 69 лет по сравнению с 3,7% и 2,8 % соответственно в группе 30 - 34 лет.

По данным эпидемиологических исследований, частота уролитиаза в западных странах также не стоит на месте и за последние два десятилетия удвоилась, при этом именно в последние годы наблюдается прирост заболеваемости.

Вместе с тем растет и количество выполненных операций, так с 1999 года в США количество ежегодно выполняемых перкутанных нефролитотомий (ПНЛ) по поводу крупных и коралловидных камней почек возросло на 47%. К сожалению в нашей стране до сегодняшнего дня отсутствовала возможность аналогичного подсчета и анализа выполненных ПНЛ. Мы представляем данные свыше 1000 перкутанных нефролитотомий из «Национального реестра хирургического лечения мочекаменной болезни» по трем российским городам: Санкт-Петербург, Москва и Муром.

**Материалы и методы:** На базе ФГБУ ВЦЭРМ в 2013 году создан первый Российский регистр по проблеме хирургического лечения мочекаменной болезни. Проект получил название «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни» (НРХЛ-МКБ) и был официально представлен на XIV Конгрессе Российского общества урологов в 2014 г в Самаре. При создании данного регистра мы учли потребности практикующих урологов, а также опыт зарубежных коллег. Структура реестра включает 4 основных раздела: 1) карта пациента, 2) карта операции, 3) карта наблюдения и 4) графики, диаграммы, таблицы.

Основным документом является «Карта пациента». Как правило, она заполняется первично при госпитализации пациента для оперативного лечения. Карта пациента состоит из нескольких блоков: «основная информация» и «общие и контактные данные». Заполнение контактных данных о пациенте необходимо для связи с ним и проведения отдаленных наблюдений. В этом разделе отмечается, что пациент дает свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом РФ № 152-ФЗ «О персональных данных».

Просмотр персональных идентификационных данных возможен только пользователю-урологу создавшему «Карту пациента». Несмотря на то, что администратор реестра имеет доступ к базе данных, вся персональная информация для него не доступна и выводится в зашифрованном виде. В подразделе «общих данных» о пациенте при помощи графического блока вносится информация предоперационных визуализационных исследований (ультразвуковое исследование, обзорная и внутривенная урография или компьютерная томография) об общем количестве, локализации, размерах и плотности камней.

В разделе «Карта операции» вносится информация о виде, количестве операций в хронологическом порядке с указанием дат. Помимо этого в здесь указываются результаты предоперационного посева мочи. Послеоперационные осложнения указываются в соответствии с современными требованиями по системе Clavien. Также в карте операции указывается stone free rate (SFR), а также способ и длительность дренирования почки. «Карта наблюдения» является третьим разделом и напрямую зависит от указанной даты операции. В данном разделе возможно указать тип метаболического нарушения, а также характер выданных рекомендаций: консервативное и/или медикаментозное лечение. Дата следующего визита с возможностью оповещения по электронной почте также предусмотрена.

В реестре также реализована возможность отображения графической информации и автоматического построения графиков, диаграмм и таблиц на основе текущих данных. С момента работы в реестре зарегистрировались 70 урологов из 41 хирургического центра. Наибольшую активность в заполнении реестра принимают 14 урологов из 8 центров, данные которых и были проанализированы в данной публикации.

Результаты: С марта 2014 по октябрь 2016 года проанализированы данные внесенных в реестр 1032 пациентов с камнями почек, которым было выполнено 1183 перкутанные операции. Из них 846 (71%) операции пришлось на стандартную ПНЛ, и 337 (29%) пациентов - мини-ПНЛ. SFR в исследовании составил 83%. После стандартной ПНЛ 726 (85.8%) пациентов дренировались нефростомой, в 76 (9%) устанавливался стент, и только в 44 случаях (5.2%) бездренажное ведение. В группе пациентов с мини ПНЛ ситуация обстоит несколько иначе: 209 (62%) пациентов дренированы с помощью нефростомы, 82 (24%) пациента с помощью стента и 46 (14%) пациентов по бездренажной методике.

Осложнения оценивали по классификации Clavien. Так 912 пациентов (77%) не имели осложнений. Осложнения первой группы (Clavien I) встречались у 153 пациентов (12.9%): послеоперационная лихорадка наблюдалась у 74 пациентов, транзиторный подъем концентрации креатинина наблюдался у 79 пациентов, кровотечения отмечены у 123 (10,3%) пациентов, однако гемотрансфузии потребовались лишь в 76 случаях (6,42%) - Clavien II. Осложнения Clavien III, включающее необходимость установки стента вследствие обтурации сгустками или фрагментами камня ипсилатерального мочеточника после удаления стента, развитие артериовенозной фистулы или псевдоаневризмы, требующей сверх-селективной эмболизации отмечены у 32 (2.7%) пациентов. Повреждение соседних органов (печени в 4 случаях 0.3%, толстого кишечника в 1 случае 0,08%) составляют IV группу осложнений по Clavien. Уросепсис отмечен у 12 пациентов (1.01%), представляющий IVб группу, вероятнее всего обусловлен хирургией инфекционных камней.

Под наблюдением в послеоперационном периоде остались всего 73 пациента (6.17%) - вероятнее всего составляющих группу пациентов с рецидивным камнеобразованием.

**Обсуждение:** Согласно Российским и Европейским клиническим рекомендациям первой линией лечения пациентов с камнями почек более 2 см и коралловидными камнями почек - является перкутанная нефролитотомия. При этом, несмотря на свою малую инвазивность и относительную безопасность метод не лишен осложнений и не гарантирует SFR. Только неукоснительное соблюдение техники операции, а также учет собственных ошибок на будущее могут помочь в улучшении собственных результатов. Большим подспорьем в этом являются инструменты направленные на обобщение имеющихся материалов - реестры или регистры. Необходимость создания подобного

инструмента в отношении хирургического лечения МКБ в нашей стране, сведения в котором будут постоянно обновляться, контролироваться и статистически обрабатываться, в российском урологическом сообществе обсуждалась уже давно. В 2013 году на базе ФГБУ ВЦЭРМ им АМ Никифорова МЧС России был создан первый Российский реестр по проблеме хирургического лечения мочекаменной болезни - «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни».

Созданный реестр обладает рядом несомненных позитивных сторон: непрерывный сбор и анализ информации, а также доступность её для всех участвующих в исследовании учреждений здравоохранения позволяет оценивать качество медицинской помощи и намечать пути для её улучшения согласно общепринятым стандартам диагностики и лечения пациентов с данной патологией, создавая платформу для открытого обсуждения этих важных вопросов. В качестве первого шага мы попытались проанализировать данные урологов 8 хирургических стационаров расположенных в 3-х города Российской Федерации: Санкт-Петербург, Москва и Муром. Согласно полученным данным суммарный SFR по всем центрам составил 83%, что немногим выше данных приведенных CROES регистром – в котором эта цифра составила 75.7%, что в целом примерно сопоставимо с нашими данными. Н

е исключено, что столь высокая цифра в нашем исследовании является результатом гетерогенности методов послеоперационной оценки SFR среди участвовавших в исследовании центров – УЗИ, обзорная урография, КТ. По данным регистра пациенты после стандартной ПНЛ по большей части дренируются с помощью нефростомы, тогда как после мини-ПНЛ чаще стентом либо и в меньшей степени по бездренажной методике. Возможно это связано с меньшей степенью кровоточивости при мини- ПНЛ, что в принципе подтверждается рядом исследований и как следствие с меньшим риском обтурации полостной системы сгустком с развитием почечной колики.

При этом важно понимать что дренирование стентом или по бездренажной методике может значительно сократить длительность пребывания пациента в стационаре, с соответствующей финансово-экономической выгодой. К большому сожалению процент пациентов получивших бездренажную ПНЛ, а также оставшихся под послеоперационным наблюдением ничтожно мал для всех без исключения участвовавших в данном исследовании центров - возможно это связано либо с большой хирургической нагрузкой и отсутствием свободного времени у врачей либо недостаточным уровнем современных знаний о методах метафилактики у врачей, а также отсутствия понимания необходимости и важности метафилактики у пациентов. Не секрет, что ПНЛ сопряжена с риском развития различного рода осложнений, так по данным DelaRossette и соавт. в исследовании CROES включавшем в себя 5 803 пациента было показано что, наиболее частыми осложнениями были послеоперационная лихорадка (подъем температуры тела выше 38 градусов) 598 (10,5%) и кровотечение 446 (7,8%). При этом авторы отмечают, что проведение гемотрансфузии потребовалась только 328 (5,7%) пациентам. Наши данные вполне соответствуют международным, что свидетельствует о соблюдении общепринятой техники выполнения операции и раннего послеоперационного ведения пациентов.

Приведенные данные имеют ряд недостатков, о которых нельзя не упомянуть:

1) «Национальный реестр хирургического лечения мочекаменной болезни» собирает информацию, которая вносится урологами на добровольных началах и потому вряд ли охватывает все выполненные операции, более того категория коллег активно участвующих в заполнении регистра могут иметь более лучшие результаты, чем те кто не подает данные в регистр, однако с увеличением информированности урологов есть надежда, что все больше коллег подключатся к этому процессу.

2) Добровольный характер занесения информации может привести к тому, что какие-то осложнения или характер SFR могут заноситься неверно, однако необходимо, чтобы коллеги понимали - абсолютно все вводимые персональные данные пациентов анонимны для остальных



коллег и даже для администратора регистра без исключения и именно результаты лечения непосредственно будут основой для внутреннего и внешнего аудитов.

На настоящий момент регистр насчитывает более 1000 операций с активным участием множества урологов и мы надеемся эта тенденция сохранится и количество участвующих урологов будет неуклонно расти. Однако нужно понимать, что полученные данные имеют предварительный характер и дальнейшее заполнение данного Реестра урологами нашей страны позволит дать ответы на многие вопросы касательно хирургического лечения крупных и коралловидных камней.

**Заключение:** Первый анализ результатов «Регистра» демонстрирует положительные тенденции в хирургическом лечении больных с камнями почек в стационарах Российской Федерации: преобладание эндоурологических методик, над открытыми операциями говорит о положительной динамике в смене хирургической парадигмы лечения МКБ в нашей стране, уровень заявленных осложнений хирургического лечения МКБ в отдельных центрах соответствует общемировым данным, достаточно невысокое использование бездренажных методик после ПНЛ и низкий процент послеоперационного наблюдения пациентов указывает на необходимость акцентирования внимания на данный аспект.

# XI РАЗДЕЛ

## ФИЗИОТЕРАПИЯ

---

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ФОТОХРОМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИЧА БЕЛЛА

Андреевская Е.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Белякова О.К. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Булыга М.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Логинова С.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Нечипоренко М.Г. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

**Ключевые слова:** фотохромотерапия, паралич Белла, комбинированное физиотерапевтическое лечение, сочетанная физиотерапия

**Актуальность и цели.** Паралич Белла является самой распространённой формой паралича лицевого нерва. Он встречается примерно у 23 человек на 100 000 ежегодно или у одного человека на 60–70 на протяжении всей жизни. Патогенез заболевания к настоящему моменту неизвестен, механизм развития связан с отеком лицевого нерва, сдавлением нерва в фаллопиевом канале. Большинство случаев данного заболевания заканчиваются госпитализацией в отделения неврологического профиля.

**Целью исследования** является оценка эффективности применения комбинированного физиотерапевтического лечения с использованием фотохромотерапии при параличе Белла с целью усиления противовоспалительного эффекта, сокращения сроков восстановления функции мимических мышц, предупреждения развития мышечной контрактуры.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находилось 40 пациентов с диагнозом паралич Белла, направленных лечащими врачами-неврологами в отделение физиотерапии в остром периоде заболевания (1-3 сутки от начала клинических проявлений). Из них - 24 женщины, 16 мужчин. Возраст больных - от 20 до 75 лет.

Было выделено две группы пациентов, сопоставимые по возрасту и полу. Пациенты обеих групп получали комплексное лечение включающее в себя медикаментозную терапию, лечебную физкультуру (гимнастику для лицевой мускулатуры) и физиотерапевтическое лечение.

Пациенты первой группы получали комбинированное физиотерапевтическое лечение с использованием фотохромотерапии (светодиодное излучение зеленого спектра) и одного из методов УВЧ-терапии, СВЧ-терапии или переменного магнитного поля.

Во второй группе ФТЛ проводилось лишь одним из методов УВЧ-терапии, СВЧ-терапии или переменного магнитного поля.

Физиотерапию пациенты обеих групп начинали получать с первого дня госпитализации, ежедневно, курсом по 5 процедур.

Фотохромотерапия проводилась с использованием светодиодной матрицы зеленого спектра с длиной волны  $560 \pm 15$  нм от аппарата «Спектр ЛЦ». Воздействию подвергались пять зон на стороне поражения нерва - область сосцевидного отростка и впереди ушной раковины (зона выхода нерва на лицевую часть черепа) – контактно, по стабильной методике, экспозиция – 2 минуты и три зоны по ходу порций лицевого нерва – лабильно, каждая зона по 3 минуты. Режим непрерывный, интенсивность облучения 100%. Суммарная продолжительность процедуры – 13 минут.

Фотохромотерапия и вторая физиопроцедура проводились в один день с временным интервалом

от двух часов, в разной последовательности.

**Результаты.** Оценку эффективности лечения проводили на основании динамики клинической картины – уменьшение асимметрии лица, восстановление функции мимической мускулатуры, а также опроса пациентов о субъективных ощущениях данных изменений.

Так в первой группе 16 человек (80%) после проведенного курса комбинированного физиотерапевтического лечения с использованием фотохромотерапии отмечали отсутствие слезотечения или сухости глаза. В второй группе такую динамику отметили 14 человек (70%). «Парусность» щеки исчезла у 14 человек (70%) из первой группы и у 12 (60%) из второй, в которой они получили лечение с использованием лишь одного физиотерапевтического метода. Подъем угла губы наблюдался у 14 человек из первой группы (70%) и у 12 человек из второй (60%). 10 пациентов первой группы отметили возможность подъема брови на пораженной стороне (50%), во второй таких пациентов оказалось лишь 7 (35%).

**Заключение.** Применение комбинированного физиотерапевтического лечения с использованием метода фотохромотерапии уменьшает сроки регресса неврологических проявлений при параличе Белла.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ФОНОФЕРЕЗА «РАПЭКСА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ.**

**Андреевская Е.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Нечипоренко М.Г. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Арзамасцева Т.И. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Белякова О.К. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Логинова С.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Мичич Г.А. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Ключевые слова:** ультразвуковая терапия, фонофорез, заболевания позвоночника, остеохондроз, заболевания суставов.

**Актуальность и цели.** Исследование эффективности применения фонофореза «РАПЭКСА» в комплексном лечении пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и суставов с целью уменьшения болевого синдрома, улучшения трофики и метаболизма тканей, уменьшения прогрессирования дистрофических процессов. Рапа по своему химическому составу относится к группе минеральных вод. Ее состав характеризуется богатым комплексом органических и неорганических соединений – хлорид натрия, сульфат натрия, гидрокарбонат натрия и др., гуминовые кислоты и аминокислоты, высокомолекулярные липиды, а также широкий спектр микроэлементов – бром, бор, кобальт, марганец и др.

**Пациенты и методы.** Среди пациентов, наблюдавшихся в отделении физиотерапии с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и суставов, были выделены две группы, сопоставимые по возрасту и полу. Воздействие ультразвуковой терапии в первой группе проводили через индифферентную контактную среду. Второй группе пациентов на озвучиваемую поверхность наносили крем-гель «РАПЭКС». Пациентам с остеохондрозом позвоночника процедуры проводились паравертебрально, в импульсном режиме 10мс, мощностью 0,4 Вт/см<sup>2</sup>, на поле по 3 мин, количеством 10 процедур. Пациентам с деформирующим остеоартрозом коленных суставов воздействие осуществлялось на область коленных суставов, в импульсном режиме 10мс, мощностью 0,6 Вт/см<sup>2</sup>, на поле по 5 мин, количеством 10 процедур.

**Результаты.** Эффективность оценивали по динамике клинических симптомов, используя ВАШ

(визуально-аналоговая шкала) от 0 до 100мм. Данная шкала расценивалась следующим образом: 0-4мм – отсутствие боли, 5-44мм – слабая боль, 45-74мм – умеренная боль, 75-100 – сильная боль. У пациентов, получавших сочетанное воздействие ультразвуковой терапии и крем-гель «РАПЭКС», болевой синдром купировался быстрее, чем у пациентов контрольной группы.

На третьи сутки у 12 человек из 30 (40%) первой группы наблюдалась умеренная боль; у 8 человек (27%) – сильная боль; у 10 человек (33%) – слабая боль.

Во второй группе у 8 человек из 30 (27%) отмечалась умеренная боль; у 4 человек (13%) – сильная боль; у 18 человек (60%) – слабая боль.

**Выводы.** Сочетанное воздействие ультразвуковой терапии и крем-геля «РАПЭКС» в комплексном лечении пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и суставов помогает сократить период обострения заболевания и стабилизировать ремиссию.

## ХII РАЗДЕЛ ХИРУРГИЯ

### ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

**Чернышев Д.А. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Пузанов С.Ю. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Герашенко Я.Л. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Шустов В.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Актуальность:** Спаечная кишечная непроходимость является распространенным заболеванием в абдоминальной хирургии с неуклонным ростом из года в год. За последние 20 лет частота случаев спаечной кишечной непроходимости (СКН) увеличилась в 2 раза и не имеет тенденции к снижению.

Количество больных, страдающих СКН, составляет 3,5% от общего числа хирургических больных в стационарах. В настоящее время острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) составляет 60-70% всех форм непроходимости кишечника, а послеоперационная летальность при острой спаечной непроходимости колеблется от 13 до 60%, поэтому профилактика и лечение спаечной болезни является одной из ведущих проблем абдоминальной хирургии. Экономическая значимость лечения данной патологии наглядно иллюстрируется данными департамента здравоохранения Финляндии, где затраты на лечение пациентов с ОСКН равны затратам на лечение больных раком желудка и прямой кишки. По мере накопления опыта лапароскопических исследований спайки в брюшной полости переставали быть абсолютным противопоказанием к этому вмешательству. Доказана лечебная и диагностическая ценность лапароскопии при кишечной непроходимости у взрослых. В связи с широким внедрением лапароскопических вмешательств в практику стал накапливаться опыт лапароскопического разделения сращений при спаечной болезни брюшной полости и при ОСКН. При оперативном лечении ОСКН хирургу необходимо решать две задачи - восстановление пассажа по кишечнику и профилактику рецидива спаечной непроходимости. Выбор метода операции находится в компетенции хирургической бригады, а мануальные навыки обеспечивают эффективность выбранной тактики.

**Цель:** сравнить возможности лечения пациентов, со спаечной кишечной непроходимостью с использованием эндовидеохирургических (ЭВХ) методов, по сравнению с лапаротомным доступом. **Материалы и методы:** ретроспективно проанализированы годовые отчеты работы хирургического отделения №3 СПб ГБУЗ «Елизаветинской больницы» по нозологическим формам с 2017 по 2019гг. Из пролеченных выделена группа пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу спаечной кишечной непроходимости, состоящая из 35 человек. **Методы обследования:** анамнестический, осмотр, пальпация, аускультация, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП), рентгенография (РГ). Критерии оценки наличия или отсутствия патологии ОБП основывался на анализе жалоб, ультразвуковых (УЗ), РГ, пальпаторных и аускультативных данных. Минимальный возраст пациентов, включенных в исследование, составил 19 лет, максимальный - 65 лет. Статистические данные представлены в виде абсолютных цифр и процентного соотношения.

**Результаты:**

Установлено, что в 2017 году оперативное лечение по поводу ОСКН выполнено 11 пациентам. Все операции (100%) выполнены «открытым» способом. В 2018 выполнено 14 операций. Из них 9 (64%) лапаротомий, 5 (35%) ЭВХ способом. В 2019г. выполнено 10 операций. Из них 3 (30%) лапаротомии и 7(70%) ЭВХ методом.



Проанализированы истории пациентов, оперированных «традиционно» и лапароскопически в 2019 году. Оперированы с использованием ЭВХ технологий: 3 мужчины, 4 женщины. Лапаротомным доступом: 1 мужчина, 2 женщины. Средний возраст оперированных с использованием ЭВХ технологий составил 38 лет. Оперированных «традиционно» - 54 года.

Операции в анамнезе у оперированных с использованием ЭВХ технологий: аппендэктомия - у 2 пациентов, холецистэктомия -1, экстрпакия матки -1, аднексэктомия -1, спленэктомия-1, у 1 пациентки операций в анамнезе не было, однако в окне сальника имелся дефект, ущемляющий петлю тонкой кишки. В группе пациентов, оперированных традиционно в анамнезе: 1 лапаротомия по поводу Аппендицита, осложнённого перитонитом, 1 лапаротомия по поводу установки перитонеального катетера для диализа, 1 лапаротомия по поводу перформативной язвы желудка и релапаротомия по поводу непроходимости.

Реабилитация пациентов из группы оперированных «традиционно» проходила в условиях отделения интенсивной терапии (ОИТ) в течение 2 суток. 1 пациент скончался. Весь период нахождения в ОИТ вводились наркотические анальгетики с обезболивающей целью. Назоинтестинальный зонд удалялся на 3е сутки. Самостоятельно ходить пациенты начинали на 3е сутки. Выписка осуществлялась в среднем на 14 сутки.

Пациенты после ЭВХ операции возвращались в палату, на первые сутки начинали ходить и принимать пищу. С целью обезболивания применялись нестероидные противовоспалительные средства на протяжении 3 суток. Выписка из стационара проходила в среднем на 5 сутки. Послеоперационных осложнений не выявлено.

**Выводы:** Необходим тщательный отбор пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью для ЭВХ операции, а с ростом опыта хирургов возможности для выполнения операции лапароскопическим способом расширяются. Проведение операции с использованием ЭВХ методов значительно ускоряет сроки реабилитации, снижает выраженность болевого синдрома, сокращает продолжительность нетрудоспособности и стоимость лечения.

Наличие функционирующей круглосуточной лапароскопической службы позволяет увеличивать процент ЭВХ оперированных пациентов, чем снижает количество пациентов со спаечной непроходимостью кишечника в будущем.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ ПРИ «ТРУДНОЙ КУЛЬТЕ» ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА**

**Савицкая О.А. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**

**Дворянкин Д.В. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**

**Кочетков А.В. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**

**Ключевые слова:** острый аппендицит, лапароскопия, аппендектомия, сшивающие аппараты, «трудная культя».

**Актуальность.** Острый аппендицит является одним из самых распространенных хирургических заболеваний в ургентной хирургии и составляет 1–4 случая на 1000 человек. Летальность на протяжении последних десятилетий практически не изменилась и держится на уровне 0.2–0,4%. Лапароскопические операции вообще и лапароскопическая аппендектомия в частности относятся к высокотехнологичным вмешательствам и в настоящее время именно таким видам вмешательств отдается предпочтение в лечении острого аппендицита. Однако, в ходе выполнения данного вида оперативного приема, встречаются технические сложности, с которыми помогают справиться

специализированные лапароскопические инструменты, не используемые в классической лапароскопической аппендектомии, такие как эндоскопические сшивающие аппараты с набором кассет для прошивания сосудов, нормальной и утолщенной тканей.

В статье представлен опыт использования сшивающих аппаратов Echelon.

**Цель.** Провести системный анализ результатов лапароскопического лечения больных с различными формами острого аппендицита с использованием сшивающего аппарата для прошивания основания аппендикса.

**Материалы и методы.** С 2012 по 2018 годы в отделении экстренной хирургической помощи ФГБУ ВЦЭРМ находилось на лечении 256 пациентов с острым аппендицитом, которым аппендектомия была выполнена лапароскопически (99,2%).

Возраст больных варьировался в диапазоне от 18 до 77 лет. Средний возраст составил 35 лет. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. При ревизии брюшной полости оценивался характер морфологических изменений червеобразного отростка, наличие и распространенность экссудата, степень воспалительных изменений окружающих отросток тканей.

Во время интраоперационной ревизии брюшной полости катаральный аппендицит выявлен у 37 (14,45%) пациентов, флегмонозный аппендицит – у 182 (71 %) пациентов, гангренозный отмечен у 25 (9,76%) больных. У 4(1,56%) пациентов при диагностической лапароскопии был выявлен хронический аппендицит. Явления местного перитонита наблюдались практически во всех случаях флегмонозного и частично – гангренозного аппендицита. Диффузный перитонит отмечен у 19 (7,4%) больных, разлитой – у 3 (1,2%) пациентов в группе с гангренозным аппендицитом. Рыхлый периаппендикулярный инфильтрат был отмечен у 9 (3,5%) больных. Периаппендикулярный абсцесс у 4 (1,5%) больных, у одного пациента клиническая картина сопровождалась проявлениями пилефлебита и сепсиса (0,4%). Вышеуказанные осложнения не явились поводом к конверсии доступа и окончательное решение принималось после пробной диссекции отростка. Лапароскопическая операция не выполнялась при плотном аппендикулярном инфильтрате (2 пациента), и с картиной разлитого перитонита (2 пациента). Из 256 лапароскопических аппендектомий в 2 случаях было выполнено прошивание основания отростка с помощью линейного сшивающего аппарата фирмы J&J и 45 мм синей кассеты, что составило 0,78%. Техника выполнения операции: лапароцентез в типичных точках. Пневмоперитонеум. После введения инструментов в брюшную полость выполняется диагностическая лапароскопия. Если диагноз подтвержден – выполняется формирование окна в брыжейке червеобразного отростка под его основанием. На культю отростка в связи с его утолщенным основанием наложить DS-клипсу не представляется возможным, в связи с этим выполнено прошивание основания отростка с помощью линейного сшивающего аппарата, культя обработана йодом, брыжейка перевязана петлей Endoloop и отсечена. Отсеченный отросток извлекается из брюшной полости через 12 мм троакар с помощью эвакуатора. Дренирование брюшной полости производится при наличии периаппендикулярного абсцесса и распространенных форм аппендикулярного перитонита.

**Результаты.** В результате проведенного анализа выполненных лапароскопических аппендектомий с использованием сшивающего аппарата осложнений в виде несостоятельности культи, кровотечения не наблюдалось. Летальных исходов не было.

**Заключение.** На основании анализа полученных данных можно сделать вывод, что использование сшивающих аппаратов является самым быстрым, надежным и технически наиболее простым способом обработки культи червеобразного отростка. Применение сшивающих аппаратов сокращает время вмешательства, обеспечивает надёжную герметизацию культи отростка, но резко повышает себестоимость оперативного пособия. Клипирование, при выраженных воспалительных изменениях основания аппендикса и инфильтрации брыжейки - грозит в раннем послеоперационном

периоде либо кровотечением из брыжейки червеобразного отростка, либо несостоятельностью культи.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ГАРАНЖО МЕТОДОМ ТЕР

**Игнатенко А.А. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**  
**Дворянкин Д.В. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**  
**Шантырь В.И. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**

**Ключевые слова:** грыжа, грыжа Гаранжо, аппендикс, бедренная грыжа, тотальная экстраперитонеальная герниопластика.

**Актуальность и цели.** Грыжей Гаранжо принято называть наличие воспаленного червеобразного отростка в грыжевом мешке бедренной грыжи. Особенности клинической картины таковы, что диагностика наличия аппендикса происходит в большинстве случаев во время операции, так как в дооперационном периоде наиболее часто предполагаемым диагнозом является ущемленная бедренная грыжа. Таким образом, тактика ведения пациента до момента операции остается окончательно не отработанной. В общемировой практике лечение таких грыж чаще всего происходит при помощи открытой операции (аппендэктомии и пластики грыжевых ворот сетчатым имплантатом либо местными тканями), а так же трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики. Мы хотели бы поделиться опытом лечения грыжи Гаранжо с использованием комбинированного варианта оперативного лечения (рассечение грыжевых ворот, аппендэктомия из пахово-бедренного доступа и правосторонняя тотальная экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР)).

**Пациенты и методы.** Анамнез заболевания. Пациентка С. 67 лет поступила во ВЦЭРМ 10.07.2018г. с жалобами на выраженные постоянные боли и покраснение в области выпячивания правой пахово-бедренной области. Известно, что грыжевое выпячивание в правой бедренной области отмечает около 40 лет, его возникновение связывает с беременностью и родами. Вечером 08.07.2018г. появилась болезненность в правой бедренной области, грыжевое выпячивание перестало вправляться. Боли постепенно усиливались, утром 10.07.2018г. появилось покраснение в области грыжи, в тот же день госпитализирована в экстренное хирургическое отделение клиники №2 ВЦЭРМ по скорой помощи. При обследовании в правой пахово-бедренной области определяется грыжевое выпячивание 12x7x4см, невправимое в брюшную полость, болезненное при пальпации, в проекции которого и вокруг отмечается гиперемия кожи, выраженный отек подкожно жировой клетчатки. По данным УЗИ ОБП в проекции правой паховой области, в мягких тканях вдоль паховой складки на глубине 1,0 - 1,3 см от кожи лоцируется структура вытянутой формы, без признаков перистальтики, вокруг которой определяется свободная жидкость. В клиническом анализе крови отмечается лейкоцитоз(13.03x10<sup>9</sup>/л), ускорение СОЭ до 46 мм/час. Пациентке была выполнена экстренная операция в объеме - устранение ущемленной бедренной грыжи, аппендэктомия, эндовидеохирургическая правосторонняя тотальная экстраперитонеальная герниопластика.

**Техника выполнения операции:** выполнен разрез (6-7см) в правой пахово-бедренной области над грыжевым выпячиванием. Из подкожно-жировой клетчатки выделен грыжевой мешок (надсосудистое расположение бедренной грыжи), при ревизии которого выделилось около 20 мл мутной жидкости с неприятным запахом. Содержимым грыжевого мешка являлся ущемленный на 2\3 флегмонозно-измененный червеобразный отросток. Выполнено рассечение ущемляющего кольца бедренной грыжи. В рану выведен весь отросток с брыжеечкой и участок купола слепой кишки. Выполнена аппендэктомия с использованием DS – клипсы, грыжевой мешок перевязан и отсечен, в рану заведен тампон смоченный раствором бетадина. Далее выполнен доступ под пупком в пространство Ретциуса (предбрюшинное) с последующей диссекцией при помощи

эндобалона фирмы «В/Braun». Нагнетен газ в предбрюшинное пространство с давлением 12 мм рт.ст., выделена круглая связка матки справа, которая была клипирована и пересечена, выделена культя отсеченного грыжевого мешка. Осмотрены: медиальная и латеральная ямки – без дефектов. Выделена и удалена предбрюшинная липома. В надпузырное пространство введен раствор лидокаина 0.1% - 20,0 мл. Установлен сетчатый трансплантат 12\*15 см – фирмы "В/Braun", закрыв все слабые места. Трансплантат фиксирован герниостеплером в 3 местах. Рана в правой паховой области послойно ушита, дренирована.

**Результаты.** Послеоперационный период протекал гладко. Получала курс антибактериальной терапии (Инванз). Дренаж из раны был удален на 3-и сутки после операции. Пациентка выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. Рана пахово-бедренной области зажила первичным натяжением. Известно, что пластика местными тканями при бедренных грыжах нецелесообразна, ввиду высокого риска раннего рецидива. Такая оперативная тактика идет в разрез с клиническими рекомендациями по лечению ущемленных грыж осложненных воспалением грыжевого мешка, однако при ТЕР пластика производится в предбрюшинном пространстве, что позволяет в некоторой степени изолировать трансплантат от очага воспаления.

Заключение. Данное клиническое наблюдение показывает возможность эффективного устранения грыжи Гаранжо, используя примененный нами вариант комбинированного оперативного лечения.

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА**

**Дворянкин Д.В. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**

**Гудилов М.С. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**

**Павлов А.В. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**

**Ключевые слова:** бариатрия, ожирение, язва, гастроэнтероанастомоз.

Больной С., 60 лет, 11.11.2016г. было выполнено лапароскопическое желудочное шунтирование с одним анастомозом по поводу ожирения 2 степени, сахарного диабета II типа. На момент операции вес 93 кг, рост 160 см, ИМТ 36,3. В послеоперационном периоде через 2 месяца больная в экстренном порядке госпитализирована с болями в животе, при обследовании выявлена язва гастроэнтероанастомоза, эрозивноязвенное поражение отводящей петли гастроэнтероанастомоза.

В последующем пациентка неоднократно лечилась в стационарах города по этому поводу. Пациентка не соблюдала рекомендации по питанию и медикаментозной терапии, употребляла алкоголь, не воздерживалась от курения, бесконтрольно принимала нестероидные противовоспалительные средства.

В ноябре 2018 г. пациентка обратилась за медицинской помощью в клинику №2 ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России. При энтероскопии была выявлена пени- трирующая язва гастроэнтероанастомоза (на 2/3), хронический диффузный гастрит с атрофией и очаговой кишечной метаплазией культы отключенной части желудка (тест на *H. pylori* отрицательный). 20.11.2018г. выполнена лапароскопическая резекция га- строэнтероанастомоза с пептической язвой "маленького желудка" с реконструкцией в желудочное шунтирование по Ру. С целью удаления гастринпродуцирующей зоны для снижения кислотности, больной выполнено удаление отключенной части желудка. Послеоперационный период осложнился развитием синдрома системного воспаления с полиорганной недостаточностью. Больная выписана на 20 сутки в удовлетворительном состоянии.

Через 1 месяц после повторного вмешательства состояние пациентки удовлетвори- тельное, вес составляет 55 кг, ИМТ = 22,03. При ФГДС гастроэнтероанастомоз по Ру эластичен,

свободно проходим, с незначительными грануляциями по краям, отводящая петля тонкой кишки до Брауновского соустья без патологии.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ DS-КЛИПС

**Савицкая О.А. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**  
**Дворянкин Д.В. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**  
**Кочетков А.В. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**  
**Зардарян О.Г. (ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России)**

**Ключевые слова:** острый аппендицит, лапароскопия, лапароскопия аппендектомия, DS-клипсы.

**Актуальность.** В настоящее время отдается предпочтение лапароскопическим методам лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Наиболее наглядно это демонстрирует лапароскопическая аппендектомия. На протяжении развития лапароскопии использовалось множество действий и приемов для закрытия культи червеобразного отростка.

В статье изложен семилетний опыт применения DS-клипс фирмы B-Braun при выполнении лапароскопической аппендектомии. DS-клипс представляет собой приспособление, которое имеет специальную окончатую форму для более надежной компрессии тканей. Оптимизированный механизм закрытия, начиная с дистального кончика с «замком», предусматривает возможность репозиции клипс и предупреждает нежелательное соскальзывание. Специальный рисунок внутреннего профиля, увеличивающий площадь соприкосновения клипса с тканью, обеспечивает надежное наложение на культю аппендикса. Клипсы изготовлены из титана. Наложение DS-клипс можно осуществлять как с помощью лапароскопических клипаппликаторов, так и с помощью клипаппликаторов для открытой хирургии. Клипаппликаторы обладают специальным механизмом, который защищает от сверхусилия, создает возможность надежного и безопасного наложения клипс. Удобство и комфорт использования в лапароскопических условиях обусловлены наличием ротационного колесика, вращающегося на 360 градусов. А так как клипатор, используемый для наложения SD-клипс, многоразовый, то это значительно снижает материальные затраты отделения и пациентов.

**Цель.** Провести системный анализ результатов лапароскопического лечения больных с различными формами острого аппендицита с использованием DS-клипс для клипирования культи аппендикса. **Материалы и методы.** С 2012 по 2018 годы в отделении экстренной хирургической помощи ФГБУ ВЦЭРМ находилось на лечении 256 пациентов с острым аппендицитом, которым аппендектомия была выполнена лапароскопически (99,2%). Возраст больных варьировался в диапазоне от 18 до 77 лет. Средний возраст составил 35 лет. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. При ревизии брюшной полости оценивался характер морфологических изменений червеобразного отростка, наличие и распространенность экссудата, степень воспалительных изменений окружающих отросток тканей. Во время интраоперационной ревизии брюшной полости катаральный аппендицит выявлен у 37 (14,45%) пациентов, флегмонозный аппендицит – у 182 (71 %) пациентов, гангренозный отмечен у 25 (9,76%) больных. У 4(1,56%) пациентов при диагностической лапароскопии был выявлен хронический аппендицит. Явления местного перитонита наблюдались практически во всех случаях флегмонозного и частично – гангренозного аппендицита. Диффузный перитонит отмечен у 19 (7,4%) больных, разлитой – у 3 (1,2%) пациентов в группе с гангренозным аппендицитом. Рыхлый периаппендикулярный инфильтрат был отмечен у 9 (3,5%) боьных. Периаппендикулярный абсцесс у 4 (1,5%) больных, у одного пациента клиническая картина сопровождалась проявлениями пилефлебита и сепсиса (0,4%). Вышеуказанные осложнения не явились поводом к конверсии доступа и окончательное решение принималось после пробной диссекции отростка. Лапароскопическая



операция не выполнялась при плотном аппендикулярном инфильтрате (2 пациента), и с картиной разлитого перитонита (2 пациента). Из 256 лапароскопических аппендектомий в 255 случаях была выполнена установка DS-клипса на культю червеобразного отростка, что составило 99,6%. У одного больного это сделать не удалось по причине «самоампутации» аппендикса.

Техника выполнения операции: над пупком устанавливается 10 мм троакар для камеры, в правой подвздошной области – 5 мм троакар, в левой подвздошной области – 12 мм троакар. После введения инструментов в брюшную полость выполняется диагностическая лапароскопия. Если диагноз подтвержден – выполняется формирование окна в брыжейке червеобразного отростка под его основанием. После этого на проксимальную часть отростка накладывается DS-клипса с помощью клипатора, через 12 мм троакар. На дистальную часть аппендикса накладвается обычная клипса с целью профилактики деконтаминации брюшной полости. Отросток между клипсами пересекается ножницами. Культя аппендикса обрабатывается йодом. На брыжеечку червеобразного отростка накладвается эндопетля Endoloop и брыжейка пересекается ножницами выше накинута петли. Отсеченный отросток извлекается из брюшной полости через 12 мм троакар с помощью эвакуатора. Дренирование брюшной полости производится при наличии периаппендикулярного абсцесса и распространенных форм аппендикулярного перитонита.

**Результаты.** В результате проведенного анализа 256 лапароскопических аппендектомий, осложнения возникли у 2 (0,78%) пациентов. У первого пациента – в виде сформировавшегося толстокишечного свища слепой кишки, который был закрыт в дальнейшем консервативно, и нагноения послеоперационной раны. Пациент К., 58 лет взят на лапароскопическую операцию по поводу аппендикулярного инфильтрата с явлениями пилефлебита и тифлита. С техническими сложностями выполнено вскрытие и дренирование абсцесса, аппендектомия, санация и дренирование брюшной полости. На вторые сутки пациент К. взят на повторную операцию по поводу перфорации острой язвы подвздошной кишки, местного отграниченного серозно-фибринозного перитонита. Выполнена лапаротомия, установлено 2 дренажа и 3 тампона по Пенроузу в полость абсцесса. Далее проводились смена тампонов, санация и дренирование брюшной полости до полного купирования клинических симптомов. Толстокишечный свищ закрылся на фоне консервативной терапии. В данном случае DS-клипса не использовалась.

У второго осложнение возникло в виде соскальзывания эндопетли с культи брыжейки аппендикса. В группе 254 пациентов с применением DS-клипсы осложнений в виде соскальзывания клипсы, несостоятельности культи аппендикса, выявлено не было. Летальные исходы отсутствуют.

**Заключение.** На основании анализа полученных данных можно сделать вывод, что клипирование культи червеобразного отростка DS-клипсой является современным, перспективным, безопасным и надежным способом ее закрытия и в полной мере предотвращает несостоятельность культи червеобразного отростка. Система проста в использовании и способствует эффективному лечебному процессу. Клипатор, применяемый при наложении клипсы, является многоразовым инструментом, что снижает финансовые затраты как медицинского учреждения, так и пациентов..

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

**Тарбаев И.С. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России;  
СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Василевский Д.И. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Ахматов А.М. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Пузанов С.Ю. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Еремин Ю.А. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Черепанов Д.Ф. (СПб КБ Российской Академии Наук)**

**Султанова Ф.М. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Бечвая Г.О. (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

**Актуальность.** Актуальность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обусловлена высокой частотой встречаемости данного заболевания в Российской Федерации и, составляет до 14 % случаев – таким образом, каждый пятый-шестой пациент терапевтического профиля страдает ГЭРБ. При этом рефрактерность ГЭРБ к консервативной терапии составляет до 15 % случаев. В то же время, после хирургического лечения, частота рецидива ГЭРБ достигает 15 – 40 % случаев.

**Цель исследования.** Целью данного исследования является улучшение результатов хирургического лечения ГЭРБ, резистентной к консервативной терапии и, возникшей на фоне хиатальной грыжи, с помощью применения протезирующих материалов.

**Методы исследования.** С 2014 по 2018 год в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» и СПб КБ Российской Академии Наук по поводу резистентной к консервативной терапии ГЭРБ проходили хирургическое лечение 120 пациентов. Средний возраст составлял от 45 до 60 лет, а длительность заболевания, в среднем, от 10 до 20 лет.

Во всех случаях ГЭРБ развивалась на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Грыжа I типа (аксиальная) имела место у 98 (82%) больных, грыжа III типа (смешанная) у 22 (18 %). Все оперативные вмешательства выполнялись лапароскопически хирургами с достаточным опытом в лечении данной патологии. Во всех случаях при размерах пищеводного отверстия диафрагмы до 6 см выполнялась задняя крурорафия, при больших размерах, для снижения механической нагрузки на ткани, выполнялась как задняя, так и передняя крурорафия. У 60 пациентов (50 %) проводилось укрепление предварительно сшитых ножек диафрагмы сетчатым имплантатом с перекрытием линии швов крурорафии на 2 см в каждую сторону. Для предотвращения контакта стенки пищевода с краем имплантата, протезирующий материал располагался в 2-3 мм от внутреннего края хиатального отверстия. Также создавался дополнительный антирефлюксный барьер за счет фундопликации.

Методика фундопликации (циркулярная или «мягкая») выбирались в зависимости от сократительной способности пищевода – в 91 % случаев использовалась неполная фундопликационная манжета. Результаты. Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены на протяжении от 18 до 60 месяцев у 112 (93 %) пациентов. Среди осложнений общехирургического профиля в 7 (6 %) встречался пневмоторакс, у 2 (2%) пациентов повреждение капсулы селезенки при мобилизации дна желудка осложнилось кровотечением и, у 1 (1 %) имела место перфорация стенки желудка, при выделении из грыжевого мешка. Специфические побочные эффекты данных операций, такие как транзиторная дисфагия отмечались у 16 (13 %) пациентов, метеоризм в 14 (12%), нарушения механизма отрыжки и рвоты в 5 (4%) случаев. Во всех случаях данные побочные эффекты разрешились самостоятельно на протяжении 2-4 недель в послеоперационном периоде. Осложнений, связанных с использованием протезирующих материалов, не отмечалось. Рецидив ГЭРБ на фоне рецидива хиатальной грыжи выявлен у 8 (14,5 %) пациентов, которым пластика хиатального отверстия диафрагмы осуществлялась лишь посредством крурорафии, при использовании же протезирующих материалов, рецидив выявлен в 3 (5,3 %) случаев.

**Выводы.** Применение протезирующих материалов для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы при хирургическом лечении рефрактерной к медикаментозной терапии ГЭРБ позволяет снизить частоту неудовлетворительных результатов с 14,5 % до 5,3 %. Применение протезирующих материалов для пластики хиатального отверстия при хирургическом лечении рефрактерной к медикаментозной терапии ГЭРБ является безопасным. Осложнений, связанных с применением имплантатов, не отмечено. Частота побочных эффектов операций, при коррекции пищеводного отверстия диафрагмы собственными тканями и, с применением имплантатов, является сопоставимой и, составляет 7% случаев. Безопасным и эффективным вариантом применения протезирующих материалов является расположение протезирующего материала в 2-3 мм от

пищевода и перекрытием линии швов крурорафии на 2 см в каждую сторону. Целесообразным является применение протезирующих материалов при размерах хиатального отверстия 2 см, то есть при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА

**Чернышев Д.А. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Пузанов С.Ю. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Румянцев И.П. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Еремин Ю.А. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Султанова Ф.М. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Актуальность.** Точных данных о распространенности пациентов с синдромом Данбара (синдром компрессии чревного ствола неизвестна. Есть статистические данные, что стенозы чревного ствола могут выявляться у 10-60% асимптомных пациентов. Вопросы оперативного лечения пациентов со стенозом чревного ствола остается открытыми. В хирургическом обществе выбор тактики оперативного лечения так же не решен. Большинство клиник г. Санкт-Петербурга как доступ оперативного лечения предпочитают лапаротомию, однако в связи со стремительным развитием эндовидеохирургии увеличилась группа пациентов, оперируемых лапароскопически.

**Цель исследования:** оценить приближенные результаты хирургического лечения пациентов с экстравазальной компрессией чревного ствола

**Материалы и методы:** На базе городского центра эндовидеохирургии СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в период с января 2019 г. по сентябрь 2019 г. было прооперировано 5 пациентов. Пациенты поступили в плановом порядке, отмечали жалобы на боли в верхних отделах живота возникающие через 15 минут и купируемые через 2 часа после приема пищи. Болевой синдром так же зависел от физической нагрузки и эмоционального напряжения.

Возраст пациентов колебался от 23 до 28 лет. Мужчин было 2 (40%), женщин – 3 (60%). Диагноз компрессии чревного ствола был подтвержден УЗИ- доплерографией и КТ-ангиографией (гемодинамически значимый стеноз более 75 %, диаметр чревного ствола в месте отхождения от аорты не более 2 мм). Всем пациентам была выполнена лапароскопическая декомпрессия чревного ствола.

**Результаты исследования:** На вторые сутки после операции пациентам выполнялось контрольная доплерография, по данным которых было отмечен положительный результат и полное восстановление кровотока. Все пациенты были выписаны из стационара на 4-5е сутки после оперативного лечения в удовлетворительном состоянии. По результатам хирургического лечения при контрольной КТ-ангиографии отмечено, что регрессировали признаки экстравазальной компрессии чревного ствола. При повторном осмотре через 1-3 месяца пациенты жалоб не предъявляли, отметили полное купирование болей в животе.

**Выводы:** Гемодинамически значимый стеноз чревного ствола является показанием к его декомпрессии. Лапароскопическая декомпрессия чревного ствола является преимущественным методом оперативного лечения данной патологии из-за лучшей визуализации и меньшей травматичности.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ

## ГРЫЖ

**С.Ю. Пузанов (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**  
**Ф.М.Султанова (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**  
**А.Н. Лучкин (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**  
**Ю.А. Еремин (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**

**Актуальность.** Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) являются частыми осложнениями оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Заболеваемость грыжами живота составляет более 50 случаев на 10000 населения. 25% всех операций составляют оперативные вмешательства при грыжах различной локализации. Частота рецидивов после герниопластик остается достаточно высокой – более 30%.

**Цель исследования:** оценить приближенные и отдаленные результаты лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

**Материалы и методы:** На базе городского центра эндовидеохирургии СПб ГБУЗ «Елизаветинской больницы» на период с 2016 г. по июль 2019 г. было прооперировано 292 пациентов. Из них 201 пациент поступил в плановом порядке, 91 в экстренном. Возраст пациентов колебался от 18 до 94 лет. Мужчин было 220 (75,34%), женщин – 72 (24,66%).

**Результаты исследования:** Из многочисленных способов герниопластики предпочтение отдавалось аллопластическому способу герниопластики по методике «sublay» - 190 операций и эндовидеохирургической герниопластике – 35 операций. 37 операций было выполнено по методике «onlay». 30 операций было выполнено с применением мышечно-апоневротической аутопластики с образованием и без образования дубликатуры апоневроза. Основным видом осложнений в ближайшем послеоперационном периоде является местное воспаление в ране (чаще при аутопластических операциях (12 пациентов). Рецидивы ПОВГ при наблюдении более 1 года отмечены в 20 случаях (6,85%), из них аутопластик 17, аллопластик по методике «onlay» в 2, аллопластик по методике «sublay» - 0 эндовидеохирургических герниопластик – 0.

**Выводы:** Наиболее эффективными методами пластики являются методика «sublay» и эндовидеохирургическая герниопластика с использованием сетчатых трансплантатов. При применении данных методик рецидивов заболевания отмечено не было.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ**

**Козобин Александр Анатольевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**  
**Сигуа Бадри Валериевич (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)**  
**Вовк Андрей Владиславович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**  
**Пузанов Сергей Юрьевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)**  
**Веромей Доминика (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)**

**Ключевые слова:** ущемленная грыжа, диагностическая лапароскопия, лапароскопическая герниопластика.

**Актуальность.** На современном этапе герниологию уже нельзя себе представить без эндовидеохирургических технологий. Несмотря на все преимущества малоинвазивных методик, использование лапароскопии в диагностике и лечении ущемленных паховых грыж стало активно развиваться только в последние годы. Однако до сих пор отсутствуют общепринятые

алгоритмы диагностики и лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами, включающие эндовидеохирургические методики. Что требует дальнейшего изучения: разработки технических приемов, определения показаний и противопоказаний к их использованию, а также оценки результатов лечения.

**Цель исследования:** улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с ущемленными паховыми грыжами.

**Методы исследования.** В СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в период с 2011 по 2017 гг. было пролечено 149 пациентов с ущемленными паховыми грыжами. Пациенты, находившиеся на лечении с 2015 по 2017 гг., составили основную группу – 65 человек, из них мужчин было 53 (81,5%), женщин – 12 (18,5%). В контрольную группу были включены 84 пациента, лечившихся с 2011 по 2014 гг., мужчины составили 71,4 % (60), женщины – 28,6% (24). Средний возраст пациентов был  $61,7 \pm 19,1$  года. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, половой принадлежности, типу паховых грыж, сопутствующим заболеваниям и срокам госпитализации. Тип паховой грыжи определяли с помощью классификации, предложенной L.M. Nyhus (1993). По данной классификации большинство пациентов в обеих группах имели косые паховые грыжи II и III типов. При анализе сроков госпитализации больных с ущемленными паховыми грыжами было выявлено, что большая часть пациентов обеих групп были доставлены в стационар в сроки до 8 часов с момента ущемления. Результаты. Ретроспективный анализ результатов лечения пациентов контрольной группы показал, что диагностические и лечебные возможности многопрофильного стационара использовались не в полном объеме, без применения современных технологий. Обращало на себя внимание, что часть пациентов была прооперирована в сроки более 2 часов от поступления, что было связано с трудностями диагностики. В основной группе была разработана и применена на практике индивидуализированная диагностическая тактика, которая заключалась в последовательном использовании инструментальных методик для проведения дифференциального поиска. Если после объективного осмотра сохранялось подозрение на ущемление паховой грыжи, проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) паховой области и органов брюшной полости. При невысокой информативности УЗИ применялась спиральная компьютерная томография (СКТ) живота, а в наиболее сложных случаях выполнялась диагностическая лапароскопия, которая в 100% позволяла исключить или подтвердить диагноз. Применение данной диагностической тактике у пациентов основной группы, позволило всем своевременно поставить правильный диагноз и выполнить операцию.

При анализе взаимоотношения частоты и характера осложнений со временем ущемления среди пациентов контрольной группы было установлено, что: до 8 часов осложнения ущемленных грыж встречались у 4 (4,8%) пациентов, 8–12 часов у 12 (14,4%) больных, а более 12 часов в 41,7% (35) случаев. При этом некроз ущемленного органа отмечен у 3 (3,6%) пациентов поступивших до 8 часов, у 7 (8,3%) госпитализированных в сроки 8–12 часов и у 23,8% (20) больных поступивших более 12 часов с момента ущемления. Анализ полученных данных позволил сделать заключение, что при сроках ущемления паховой грыжи до 8 часов развивается минимальное количество возможных осложнений ущемления.

При оказании помощи пациентам основной группы была разработана и использовалась индивидуализированная лечебная тактика: в случаях, когда срок ущемления не превышал 8 часов (при отсутствии противопоказаний к формированию карбоксиперитонеума) выполнялась диагностическая лапароскопия. При отсутствии некроза ущемленного органа осуществлялась трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP), которая была выполнена у 31 (47,7%) пациента. В тех случаях, когда во время лапароскопии диагностировался некроз ущемленного органа, выполнялся традиционный доступ. При сроках ущемления более 8 часов или наличии противопоказаний к диагностической лапароскопии выполнялась операция по устранению ущемленной паховой грыжи традиционным доступом. Если ущемленный орган был признан жизнеспособным, применяли протезирующую герниопластику (операция Лихтенштейна), которая



выполнена у 22 (33,8%) пациентов. В случае некроза ущемленного органа осуществляли пластику задней стенки пахового канала по способу Бассини, что было выполнено у 11 (16,9%) больных. В одном наблюдении (1,6%) при флегмоне грыжевого мешка пластика не выполнялась.

Количество послеоперационных осложнений среди пациентов контрольной группы составило 54,8% (46 случаев). Из них в 29,8% (25) диагностированы местные осложнения: серома (8,3%), инфильтрат (7,1%), нагноение (6,0%) послеоперационной раны, фуникулит (4,8%) и водянка яичка (3,6%). В 25,0% (21) были выявлены осложнения общего характера: пневмония (4,8%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (2,4%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (2,4%), мезентериальный тромбоз (2,4%), перитонит (1,2%) и др. В основной группе осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось в 18,5% (12) случаях, из которых в 7 (10,8%) случаях отмечены осложнения местного характера. Летальных исходов в основной группе также было меньше, чем в контрольной: 2 (3,1%) и 7 (8,3%) соответственно. Отмечалась убедительная взаимосвязь между частотой летальных исходов и временем выполнения оперативного вмешательства. Так, в 8 летальных случаях из 9, оперативное лечение было осуществлено позже 8 часов с момента ущемления.

**Выводы.** Активное применение, при оказании помощи пациентам с ущемленными паховыми грыжами, современных технологий как неинвазивных (УЗИ, СКТ), так и инвазивных (лапароскопия) позволили всем пациентам своевременно поставить правильный диагноз. Использование предложенного лечебного алгоритма, с применением эндовидеохирургических технологий у пациентов с ущемленными паховыми грыжами, позволило снизить частоту общих послеоперационных осложнений с 25,0 до 7,7% ( $p < 0,001$ ), местных осложнений с 29,8 до 10,8% ( $p < 0,001$ ), а уровень летальности с 8,3 до 3,1%.

# ХІІІ РАЗДЕЛ

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ИНФЕКЦИЯМИ КРОВотоКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА

Захватова А. С. (СПбГБУЗ «МИАЦ», ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова)

Асланов Батырбек Исмелович (СПбГБУЗ «МИАЦ», ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова)

Ширай Ольга Владимировна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

**Ключевые слова:** инфекция кровотока, сепсис, эпидемиологическое наблюдение, критерии диагностики.

**Актуальность и цели:** Эффективное лечение пациентов с септическими состояниями является одной из наиболее актуальных задач современной клинической практики. Под сепсисом, согласно материалам Чикагской согласительной конференции (ACCP/SCCM, 1992), в широком смысле предлагается понимать наличие четко установленного инфекционного начала, послужившего причиной возникновения и прогрессирования синдрома системной воспалительной реакции, который характеризуется наличием как минимум двух из четырех клинических признаков: температура выше 38°C или ниже 36°C; частота сердечных сокращений свыше 90 ударов в 1 мин; частота дыхания свыше 20 дыханий в 1 мин, количество лейкоцитов свыше  $12 \times 10^9$  или ниже  $4 \times 10^9$ . Согласно определению сепсиса «Сепсис-3», которое вышло в 2016 году, сепсис это не самостоятельная нозология, а синдром, характеризующийся определенным неспецифическим набором клинико-лабораторной симптоматики. Для выявления пациентов с подозрением на сепсис как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах оказания помощи предложена шкала Quick SOFA (экспресс-SOFA) (далее-qSOFA), которая включает в себя гипотонию (систолическое АД  $\leq 100$  mmHg), изменения психического состояния и тахипноэ (частота дыхания  $> 22$  / мин): наличие по крайней мере двух из этих критериев предсказывает вероятность неблагоприятного исхода.

**Пациенты и методы.** В отделении общей реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) (30 коек) и в ОРИТ для нейрохирургических больных (9 коек) на базе СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» с 2018 года проводится проспективное исследование по поиску методов ранней диагностики сепсиса основе критериев ССВР, шкалы qSOFA, клинических, эпидемиологических и микробиологических критериев. На данном этапе в исследование вошли 511 пациентов ОРИТ, среди которых 98 пациентов имели сепсис (19,2 на 100 пациентов ОРИТ).

**Результаты:** Ежедневный мониторинг показателей состояния пациентов ОРИТ позволил выявить, что частота встречаемости сепсиса возрастала в популяции пациентов с увеличением количества баллов ССВР, также частота встречаемости сепсиса возрастала в популяции пациентов, имевших по крайней мере 1 балл по шкале qSOFA. При этом, в данной популяции реанимационных пациентов, 53,1% септических пациентов не имели 2 и более диагностических критерия ССВР, 80,6% из 98 пациентов с сепсисом не имели 2 и более диагностических критерия по шкале qSOFA. Таким образом, для ранней диагностики сепсиса необходимо пользоваться критериями как SIRS, так и qSOFA, но необходимо учитывать, что только критериев SIRS и qSOFA для ранней диагностики сепсиса недостаточно, необходимо выявлять дополнительные критерии возникновения септических состояний.

**Заключение:** В настоящее время проведение данного исследования продолжается на базе СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» с целью разработать сигнально-прогностические параметры состояния пациентов, выявить факторы риска развития сепсиса в ОРИТ и, в дальнейшем, разработать

прогностическую модель, которая, при интеграции её в медицинскую информационную систему, позволит идентифицировать предикторы формирования эпидемиологического неблагополучия среди пациентов ОРИТ. Это, в свою очередь, будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи данной категории пациентов.



## **III НЕДЕЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

**сборник тезисов многопрофильного медицинского Форума, 11-17 ноября 2019 года, г. Санкт-Петербург**

**Издательство «Перо»**

**109052, Москва, Нижегородская ул., д. 29-33, стр. 27, ком. 105**

**Тел.: (495) 973-72-28, 665-34-36**

**Подписано к использованию 07.011.2019.**

**Электрон. текстовые данные. Заказ 847.**