

УДК 61
ББК 5я43
Ч-52

**Ч-52 IV НЕДЕЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ:
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 (СБОР-
НИК ТЕЗИСОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ФОРУМА), 16-18
НОЯБРЯ 2020 ГОДА, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ. – Москва: Издательство
«Перо», 2020 – 3, 08 Мб. [Электронное издание]**

ISBN 978-5-00171-609-9

Издание посвящено изучению актуальных междисциплинарных проблем, связанных с диагностикой и лечением пациентов в период пандемии COVID-19. В сборнике отражены результаты исследований, проведенных сотрудниками медицинских университетов и учреждений здравоохранения России.

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

ISBN 978-5-00171-609-9

УДК 61
ББК 5я43

© СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»





9 785001 716099

**IV НЕДЕЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ:
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19
(сборник тезисов многопрофильного медицинского форума),
16-18 ноября 2020 года, г. Санкт-Петербург**

Издательство «Перо»

109052, Москва, Нижегородская ул., д. 29-33, стр. 15, ком. 536

Тел.: (495) 973-72-28, 665-34-36

Подписано к использованию 16.11.2020.

Объем Мбайт. Электрон. текстовые данные. Заказ 862.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел I Бактериология

- 1. Особенности бактериальной флоры у больных COVID-19** 7
Дмитриев К.А., Соловьева Н.С., Краева Л.А., Лялина Л.В.

Раздел II Гастроэнтерология

- 1. Воспалительные заболевания кишечника и COVID-19: анализ открытых данных международного регистра** 9
Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А.

- 2. Динамика соматических и полиморбидных психических расстройств у пациентов с сочетанием функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника на фоне лечения колофортом: результаты собственного исследования** 11
Мирзоев О.С.

- 3. Методы диагностики дуоденогастроэзофагеального рефлюкса** 14
Успенский Ю.П., Гнутов А.А.

- 4. Открытое, проспективное, сравнительное исследование моторно-эвакуаторной функции кишечника в параллельных группах у пациентов с метаболическим синдромом** 17
Фоминых Ю.А., Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Соусова Я.В., Гулунов З.Х., Наджафова К.Н.

- 5. Отдаленные последствия лапароскопической холецистэктомии** 21
Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н., Вовк А.В., Кизимова О.А.

- 6. Психологический статус и качество жизни пациентов с метаболическим синдромом** 24
Фоминых Ю.А., Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Соусова Я.В., Гулунов З.Х., Наджафова К.Н.



7. Психологический статус пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне метаболического синдрома **27**
Успенский Ю.П., Гулунов З.Х., Соусова Я.В.

8. Распределение диагностических критериев метаболического синдрома в зависимости от типа пищевого поведения **29**
Успенский Ю.П., Соусова Я.В., Гулунов З.Х.

Раздел III Клиническая лабораторная диагностика

1. Ассоциация биохимических показателей с тяжестью течения коронавирусной инфекции в когорте стационарных пациентов Санкт-Петербурга **31**
Песковец Р.Д.

Раздел IV Организация здравоохранения и общественное здоровье

1. Стационаророзмещающие технологии в условиях распространения новой коронавирусной инфекции **33**
Карайланов М.Г., Русев И.Т., Прокин И.Г.

2. Опыт реализации принципов рационального применения антимикробных препаратов в многопрофильном стационаре (программа СКАТ) **35**
Новикова А.С.

3. Особенности работы приемного отделения ковид-госпиталя: данные и факты **37**
Гнеушева Е.М., Романова Е.С., Туличев А.А., Шакурова Д.Н., Гринькова Л.В., Марасанов Б.О.

Раздел V Оториноларингология

1. Взаимосвязь хронического тонзиллита с соматическими заболеваниями 40

Воронов В.А., Демиденко Д.Ю., Левин С.В., Левина Е.А., Артюшкин С.А., Дудучан А.А.

2. Влияние интраназального введения рекомбинантного интерферона $\alpha 2b$ на состояние слизистой оболочки носа у больных хроническим полипозным риносинуситом 42

Безрукова Е.В., Кравченко Э.В., Галеев Р.Ф., Пащин А.Н.

3. Дислипидемия как фактор развития тугоухости 44

Кузьмин Д.В., Пащин А.Н., Фионова Т.В.

4. Опыт использования слуховых аппаратов у пациентов с ушным шумом 46

Бобошко М.Ю., Бердникова И.П., Мальцева Н.В., Пащинин А.Н., Беличева Э.Г.

5. Особенности течения коронавирусного вестибулярного нейронита 49

Воронов В.А., Демиденко Д.Ю., Левин С.В., Левина Е.А., Артюшкин С.А., Дудучан А.А.

Раздел VI Сердечно-сосудистая хирургия

1. Тромбозы в структуре хирургических осложнений COVID-19 51

Линец Ю.П., Артюхов С.В., Казанцев А.Н., Зайцева Т.Е., Чикин А.Е., Рошковская Л.В.

2. Экстренная сосудистая хирургия в условиях коронавирусного стационара 53

Линец Ю.П., Артюхов С.В., Казанцев А.Н., Зайцева Т.Е., Чикин А.Е.



Раздел VII Хирургия

- 1. Возможности эндовидеохирургии в лечении ущемленных грыж брюшной стенки** **55**
Козобин А.А., Сизуа Б.В., Чернышев Д.А., Пузанов С.Ю., Погосян Г.С.
- 2. Опыт видеоассистированных вмешательств на толстом кишечнике у пациентов с впервые выявленными осложненными злокачественными заболеваниями на базе хирургического отделения №3** **57**
Чернышев Д.А., Пузанов С.Ю., Румянцев И.П., Боб Я.А.
- 3. Опыт применения малоинвазивных (эндовидеохирургических) технологий при операциях на селезенке** **59**
Пузанов С.Ю., Румянцев И.П., Александров А.И., Кощев А.В.
- 4. Особенности диагностики и хирургического лечения пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью** **61**
Сизуа Б.В., Петров С.В., Каландарова Д.Х., Котков П.А., Ефимов А.Л.
- 5. Оценка риска ущемления послеоперационных вентральных грыж** **64**
Сизуа Б.В., Козобин А.А., Вовк А.В., Погосян Г.С.
- 6. Первый опыт дренирования жидкостных скоплений брюшной полости под ультразвуковой навигацией** **66**
Чернышев Д.А., Пузанов С.Ю., Еремин Ю.А., Кощев А.В., Балаев М.Н.
- 7. Преимущества оригинальной балльно-прогностической шкалы оценки тяжести распространенного перитонита** **66**
Сизуа Б.В., Петров С.В., Игнатенко В.А., Котков П.А.
- 8. Применение синтетических имплантатов в антирефлюксной хирургии** **68**
Пузанов С.Ю., Еремин Ю.А., Тарбаев И.С.

9. Радикальное хирургическое лечение больных с опухолевыми заболеваниями панкреатодуоденальной зоны **72**

Сигуа Б.В., Земляной В.П., Гуляев А.В., Цикоридзе М.Ю., Захаров Е.А.

10. Роль и место эндовидеохирургии в лечении острой тонкокишечной непроходимости **74**

Чернышев Д.А., Пузанов С.Ю., Шустов В.В.

11. Совершенствование методики лапароскопической декомпрессии стеноза чревного ствола **78**

Чернышев Д.А., Пузанов С.Ю., Румянцев И.П., Васильченко В.А.

12. Современные возможности лечения гинекомастии в многопрофильном стационаре **80**

Чернышев Д.А., Пузанов С.Ю., Румянцев И.П., Геращенко Я.Л.

13. Формы острого аппендицита у пациентов в инфекционном стационаре **83**

Земляной В.П., Мельников В.А., Летина Ю.В., Нахумов М.М.

Раздел VIII Эпидемиология

1. Тестирование персонала на SARS-CoV-2 как мера предотвращения заноса коронавирусной инфекции в медицинскую организацию **85**

Чернякова Е.В.



Раздел I Бактериология

Особенности бактериальной флоры у больных COVID-19

Дмитриев Кирилл Александрович (ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера)

Соловьева Наталья Сергеевна (ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России)

Краева Людмила Александровна (ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова)

Лялина Людмила Владимировна (ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Ключевые слова: пневмонии, антибиотикорезистентность, COVID-19.

Актуальность. Пневмонии вирусной этиологии нередко протекают с присоединением вторичной бактериальной инфекции. Знание основных микробных патогенов и их профилей резистентности позволяет выработать тактику лечения пациентов со средней и тяжелой формой течения заболевания.

Цель исследования. Изучение этиологической структуры и антибиотикорезистентности возбудителей вторичных бактериальных пневмоний у пациентов с COVID-19.

Методы исследования. Проанализированы результаты бактериологического посева мокроты 104 пациентов с диагнозом COVID-19 за период с мая по июль 2020 г. Диагноз устанавливался с учетом клинико-инструментальных и лабораторных исследований. Для выявления РНК SARS-CoV-2 использовали набор реагентов «ОТ-ПЦР-РВ-SARS-CoV-2» производства компании СИНТОЛ. Бактериологическому исследованию подвергался биологический материал из нижних дыхательных путей: мокрота и промывные воды бронхов. Определение чувствительности выделенных бактерий к антибиотикам осуществляли диско-диффузионным методом. Категории чувствительности изолятов ко всем препаратам определяли в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями «Определение чувствительности микроорганизмов к antimикробным препаратам» (Вер. 2015-02) и Методическим документом (EUCAST, 2020). Для контроля качества использовали штаммы *Escherichia coli* ATCC 25922 и *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853.

Результаты. В 44 (42,3%) случаях COVID-19 сопровождалась бактериальной пневмонией. При этом в 36 случаях (81,8%) выделен один бактериальный возбудитель, в 8 случаях (18,2%) – вирусная пневмония протекала с присоединением микробных ассоциаций. Чаще всего (50%) в виде ассоциаций встречались *Klebsiella pneumoniae* и *Staphylococcus aureus*. Всего было выделено 57 клинически значимых штаммов от

пациентов. Доминирующими микроорганизмами были *Klebsiella pneumoniae* (20 изолятов), *Staphylococcus aureus* (8), *Enterococcus faecalis* (5). Из группы неферментирующих грамотрицательных бактерий (НГОБ) было выявлено по 4 штамма *Pseudomonas aeruginosa* и *Acinetobacter spp.*, а также 3 штамма *Stenotrophomonas maltophilia*.

Полученные изоляты *K. pneumoniae* обладали высоким уровнем устойчивости к антимикробным препаратам. Более 50% штаммов были резистентны к фторхинолонам (80%), цефалоспорином 1-4 (65-80%) поколения, азтреонаму (50%), меропенему (50%), а также цефоперазон/сульбактаму (50%). Низкий уровень резистентности был выявлен к амикацину (10%), имипенему (30%) и тигециклину (10%). Было обнаружено 6 полирезистентных (MDR) и 5 экстремально резистентных (XDR) изолятов *K. pneumoniae*. Было выявлено 3 штамма MRSA. Все штаммы *S. aureus* были чувствительны к рифампину, ванкомицину и линезолиду. Среди НГОБ установлено 2 XDR штамма *A. baumannii*, выявленных от одного пациента. Остальные неферментирующие бактерии не обладали фенотипом резистентности и были чувствительны ко всем тестируемым антимикробным препаратам.

Выводы. В более 40% случаев новая коронавирусная инфекция протекала с присоединением вторичной бактериальной пневмонии. В 35 % случаев бактериальная пневмония была обусловлена *K. pneumoniae*. Препаратами выбора для терапии грамотрицательных возбудителей являются амикацин, имипенем и тигециклин. Среди грамположительных возбудителей доминирующим был *S. aureus*, штаммы которого были чувствительны к ванкомицину и линезолиду. Отмечается высокая частота встречаемости полирезистентных и экстремально резистентных штаммов, затрудняющих выбор стартовой антибактериальной терапии.



Раздел II Гастроэнтерология

Воспалительные заболевания кишечника и COVID-19: анализ открытых данных международного регистра

Успенский Юрий Павлович (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Иванов Сергей Витальевич (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Фоминых Юлия Александровна (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России)

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, новая коронавирусная инфекция, COVID-19

Актуальность и цели. Данные о влиянии COVID-19 на течение воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), к числу которых относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), ограничены, в частности, недостаточно эпидемиологических данных о влиянии иммуносупрессивной терапии на риски, связанные с эпидемией COVID-19. Целью исследования является оценка особенностей исходов COVID-19 у пациентов с ВЗК в разрезе возраста, получаемой терапии и коморбидности.

Материалы и методы. Проведен анализ открытых данных международного регистра, предназначенного для оценки случаев заболеваний COVID-19 у пациентов с ВЗК «Surveillance Epidemiology of Coronavirus Under Research Exclusion» (SECURE-IBD), размещенного по адресу www.covidibd.org. По состоянию на 03.11.2020 в регистр были включены 2 917 пациентов с ВЗК из 61 страны (56% – БК, 44% – ЯК и недифференцированный колит).

Результаты. Из общего числа пациентов, включенных в регистр, 44% имели обострение заболевания, 22% пациентов были госпитализированы по поводу COVID-19. Резльтирующими показателями были: необходимость лечения в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), потребность в искусственной вентиляции легких (ИВЛ), летальный исход. Основным показателем являлась комбинированная конечная точка (ККТ), включающая факт нахождения в ОРИТ, потребность в ИВЛ и летальные исходы. Был выявлен тренд роста частоты развития ККТ в зависимости от количества сопутствующих заболеваний (частота ККТ составила 2% при отсутствии коморбидной патологии, 8% – при одном сопутствующем заболевании, 19% – при двух, 38% – при трех и более сопутствующих заболеваниях). Также выявлен тренд

роста частоты развития ККТ в зависимости от возраста: для пациентов в возрасте от 10 до 49 лет частота ККТ колебалась в пределах от 0 до 3%, для возрастной группы 50-59 лет она составила 9%, для 60-79 лет – 18-20%, для возраста от 80 лет и старше – 26%. В разрезе проводимой базисной терапии ВЗК наибольшая частота ККТ отмечена в группе пациентов, получавших пероральные и парентеральные глюкокортикостероиды (19%), наименьшая частота ККТ – в группе пациентов, получавших генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ) антагонистами интерлейкинов-12/23 (2%) и ингибиторами фактора некроза опухоли альфа без сопутствующей терапии цитостатиками (2%), несколько выше частота ККТ была в группе пациентов, получавших монотерапию метатрексатом (4%). Использование препаратов 5-аминосалициловой кислоты, будесонида, цитостатиков, антиинтегриновых препаратов ГИБТ сопровождалось сходной частотой развития ККТ (7-9%). Использование ингибиторов янус-киназ и ингибиторов фактора некроза опухоли альфа в сочетании с цитостатиками сопровождалось равной частотой развития ККТ 5%.

Заключение. В настоящее время наиболее высокий риск неблагоприятного течения инфекции COVID-19 у пациентов с ВЗК зафиксирован для терапии системными глюкокортикостероидами, при этом не получено данных о потенциальных негативных эффектах лечения препаратами ГИБТ в отношении риска неблагоприятного течения инфекции COVID-19. Рост частоты неблагоприятного течения данной инфекции у пациентов с ВЗК, как и в общей популяции, наблюдается с повышением возраста пациентов и с увеличением количества сопутствующих заболеваний.



Динамика соматических и полиморбидных психических расстройств у пациентов с сочетанием функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника на фоне лечения колофортом: результаты собственного исследования

Мирзоев Олимбек Саидбекович (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Ключевые слова: сочетанные функциональные заболевания органов пищеварения, функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, дистресс, депрессия, тревога, соматизация, опросник «7х7», 4ДДТС, колофортом.

Актуальность исследования: Известно, что функциональные заболевания органов пищеварения (ФЗОП) могут носить сочетанный характер: нередко у пациентов с функциональной диспепсией (ФД) выявляют клинические признаки других ФЗОП, в частности синдрома раздраженного кишечника (СРК), дисфункцию сфинктера Одди, функциональную изжогу. Так, у 2/3 больных с СРК имеются симптомы, относящиеся к ФД и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. Такое сочетание заболеваний получило название синдрома перекреста (overlap-syndrome), значительное внимание которому было уделено при обсуждении Римского консенсуса IV (2016 г.).

Цель исследования: изучение эффективности терапии препаратом Колофортом пациентов с сочетанием СРК и ФД на фоне полиморбидных психических расстройств (дистресса, депрессии, тревоги и соматизации)

Пациенты и методы: В исследовании приняли участие 56 пациентов, из них 44 женщины и 12 мужчин в возрасте от 21 до 48 лет (средний возраст составил $36,36 \pm 6,42$ года) с диагнозом «Синдром раздраженного кишечника» (Код по МКБ: К 58) и «Функциональная диспепсия» (Код по МКБ: К 30), установленными в соответствии с Римскими критериями IV пересмотра и Клиническими рекомендациями РГА.

Пациенты заполняли 2 опросника: «7х7» – шкала оценки 7 основных клинических симптомов СРК и ФД за 7 дней; 4ДДТС – четырехмерный опросник симптомов дистресса, депрессии, тревоги и соматизации. Согласно протоколу исследования опросники заполнялись до начала лечения, а также на 14-й и 28-й день терапии. Всем пациентам проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование, включая морфологическое исследование слизистой толстой кишки (при СРК с диареей), для исключения органической патологии.

Препарат колофортом получали 56 больных с сочетанием ФД и СРК (далее сочетанные функциональные заболевания – СФЗ), 2 раза в сутки по 1-2 таблетки на один прием. Одновременно пациенты могли получать стандартную симптоматическую терапию, включающую спазмолитик, осмотическое слабительное и противодиарейные препара-

ты (в зависимости от типа СРК). Дальнейшая продолжительность курса лечения определялась врачом на основании зарегистрированных показаний, общего клинического впечатления и субъективной переносимости лечения пациентом. Все больные, включенные в исследование, подписали форму информированного согласия.

Результаты. На фоне лечения Колофортом выявлена отчетливая положительная динамика по данным опросника «7 x7». Так, до лечения средний суммарный балл по нему составлял $17,7 \pm 3,6$, что свидетельствует о наличии умеренно выраженных нарушений в группе СФЗ. Через 14 дней терапии он снизился до уровня середины легких расстройств – $10,3 \pm 2,5$ балла ($p < 0,0001$), а через 28 достиг уровня нижней границы легких расстройств – $7,6 \pm 1,5$ балла ($p < 0,0001$). На 28 день лечения Колофортом по сравнению с исходным уровнем на 10,7 % увеличилась доля пациентов без симптомов СРК и ФД. При этом важно отметить, что через 28 дней терапии не было отмечено пациентов с тяжелыми нарушениями (25 баллов и более), а также наблюдалось увеличение доли пациентов с легкими (7-12 баллов) и пограничными (2-6 баллов) уровнями расстройств (соответственно на 25 и 21,4%)

Анализ четырехмерного опросника 4 ДДТС На фоне лечения колофортом зафиксировано снижение среднего балла по дистрессу с $15,4 \pm 4,7$ – в начале терапии до $8,1 \pm 6,2$ и $4,1 \pm 5,5$ балла – на 14-й и 28-й день терапии. Доля больных с отсутствием дистресса возросла на 49,9% и составила 89,3%, на 29,3% снизилось число больных с умеренным дистрессом и на 20,6 % – со значительным. Изменения (по сравнению с исходным уровнем) были статистически значимыми как на 14-й, так и на 28-й день лечения ($p < 0,0001$), а также на 28-й по сравнению с 14-м днем ($p < 0,0001$).

До начала лечения средний балл показателя депрессии составлял $1,1 \pm 1,6$. На 14-й и 28-й день терапии отмечалось снижения среднего уровня депрессии до $0,7 \pm 1,2$ и $0,6 \pm 1,6$ балла, что указывало на положительную клиническую динамику. Кроме того, на 28-й день терапии на 21,4% увеличилась доля пациентов без депрессии (до 94,6%), а также на 17,9% уменьшилась доля больных с умеренным (до 1,7%) и на 3,4% со значительным уровнем депрессии (до 3,7%). Снижение уровня депрессии на 14-й и 28-й день терапии по сравнению с периодом до лечения статистически значимое ($p < 0,0001$ и $p = 0,003$), при этом не было выявлено статистически значимых различий в уровне депрессии на 28-й день лечения по сравнению с 14-м днем ($p = 0,2$).

До начала лечения средний балл показателя тревоги по составлял $6,6 \pm 6,9$. Через 14 и 28 дней лечения Колофортом средний уровень тревоги в группе снизился и составил $2,8 \pm 4,5$ и $1,3 \pm 3,4$ балла соответственно. На 28-й день терапии доля пациентов без тревоги возросла на 32,0% и составила 96,3% ($n = 54$), на 8,9% уменьшилась доля пациентов с умеренно выраженной тревогой, на 23,1% - со значительно выраженным уровнем. Снижение уровня тревоги на 14-й и на 28-й дни лечения по сравнению с исходными данными, а также на 28-й день терапии по сравнению с 14-м днем оказалось



статистически достоверным (соответственно $p < 0,0001$; $p < 0,0001$ $p < 0,0001$).

До начала лечения средний балл по показателю соматизации составил $15,6 \pm 7,6$. На 14-й и 28-й день лечения ($n=56$) Колофортом уровень соматизации уменьшился и составил, соответственно, $8,0 \pm 5,5$ и $5,9 \pm 4,6$ балла. К 28 дню терапии доля пациентов с отсутствием соматизации возросла на 53,9% и составила 93% ($n=52$), также на 37,1% (до 5,2%) снизилась доля пациентов с умеренной и на 18,6% (до 0%) – со значительной соматизацией. Снижение уровня соматизации на 14-й и 28-й день терапии по сравнению и исходными данными, а также на 28-й день терапии по сравнению с 14-м днем оказалось статистически достоверным (соответственно $p < 0,0001$; $p < 0,0001$ $p < 0,0001$).

Заключение:

1. Колофорт эффективно купирует гастроэнтерологические (соматические) симптомы, достоверно уменьшая частоту и выраженность таких жалоб, как боль, чувство жжения и переполнения в эпигастрии, чувство раннего насыщения, боль в животе перед опорожнением, вздутие живота, нарушение частоты и консистенции стула.

2. Терапия Колофортом приводит к достоверному снижению уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации.



МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДУОДЕНОГASTРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Успенский Юрий Павлович (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Гнутов Александр Александрович (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, фиброоптическая спектрофотометрия билирубина, суточная импеданс-рН-метрия.

Актуальность: заболеваемость аденокарциномой пищевода неуклонно растет, в то время как пятилетняя выживаемость пациентов с данным заболеванием не превышает 15%. Основными факторами риска аденокарциномы пищевода являются гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и формирование пищевода Барретта, при этом особое значение рядом исследователей отводится роли дуоденогастроэзофагеального рефлюкса (ДГЭР). Предполагается, что дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс играет важную роль в развитии данной патологии, что подтверждается на животных моделях, в которых воздействие желчи на пищевод путем прямой перфузии или тотальной гастрэктомии с эзофагоенуальным анастомозом приводит к формированию рефлюкс-эзофагита, пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода. ДГЭР может быть подтвержден с помощью следующих методик: фиброоптическая спектрофотометрия билирубина, фиброгастроудоденоскопия (ФГДС) с аспирацией гастроэзофагеального содержимого, холесцинтиграфия и суточная импеданс-рН-метрия.

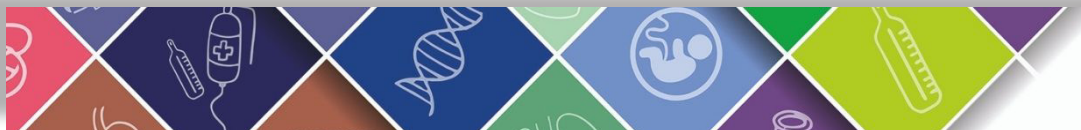
Фиброоптическая спектрофотометрия билирубина. Фиброоптическая спектрофотометрия билирубина основана на принципе поглощения света определенной длины волны билирубином. Головка зонда содержит два светодиода; один синий (излучающий свет длиной волны 470 нм, что соответствует пику поглощения билирубина) и контрольный зеленый диод (565 нм). Излучаемый диодом свет отражается белым колпачком из поливинилхлорида и возвращается на фотодиод в проксимальной головке зонда. В случае, если в рефлюксате присутствует билирубин, он, попадая в щель между излучающим и поглощающим светодиодом, поглощает синий свет. Таким образом, измеряя разницу в поглощении между двумя излучаемыми длинами волн, прибор определяет концентрацию билирубина в рефлюксате. Зонд вводится трансназально в дистальный отдел пищевода, на 5 см выше уровня нижнего пищеводного сфинктера, натощак, исследование длится в течение суток. На протяжении времени исследования необходимо рекомендовать пациенту придерживаться так называемой «белой» диеты, позволяющей избежать помех от окрашенной пищи или напитков. Данное исследование позволяет судить о наличии ДГЭР, длительности экспозиции,

концентрации билирубина в дистальном отделе пищевода. Тем не менее, клиническое применение данной методики остается ограниченным, за счет влияния на показатели рН рефлюксата, необходимости соблюдения пациентом строгой диеты во время исследования и высокой стоимости оборудования.

ФГДС с аспирацией гастроэзофагеального содержимого. ФГДС позволяет проводить визуальную оценку слизистой оболочки пищевода и желудка, выполнять биопсию тканей. К эндоскопическим признакам ДГЭР относятся наличие желчи в желудке, эритема слизистой оболочки желудка, утолщение складок желудка, а также наличие эрозий. При выполнении биопсии слизистой оболочки желудка, также возможно получение данных, косвенно свидетельствующих о наличии ДГЭР: фовеолярная гипертрофия, кишечную метаплазия и острое или хроническое воспаление. Так как вышеописанные признаки не являются специфичными в отношении ДГЭР, возможно выполнение аспирации содержимого пищевода и желудка с последующим определением концентрации желчных кислот. Клиническое применение данного метода ограничивает периодический характер ДГЭР.

Динамическая сцинтиграфия гепатобилиарной системы (холесцинтиграфия). Холесцинтиграфия является методом оценки функционального состояния желчевыделительной системы, позволяющая визуализировать поступление желчи через желчевыводящие пути в двенадцатиперстную кишку, а также дуоденогастральные и дуоденогастроэзофагальные рефлюксы. Исследование выполняется натощак и занимает 1,5–2 часа. Для повышения диагностической ценности данного метода применяются желчегонные завтраки или введение холецистокинина. Холесцинтиграфия является неинвазивным исследованием, достаточно чувствительным для выявления ДГЭР. Однако, выявление ДГЭР при данном методе обследования может быть затруднено в связи с перекрытием изображения анатомическими структурами, в особенности при близком расположении антрального отдела желудка к левой доле печени и двенадцатиперстной кишке. По данным холесцинтиграфии нет возможности оценить объем и состав рефлюксата. Как и в случае с ФГДС с аспирацией гастроэзофагеального содержимого, периодический характер ДГЭР ограничивает клиническое применение данного метода.

Суточная импеданс-рН-метрия. Суточная импеданс-рН-метрия выполняется с помощью зонда, на котором расположено несколько электродов для определения импеданса и рН-датчики, что позволяет детально охарактеризовать эпизоды гастроэзофагеального рефлюкса, включая состав (воздух, жидкость или смесь), проксимальную протяженность, время клиренса пищевода, а также кислотность болюса - кислый, в случае если $\text{pH} < 4$, слабокислый, если pH от 4 до 7, и слабощелочной, если $\text{pH} > 7$. Зонд вводится натощак трансназально, при этом один из датчиков рН должен быть установлен на уровне 5 см выше верхней границы нижнего пищеводного сфинктера. После установки зонда пациента инструктируют о необходимости регистрации приемов пищи, симптомов, периодов положения лежа, приема препаратов. Исследование



выполняется амбулаторно, пациент ведет нормальную повседневную деятельность. Однако, данные о pH и импедансе болюса не позволяют судить о наличии в просвете пищевода желчи или желчных кислот. Так, в исследовании, в котором пациентам с рефрактерной формой ГЭРБ и пациентам с атипичной симптоматикой ГЭРБ одновременно выполняли суточную импеданс-pH-метрию и фиброоптическую спектрофотометрию, было показано, что «некислый» рефлюкс, выявляемый при импеданс-pH-метрии, и ДГЭР представляют собой два разных феномена.

Выводы: наиболее информативным методом, позволяющим выявлять ДГЭР, определять концентрацию билирубина в просвете пищевода, является фиброоптическая спектрофотометрия билирубина. Тем не менее, с учетом того, что у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью большая часть симптомов ассоциирована с кислыми гастроэзофагеальными рефлюксами, регистрация которых невозможна при билиметрии, наиболее перспективно сочетанное использование фиброоптической спектрофотометрии билирубина и суточной импеданс-pH-метрии.



Отдаленные последствия лапароскопической холецистэктомии

Успенский Юрий Павлович (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Фоминых Юлия Александровна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Наджафова Кямаля Низамитдиновна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Вовк Андрей Владиславович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Кизимова Ольга Александровна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром, повторные госпитализации.

Актуальность проблемы: Заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в мире постоянно растет. По данным разных авторов ЖКБ страдают 10-20% людей трудоспособного возраста. Несмотря на значительный опыт выполнения, хирургическое лечение далеко не всегда приводит к полному излечению, и более 40% пациентов не отмечают облегчения симптомов после вмешательства. Кроме того у 80% пациентов наблюдается бессимптомное течение ЖКБ. У таких пациентов часто жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта появляются впервые именно после выполнения холецистэктомии. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) – полиэтиологический синдром, включающий и органические, и функциональные причины, по данным разных авторов распространенность синдрома среди пациентов, перенесших холецистэктомию, составляет 4,3-80 %.

Цель исследования: изучить структуру повторных госпитализаций в стационар пациентов, которым выполнялась холецистэктомия.

Методы исследования: выполнен анализ архивных историй болезней пациентов СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» за период с января 2017 по апрель 2019 гг. Для анализа были отобраны истории болезни пациентов, которым в стационаре в ука-

занный период выполнялась лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ, и которые в последующем были повторно госпитализированы в стационар с жалобами на абдоминальную боль и диспепсию. По историям болезни были анализированы следующие данные: возраст и пол больных, жалобы при поступлении, данные лабораторных исследований (клинический анализ крови, биохимические показатели), данные инструментальных исследований (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС), данные протокола оперативного вмешательства, сроки и причины повторного обращения в стационар. Исходные данные анализировались и при повторном обращении.

Результаты: анализировано 38 историй болезни пациентов, средний возраст пациентов составил 57 лет. В гендерном соотношении преобладали женщины: 28 женщин (74%) и 10 мужчин (26%). Лапароскопическая холецистэктомия являлась экстренной в 21 (55%) случае, в 17 (45%) случаях – плановой. Все пациенты получали предоперационную антибактериальную терапию Цефтриаксоном внутривенно капельно. 2 пациентам интраоперационно также выполнялась ретроградная холангиопанкреатография с последующим удалением камней. Интраоперационные осложнения в виде излития желчи в брюшную полость наблюдались лишь в 1(3%) случае. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 пациентов (8%): у 1 – нагноение послеоперационной раны, у 1 – гематома послеоперационного рубца, у 1 – перитонит.

За период наблюдения, составивший в общем 28 месяцев, повторные госпитализации в данной группе больных произошли в сроки от 1 недели до 23 месяцев после операции. Подавляющее большинство госпитализировались повторно с диагнозом «Хронический панкреатит» – 33 пациента, у 1 диагностирована стриктура терминального отдела холедоха. 2 пациента госпитализированы с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 2 – с СРК без диареи.

Также нами оценивались признаки дисфункции сфинктера Одди (ДСО). Признаки оценивались по имеющимся в историях болезни клиническим, лабораторным и инструментальным данным при первичном обращении до холецистэктомии, а также после холецистэктомии при повторной госпитализации. К билиарному типу ДСО отнесены больные с болью в правом подреберье, у которых повышены АЛТ, АСТ, а также пациенты с расширенным желчным протоком. К панкреатическому типу ДСО отнесены больные панкреатитом, жалующиеся на боль опоясывающего или диффузного характера, имеющие повышенный уровень амилазы крови.

До оперативного вмешательства признаки ДСО у пациентов не оценивались ввиду наличия холелитиаза. При повторной госпитализации после холецистэктомии число пациентов с признаками ДСО составило 17 человек (45%). Из них признаки билиарной дисфункции выявлены у 12 больных, панкреатической дисфункции – у 5 больных.



Полученные данные показали, что подавляющее большинство пациентов (87%), госпитализированных повторно после холецистэктомии, пребывали в стационаре с диагнозом «Хронический панкреатит». При этом признаки ДСО выявлены у 45% пациентов. Четкое разграничение ДСО других причин развития панкреатита представляет определенные трудности. В условиях стационара часто эта проблема остается недооцененной.

Выводы: проблема отдаленных последствий холецистэктомии остается весьма дискуссионной, как и само определение термина «постхолецистэктомический синдром». Для предотвращения неблагоприятных последствий хирургического лечения ЖКБ нужно учитывать факторы риска, имеющиеся у больного, чтобы проводить профилактику ПХЭС. В случаях дооперационной диагностики патологии органов пищеварения, их адекватная медикаментозная коррекция также будет служить мерой профилактики ПХЭС. Недостаточная диагностика ДСО связана, в том числе, с ограниченным применением золотого стандарта диагностики данной патологии – эндоскопической манометрии, которую необходимо проводить совместно с дуоденоскопией в динамике пациентам с подозрением на ПХЭС.

Даже успешно проведенная холецистэктомия при ЖКБ зачастую не означает, что пациент избавился от проблемы полностью и не нуждается в медикаментозной поддержке. В основе терапии таких пациентов лежит комплексный подход: купирование боли, нормализация химического состава желчи, восстановление проходимости и сократительной способности желчевыводящих путей, обеспечение нормального поступления желчи в двенадцатиперстную кишку и коррекция давления в ее просвете, нормализация моторики кишечника. Эффективная фармакотерапия должна адекватно компенсировать все те сложные патофизиологические изменения, которые лежат в основе ПХЭС.



Открытое, проспективное, сравнительное исследование моторно-эвакуаторной функции кишечника в параллельных группах у пациентов с метаболическим синдромом

Фоминых Юлия Александровна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Горбачева Ирина Анатольевна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Успенский Юрий Павлович (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Соусова Яна Вячеславовна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Гулунов Заурбек Хазбиевич (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Наджафова Кямаля Низамитдиновна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Ключевые слова: метаболический синдром, двигательная функция кишечника, неалкогольная жировая болезнь печени, неалкогольная жировая болезнь поджелудочной железы.

Актуальность проблемы: в настоящее время значительное количество медицинских публикаций посвящено описанию ассоциированной с МС гастроэнтерологической патологии, в частности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, неалкогольной жировой болезни печени и поджелудочной железы.

Цель исследования: оценить течение и динамику МС и ассоциированной с ним патологии со стороны сердечно-сосудистой, эндокринологической и гастроэнтерологической систем в ходе проспективного наблюдения пациентов с МС в параллельных группах в зависимости от двигательных расстройств кишечника.

Методы исследования: исследование проводилось в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в период с 2013 г. по 2018 г. Данные физикального обследования оце-

нивались по показателям массы тела, ИМТ, окружности живота, талии и индекс соотношения окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ). Первичная оценка моторно-эвакуаторной функции кишечника пациентов с МС осуществлялась при помощи специально разработанного опросника, в дальнейшем на протяжении 2 лет каждые 6 месяцев проводился повторный опрос респондентов в целях оценки клинического течения МС. Полученные данные были обработаны в программах StatSoft Statistica 10.

Результаты: количество наблюдаемых пациентов составило 377 человек с установленным МС, средний возраст которых составил $48,7 \pm 11,6$ лет (от 29 до 70 лет). Отсутствие нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника имело место у 136 обследованных – группа «Норма», двигательные расстройства по типу запоров отмечались у 115 пациентов – группа «Констипация» и у 126 больных выявлялось нарушение стула по типу поносов – группа «Диарея». Пациенты группы «Диарея» были в среднем на 4 года моложе и имели сравнительно более высокие показатели ИМТ, окружности талии и живота, а также индекса отношения ОТ/ОБ.

В начале включения в исследование у респондентов группы «Диарея» было выявлено преобладание случаев артериальной гипертензии (94,4% против 80,0-83,1% в группах «Констипация» и «Норма», $p < 0,01$) и повышения уровня триглицеридов (79,4% против 34,8-39,7% в группах «Констипация» и «Норма», $p < 0,001$). Повышение липопротеидов низкой плотности и понижение липопротеидов высокой плотности в исследуемых группах имело место примерно у трети пациентов (28,0% и 30,4%). Нарушение толерантности к глюкозе выявлялось примерно в половине случаев (46,9%) и около трети больных имели сахарный диабет (35,5%). Неалкогольная жировая болезнь печени значительно реже встречалась у обследованных в группе «Норма» (39,7%) в сравнении с пациентами группы «Диарея» и «Констипация» (83,3% и 99,2% соответственно). Неалкогольная жировая болезнь поджелудочной железы диагностирована у всех представителей группы «Диарея» (в 100% случаев), только у четверти представителей группы «Норма» (26,5%) и практически отсутствует в группе «Констипация» – только 13,0%.

В ходе двухлетнего проспективного наблюдения за клиническим течением МС и развитием ассоциированной патологии получены следующие данные: ведущее место по частоте и скорости возникновения принадлежало стенокардии напряжения (72 случая, в среднем у 19,1% пациентов) и хронической сердечной недостаточности (75 случаев, в среднем у 19,9% пациентов). Нарушения сердечного ритма встречались в среднем у 13,2% и острые нарушения мозгового кровообращения – у 8,0% всех опрошенных. Неалкогольная жировая болезнь печени была выявлена у пациентов всех групп наблюдения и в среднем встречалась в 5,1% случаев. У 4,3% лиц, распределённых в группы «Норма» и «Констипация», диагностирована неалкогольная жировая болезнь поджелудочной железы. Расстройства стула по типу запоров развились только у пациентов в группе «Норма» (в 16,2% случаев). Напротив, вариант нарушений по типу поносов наблюдался лишь в группе «Констипация» (в 9,6% случаев).



Выводы: больные группы «Диарея» характеризовались более тяжелой степенью ожирения и ранней манифестацией МС. Несмотря на то, что сердечно-сосудистые осложнения имели место у всех обследованных лиц, такие острые состояния, как инфаркт миокарда и инсульт чаще возникали именно в данной группе пациентов. С течением времени у всех респондентов с МС наблюдалось развитие и прогрессирование патологии моторно-эвакуационной функции кишечника с изменением акта дефекации от запоров (констипаций) до поносов (диареи).

Психологический статус и качество жизни пациентов с метаболическим синдромом

Фоминых Юлия Александровна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Горбачева Ирина Анатольевна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Успенский Юрий Павлович (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Гулунов Заурбек Хазбиевич (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Соусова Яна Вячеславовна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

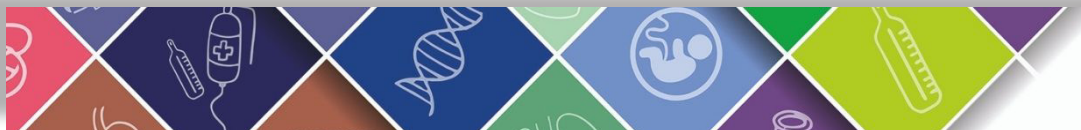
Наджафова Кямаля Низамитдиновна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Ключевые слова: метаболический синдром, психологический статус, депрессия, тревога, качество жизни.

Актуальность проблемы: распространенность метаболического синдрома (МС) в популяции составляет 20–40%. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2025г. ожидается увеличение частоты встречаемости МС до 50% среди населения земного шара. Учитывая хроническое длительное течение МС, стрессирующей необходимости менять образ жизни, соблюдению диеты, следует уделять особое внимание психоэмоциональному состоянию и качеству жизни пациентов данной категории.

Цель исследования: оценить тревожно-депрессивные расстройства, качество жизни пациентов с МС в зависимости от наличия или отсутствия моторно-эвакуаторных расстройств кишечника.

Методы исследования: на базе СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» проводилось комплексное обследование 502 больных с абдоминальным ожирением. В результате под наблюдением находилось 377 пациентов с установленным диагнозом МС в возрасте от 29 до 70 лет. Средний возраст больных составил 48,7±11,6 лет. Все пациенты по наличию или отсутствию моторно-эвакуаторных расстройств кишечника с нарушением



акта дефекации распределялись по возрасту и полу на 3 репрезентативные группы: 136 пациентов с отсутствием нарушений характера стула – группа «Норма»; 115 пациентов с нарушением стула по типу запоров – группа «Констипация»; 126 пациентов с наличием нарушений стула по типу поносов – группа «Диарея». Группы были клинически однородны по половому и возрастному составу.

Психологическое обследование пациентов включало индивидуальную беседу и последующее психологическое тестирование с помощью ряда стандартизированных опросников для количественной оценки изучаемых признаков: госпитальная шкала тревоги и депрессии (опросник HADS), шкала для оценки качества жизни SF-36. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10.

Результаты: исследуемые группы достоверно различались по следующим жалобам со стороны психоэмоциональной сферы: беспокойство/ тревога, чаще присущие представителям группы «Диарея» (в 41,3% случаев), чем опрошенным групп «Норма» (21,3%) и «Констипация» (23,5%); трудность сосредоточить внимание наиболее часто беспокоила представителей группы «Норма» (18,4%), чем респондентов групп «Констипация» (7,0%) и «Диарея» (9,5%); страх чаще встречался у представителей группы «Диарея» (15,9%), чем у пациентов групп «Норма» (6,6%) и «Констипация» (5,2%); а также состояние разбитости, чаще присутствовавшее у представителей группы «Норма» (34,6%), чем у обследованных групп «Констипация» (27,8%) и «Диарея» (13,5%). Значительное количество пациентов всех групп исследования беспокоили раздражительность (34,6-47,8%, в среднем в 42,3% случаев), пониженное настроение (19,0-21,3%, в среднем 20,1%), слезливость (13,5-20,0%, в среднем 17,3%), раннее пробуждение (19,1-29,4%, в среднем 23,0%), а также снижение либидо (14,0-22,2%, в среднем 17,0%), которые, вероятно, являются клиническими проявлениями депрессии.

Группы исследуемых значимо не различаются по показателям психологического статуса: тревожности ($p=0,5381$) и депрессии ($p=0,1101$). При этом субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) наблюдалась у 77 пациентов (20,4% обследованных): 13 (3,4%) – из группы исследования «Норма», 26 – «Констипация» (6,9%), 38 (10,1%) – «Диарея». В то время как клинически выраженная тревога (11 и более) определялась у 30 пациентов из выше указанных (у 7,9% исследуемых): 1 (0,3%) – из группы исследования «Норма», 5 (1,3%) – «Констипация», 24 (6,4%) – «Диарея». Субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов) наблюдалась у 66 пациентов (у 17,5% обследованных): 13 (3,4%) – из группы исследования «Норма», 39 (10,3%) – «Констипация», 14 (3,7%) – «Диарея»; среди них клинически выраженная депрессия (11 и более) была выявлена у 14 исследуемых (в 3,7% случаев), среди которых 1 (0,3%) - из группы «Норма», 12 (3,2%) - «Констипация» и 1 (0,3%) - «Диарея».

По данным опросника SF-36 у пациентов всех групп исследования отмечалось снижение качества жизни за счет показателей физического компонента: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье (в среднем $54,6 \pm 12,5$, $59,5 \pm 14,7$, $57,3 \pm 17,3$, $55,4 \pm 10,2$ соответственно).

Выводы: у больных МС с двигательными расстройствами кишечника с нарушением акта дефекации по типу запоров (группа «Констипация») наблюдается депрессия. Напротив, у лиц с моторно-эвакуаторными расстройствами кишечника с нарушением акта дефекации по типу поносов (группа «Диарея») наиболее часто определяется тревога. Причем в ряде случаев вышеуказанные изменения психологического статуса носят клинически выраженный характер. У пациентов с МС вне зависимости от наличия/отсутствия нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника страдает качество жизни в большей степени за счет показателей физического компонента здоровья.



Психологический статус пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне метаболического синдрома

Успенский Юрий Павлович, Гулунов Заурбек Хазбиевич, Соусова Яна Вячеславовна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, метаболический синдром, тревога, депрессия.

Актуальность проблемы: В настоящее время уделяется много внимания проблеме метаболического синдрома и ассоциированных с ним заболеваний. Среди ассоциированной гастроэнтерологической патологии интерес представляет гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. При этом влияние данных заболеваний на психоземotionalное состояние может оставаться на втором плане.

Цель работы: оценить психологический статус пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью при наличии метаболического синдрома.

Материалы и методы: на базе СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» согласно стандарту, утвержденному приказом No 722н МЗ РФ от 09 ноября 2012 г., обследовано 200 пациентов, средний возраст которых $51,92 \pm 13,95$ (от 21 года до 75 лет), 46% из них - мужчины. В качестве диагностических критериев, подтверждающих наличие МС, использовались критерии, разработанные экспертами Национальной образовательной программы по холестерину США (АТР III), Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома 2-го пересмотра (ВНОК). Для подтверждения диагноза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни проводилось эндоскопическое исследование и суточная 24-часовая рН-метрия. Для психологического обследования пациентов использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Полученные данные статистически обработаны в программе IBM SPSS Statistics 17.0.

Результаты: По результатам психологического обследования, полученных при использовании опросника HADS были получены следующие данные: субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) наблюдалась у 44 пациентов (22,0%): из них у 34 (17,0%) с метаболическим синдромом, у 10 (5,0%) – без метаболического синдрома. При этом клинически выраженная тревога (>11 баллов) была выявлена у 12 обследованных (6,0%): у 10 пациентов (5,0%) с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с метаболическим синдромом и у 2 пациентов (1,0%) без метаболического синдрома. При оценке шкалы депрессии среди пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне метаболического синдрома субклинически выраженная

депрессия (8-10 баллов) наблюдалась у 28 (14,0%), а среди пациентов без метаболического синдрома – у 4 (2,0%). Клинически выраженная депрессия (>11 баллов) среди них определена у 4 исследуемых (2,0%), при этом оба случая среди пациентов с метаболическим синдромом. При этом значимых различий в сформированных группах по показателям психологического статуса получено не было.

Заключение: полученные результаты демонстрируют тенденцию к более высокому уровню тревоги и депрессии среди пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью при наличии метаболическим синдрома.



Распределение диагностических критериев метаболического синдрома в зависимости от типа пищевого поведения

Успенский Юрий Павлович, Соусова Яна Вячеславовна, Гулунов Заурбек Хазбиевич (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России).

Ключевые слова: метаболический синдром, ожирение, пищевое поведение, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность, дислипидемия.

Актуальность проблемы: наличие метаболического синдрома (МС) по крайней мере в 2 раза увеличивает риск развития сердечно-сосудистой патологии – ведущей неинфекционной причины смертности населения в мире, что обуславливает необходимость всестороннего изучения данной проблемы. В основе каскада метаболических нарушений лежат ожирение и инсулинорезистентность (ИР), значимым предиктором формирования которых является патологическое пищевое поведение.

Цель работы: провести сравнительный анализ распределения диагностических критериев метаболического синдрома у пациентов в зависимости от варианта пищевого поведения.

Материалы и методы: обследовано 132 пациента в возрасте от 25 до 65 ($51,5 \pm 10,5$) лет, находившихся на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», доля мужчин и женщин в выборке составила 53% и 47% соответственно. В качестве диагностических критериев, подтверждающих наличие МС, использовались критерии, разработанные экспертами Национальной образовательной программы по холестерину США (АТР III), Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома 2-го пересмотра (ВНОК). Определение показателей липидного спектра проводилось в клинко-диагностической лаборатории СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» на биохимическом анализаторе «Cobas-6000» с использованием стандартных методов. Наличие нарушений пищевого поведения определялось на основании результатов анкетирования больных при помощи валидизированного опросника DEBQ. Полученные данные были статистически обработаны при помощи программы SPSS Statistics 17.0, сравнительный анализ проводился при помощи непараметрического критерия Краскела-Уоллеса (H) с последующим попарным сравнением сформированных групп путём применения критерия Манна-Уитни с учётом поправки Бонферрони.

Результаты: на основании данных DEBQ ограничительный тип питания выявлялся у 35 (26,5%) обследованных, доля лиц с эмоциогенным и экстернальным пищевым поведением составила 25,8% и 22,7% (34 и 30 больных соответственно). У 33 респон-

дентов (25,0% обследованных) не было обнаружено патологии пищевого поведения. Процент жировой массы тела и уровень глюкозы крови были выше у респондентов с эмоциогенным и экстернальным типом питания ($p=0,020$ и $p=0,002$ соответственно), при этом различия наблюдались на высоком уровне. При сравнительном анализе показателей липидного спектра более высокая концентрация липопротеинов низкой плотности ($p=0,001$) и триглицеридов ($p=0,036$) наблюдалась у больных с экстернальным вариантом пищевого поведения. Различий по уровню артериальной гипертензии и липопротеинов высокой плотности между обследованным не было обнаружено ($p>0,05$).

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о большей выраженности метаболических нарушений у пациентов с эмоциогенным и экстернальным вариантом пищевого поведения, исходя из этого можно предположить более клинически неблагоприятное течение МС у данной категории больных.



Раздел III Клиническая лабораторная диагностика

Ассоциация биохимических показателей с тяжестью течения коронавирусной инфекции в когорте стационарных пациентов города Санкт-Петербурга

Песковец Роман Дмитриевич (СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»)

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, маркеры воспаления, С-реактивный белок.

Актуальность. Изучение связи маркеров воспаления и показателей гемостаза с параметрами, характеризующими тяжесть течения коронавирусной инфекции (КВИ), представляет собой крайне актуальную проблему, решение которой может помочь оптимизировать методы патогенетической терапии данного заболевания.

Цель исследования: оценить связь маркеров воспаления и гемостаза с объемом поражения легочной ткани и степенью дыхательной недостаточности при коронавирусной инфекции в период развития заболевания.

Материалы и методы. В октябре – ноябре 2020г. было обследовано 36 пациентов (14 мужчин и 22 женщины) с подтвержденной коронавирусной инфекцией (КВИ), госпитализированных в Больницу Святого Георгия в период развития болезни. Всем пациентам при поступлении выполнялась компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК), результаты которой интерпретировались по стандартной методике, изложенной в версиях 8.1 и 9 временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению КВИ. Степень дыхательной недостаточности (ДН) оценивалась по данным пульсоксиметрии. Исследовали концентрации Д-димера, С-реактивного белка (СРБ) и ферритина. В исследование включались все лица старше 18 лет с подтвержденной методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) КВИ, имеющие КТ-признаки двусторонней интерстициопатии. Из исследования исключались лица с неподтвержденной КВИ; лица, не имеющие КТ-признаков двусторонней интерстициопатии, а также лица, имеющие проявления тяжелой ДН, требующей госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы SPSS 23.0. Поскольку во всех случаях распределения показателей были отличными от нормального (использовался критерий Шапиро-Уилка), в исследовании применен не-

параметрический U-критерий Манна-Уитни при парных сравнениях; количественные данные представлены в виде медианы (Me), нижнего (Q25) и верхнего (Q75) процентиля. Связь параметров оценивалась с использованием корреляционного анализа с расчетом корреляции по методу Спирмена. Критический уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимался равным 0,05 и менее.

Результаты и обсуждение. Медиана возраста обследуемых составила 69 (57 – 72) лет, мужчины и женщины были сопоставимы по возрасту: 66 (55 – 71) лет против 71 (57 – 73) лет, $p=0,253$. По степени ДН распределение лиц оказалось следующим: 33,3% не имели ДН, 50% имели ДН 1 степени, 16,7% - ДН 2 степени. Минимальный объем поражения легочной ткани по данным КТ ОГК (КТ-1) был отмечен среди 25% пациентов, среднетяжелое (КТ-2) и тяжелое (КТ-3) поражение имели 43,8% и 31,3% лиц соответственно. В соответствии с клиническими рекомендациями, 55,6% лиц характеризовались среднетяжелой формой КВИ, а у 44,4% отмечалась тяжелая форма заболевания. Все обследованные имели высокий уровень Д-димера $\geq 0,055$ мкг/мл, при этом мужчины превосходили женщин по концентрации данного показателя: 1,77 (0,86 – 4,40) мкг/мл против 1,23 (0,58 – 3,14) мкг/мл, $p=0,045$. Значительное 4-х кратное повышение уровня Д-димера ≥ 2 мкг/мл, было отмечено среди 42,9% мужчин и 36,4% женщин ($p=0,969$). Значимых различий по концентрациям СРБ и ферритина в зависимости от пола выявлено не было: 50 (8,5 – 142) мг/л против 103 (58,2 – 163,3) мг/л, $p=0,083$ и 970,4 (261 – 1621) нг/мл против 949 (759 – 1321) нг/мл, $p=0,962$ соответственно. По результатам исследования было выявлено, что среди пациентов с подтвержденной КВИ отмечалась статистически значимая положительная связь средней силы между концентрацией СРБ и степенью поражения легочной ткани по данным КТ ОГК ($r=0,462$, $p=0,015$), а также значимая отрицательная связь средней силы между уровнем СРБ и сатурацией ($r= -0,449$, $p=0,006$). Аналогичные ассоциации концентрации ферритина и Д-димера с заинтересованными показателями не прослеживались.

Таким образом, уровень СРБ при КВИ взаимосвязан с объемом поражения легочной ткани и десатурацией, однако невысокий уровень корреляционных связей между данными показателями не дает нам права судить о причинно-следственных взаимоотношениях. Между тем, по данным КТ ОГК у всех пациентов имели место только симптомы «матового стекла» и ретикулярные изменения. Иными словами, при поступлении в стационар КТ-признаки бактериальной инфекции у пациентов отсутствовали. Наше исследование еще раз подтверждает тот факт, что повышение С-реактивного белка при КВИ на ранней стадии, очевидно, не связано с присоединением бактериального компонента. Дальнейшее изучение механизмов развития поражения легочной ткани у таких пациентов позволит выявить новые маркеры воспаления, что позволит совершенствовать методы патогенетической терапии и протоколы лечения КВИ.

Выводы. Среди 36 госпитализированных пациентов с подтвержденной КВИ уровень С-реактивного белка связан с объемом поражения легочной ткани и сатурацией в период развития болезни.



Раздел IV Организация здравоохранения и общественное здоровье

Опыт реализации принципов рационального применения антимикробных препаратов в многопрофильном стационаре (программа СКАТ)

Новикова Анна Сергеевна (ГБУЗ Калининградской области «Центральная городская клиническая больница»)

Ключевые слова: антибиотикорезистентность, антимикробная терапия, стратегия контроля антимикробной терапии, СКАТ, AMRcloud , антибиотики.

Актуальность. Антибиотики – практически единственный класс лекарственных препаратов, применение которых в половине случаев является нерациональным и/или необоснованным. Широкое применение данного класса препаратов во всем мире привело к росту устойчивости микроорганизмов, что в свою очередь привело к снижению клинической эффективности терапии нозокомиальных инфекций, увеличению серьезных нежелательных реакций и расходов на оказание медицинской помощи за счет использования комбинаций менее безопасных и дорогостоящих антибиотиков. Информация о высоком уровне антибиотикорезистентности в стационаре определяет потребность в организации управления антимикробной терапией, в развитии системного подхода к качеству оказываемой медицинской помощи.

Цель. Оптимизация применения антибактериальных препаратов в стационаре, сдерживание антибиотикорезистентности микроорганизмов, обеспечение эффективной терапии пациентам с инфекционными заболеваниями с минимальными рисками возникновения нежелательных реакций.

Методы. Для эффективной работы по управлению антимикробной терапии чрезвычайно важным является взаимодействие между ее структурными элементами, в т.ч. и участие административного звена.

В 2019 г в ГБУЗ КО «ЦГКБ» был дан старт по интеграции программы по управлению антимикробной терапии. В первую очередь была организована мультидисциплинарная команда, включающая главного врача, госпитального эпидемиолога, микробиологическую службу и клинического фармаколога. Поэтапно выполнялись следующие задачи:

1. Организован сбор информации о свойствах микробной флоры в отделениях для мониторинга антибиотикорезистентности с использованием онлайн платформы AMRcloud.

2. Разработан и утвержден Формуляр антимикробных препаратов (АМП) с присвоением группы авторизации к каждому АМП.

Каждому АМП присвоена группа авторизации (категории ограничений):

«А» - АМП, которые врачи назначают в соответствии с профилем отделения и протоколами эмпирической АБТ;

«Б» - АМП, назначение которых согласуется с клиническим фармакологом

«В» - резервные АМП, назначение которых согласуется с клиническим фармакологом (в случае его отсутствия с заместителем главного врача) и утверждается врачебной комиссией (ВК).

3. Организован анализ назначений и потребления АБ в стационаре с обратной связью.

4. Обучение персонала принципам рационального применения АБП посредством организации периодических врачебных конференций.

5. Разработан Алгоритм назначения эмпирической антибактериальной терапии с учетом стратификации пациентов по риску антибиотикорезистентности.

6. Утверждены Протоколы эмпирической антибактериальной терапии наиболее актуальных инфекционно-воспалительных заболеваний в стационаре (инфекции нижних дыхательных путей, брюшной полости, кожи и мягких тканей, сепсис).

7. Утверждены Протоколы проведения периоперационной антибиотикопрофилактики при оперативных вмешательствах.

8. Организация консультативного сопровождения клиническим фармакологом пациентов с нозокомиальной инфекцией, при неэффективности эмпирической терапии, развитии нежелательных побочных реакций, а также пациентов с сепсисом.

9. Проведен сравнительный анализ потребления антибактериальных препаратов за период 2017-2019 г (DDD-анализ).

Результаты. На данный момент идет накопление информации для объективной оценки эффективности проводимых мероприятий по внедрению программы СКАТ в динамике с использованием критериев, таких как общее потребление антибиотиков (DDD/1000 койко-дней), частота встречаемости нозокомиальной инфекции, динамика структуры госпитальной микрофлоры.

Заключение. На сегодняшний день СКАТ является наиболее оптимальным инструментом для повышения качества использования антибактериальных лекарственных препаратов в стационаре. Ее эффективность напрямую зависит от слаженной командной работы с учетом потребностей ЛПУ, регулярного мониторинга результатов.



Особенности работы приемного отделения ковид-госпиталя: данные и факты

Гнеушева Екатерина Михайловна (ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №3» (Нижегородский гериатрический центр))

Романова Елизавета Сергеевна (ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №3» (Нижегородский гериатрический центр))

Туличев Александр Алексеевич (ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России)

Шакурова Дина Нурисламовна (ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №3» (Нижегородский гериатрический центр))

Гринькова Лиана Васильевна (ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №3» (Нижегородский гериатрический центр))

Марасанов Богдан Олегович (ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №3» (Нижегородский гериатрический центр))

Ключевые слова: приемное отделение, коронавирусная инфекция, ковид-госпиталь

Актуальность исследования. Рост заболеваемости коронавирусной инфекцией в условиях так называемой «второй волны» диктует необходимость эпидемически и тактически правильного подхода к организации приема и сортировки больных. Ковид-ный приемный покой на современном этапе является сложной многофункциональной системой. Он призван исполнять не только функцию рапидной диагностики острых респираторных заболеваний, пневмоний и коронавирусной инфекции, но и их адмиссии (разделения на потоки), менеджмента и курации. Чёткое зонирование позволяет наряду с диагностическими процедурами немедленно начать респираторную поддержку, а также пульс-терапию глюкокортикостероидами или генно-инженерными биологическими препаратами. Мониторинг и анализ данных также является неотъемлемой частью работы приемного отделения ковид-госпиталя.

Цель исследования. Оценить основные популяционные и эпидемические показатели у больных, поступающих в приемное отделение ковидного госпиталя.

Материалы и методы. На базе приемного отделения ГБУЗ НО ГКБ №3 (НГЦ), перепрофилированной под борьбу коронавирусной инфекцией, ретроспективно было проанализировано 1628 случая обращений. Изучали основные популяционные показатели (средний возраст, пол и социальный статус), эпидемические показатели (день болезни, день обращения и день госпитализации), клинические показатели (сатурация,

частота дыхательных движений и гемодинамические показатели), а также нозологическую структуру отпущенных больных. Состояние больных также оценивалось по шкале NEWS и SMRT-CO. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета программ Microsoft Office (Excel), США и Statistica 10,0 (Statsoft, США).

Результаты. Средний возраст поступающих в приемное отделение ГБУЗ НО ГКБ №3 (НГЦ) составил $69,7 \pm 12,3$ лет. Среди заболевших преобладали женщины (68,1%). Обращает внимание тот факт, что в среднем пациенты обращаются на 9-ый день болезни, а госпитализируются на 12-ый день. Из сопутствующих заболеваний чаще отмечали патологию сердечно-сосудистой системы и нарушения углеводного обмена. До обращения в приемное отделение патогенетическое лечение получали 87,8% больных, этиотропное – 34,3%. Интересно, что большинство поступающих пациентов (72,4%) по шкале SMRT-CO имели 2 и более балла, а 52,4% имели исходное насыщение кислородом крови ниже 92%. Среди проанализированных пациентов отпущенные на амбулаторное лечение или переведенные в другой стационар составили 21,2%. Из них у 45,2% лихорадка была связана с другим соматическим или бронхолегочным заболеванием. Чаще это была патология ЛОР-органов (ангина, синусит) – 7%, инфекционная патология (ГЛПС, инфекционный мононуклеоз) – 10%, бронхиальная астма или ХОБЛ – 10%, в меньшей степени туберкулез 5% и ВИЧ-инфекция – 5%. Интересно, что доля больных отпущенных с диагнозом «коронавирусная инфекция, подтвержденная» составила всего 3%.

Заключение. Рост заболеваемости коронавирусной инфекцией является несомненной проблемой и вызовом для организаторов здравоохранения. Проблема поздней обращаемости, исходно тяжелого течения поступающих в стационар, возможно, вносят свой вклад в общую летальность. Правильная адмиссия в приемном отделении способствует снижению контаминации среди соматических больных, а начало респираторной поддержки и лечения способствует благоприятному прогнозу.

Стационарозамещающие технологии в условиях распространения новой коронавирусной инфекции

Карайланов Михаил Георгиевич (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России)

Русев Илья Трифонович (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России)

Прокин Игорь Генрихович (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России)

Ключевые слова: стационарозамещающие технологии, первичная медико-санитарная помощь, новая коронавирусная инфекция, пандемия, дневной стационар, стационар на дому, эффективность, коечный фонд.

В настоящее время одной из приоритетных задач, стоящих перед государством, является оптимизация расходования бюджетных средств, особенно в период распространения новой коронавирусной инфекции. Для реализации и оптимизации расходования бюджетных ассигнований медицинских организаций различных уровней актуальной проблемой является поиск новых экономически эффективных моделей оказания первичной медико-санитарной помощи, в качестве которых можно рассматривать использование стационарозамещающих технологий.

Исходя из очерков истории, в Российской Федерации стационарозамещающие формы медицинской помощи были впервые созданы в 30-е годы прошлого столетия в виде ночных стационаров, стационаров выходного дня и дневных стационаров с режимом частичной госпитализации. Так, в 1930 г. на базе психоневрологической больницы им. П. Б. Ганнушкина был открыт первый дневной стационар, который выполнял функцию промежуточного звена между больницей и диспансером на базе лечебно-трудовых мастерских. В 1937 г. функционировало уже три учреждения такого типа. В последующем аналогичные подразделения с терапевтическим, ревматологическим, хирургическим, пульмонологическим, стоматологическим и другими профилями создавались в Москве, Самаре, Санкт-Петербурге, Твери и других городах.

Начавшаяся в нашей стране в 1960-е годы активизация работы по созданию стационарозамещающих форм медицинской помощи позволила оценить позитивные стороны их деятельности, обосновать их медико-организационную целесообразность. Однако интерес к этой форме работы в последующие 20 лет был потерян. Нерешенность вопросов финансирования стала основной причиной снижения заинтересованности руководителей органов и учреждений здравоохранения в их развитии.

Понятие «стационарозамещающие технологии» как форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению в первичном звене отечественного здравоохранения появилось вновь в середине 1980-х годов. С момента утверждения первого документа о создании дневных стационаров – приказа Министерства здравоохранения СССР от 16.12.1987 г. №1278 «Об организации стационара (отделения, палат)



дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому», развитие этих подразделений, как при стационарных, так и при амбулаторных организациях приобрело стремительные темпы.

В настоящее время в Российской Федерации деятельность стационарозамещающих форм организации медицинской помощи регламентирована приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 09.12.1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».

На современном этапе не существует принципиального дефицита медицинских технологий, но проблема их выбора в соответствии с желаемыми медицинскими, социальными и экономическими эффектами постоянно нарастает. Конкурсный выбор требует разработки адекватных оценок эффективности медицинских технологий в здравоохранении с целью принятия наиболее приемлемых управленческих решений в условиях распространения новой коронавирусной инфекции.

Первичная медико-санитарная помощь, будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения. В России до 80% ресурсов здравоохранения, используется для финансирования дорогостоящей стационарной медицинской помощи, против 30-50% в экономически развитых странах. Потери от неэффективного использования средств достигают 20% от общей суммы государственного финансирования отрасли. Около 30% больных госпитализируются необоснованно и могут получать медицинскую помощь с использованием стационарозамещающих технологий на догоспитальном этапе, на уровне первичного звена здравоохранения.

В период пандемии новой коронавирусной инфекции оказание медицинской помощи в плановом порядке в основном возложено на первичное звено здравоохранения, за исключением заболеваний и травм, требующих стационарного лечения. Однако, в настоящее время медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях в плановом порядке резко ограничена из-за перепрофилирования основной части коек в инфекционный профиль. В связи с этим оказание плановой медицинской помощи возможно в условиях дневного стационара и стационара на дому по различным профилям.

Целью работы дневного стационара является проведение диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных, исключая попадания их в стационар. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения медицинской организации, в структуре которой он работает.

Использование стационарозамещающих технологий в поликлинике предоставляет возможности для решения поставленных задач; является обоснованным и целесообразным в современных социально-экономических условиях. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокра-

шение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов, особенно в период пандемии.

В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом различных специальностей. При необходимости привлекаются соответствующие врачи-консультанты. Штатная численность и нормы нагрузки медицинского персонала устанавливаются с учетом наличия в данном учреждении дневного стационара.

В заключении необходимо отметить, что дневные стационары как форма улучшения качества медицинской помощи и расширение ее доступности населению нашли свое применение не только при лечении заболеваний терапевтического профиля, но и в хирургической службе, при травмах и заболеваниях кисти, при термических повреждениях. В дальнейшем появились многочисленные научные труды, подтверждающие терапевтическую и экономическую целесообразность их дальнейшего развития.

Все вышеизложенное определяет актуальность и своевременность дальнейших исследований, предоставляющих научное обоснование экономической и терапевтической эффективности развития и использования стационарозамещающих технологий в условиях распространения новой коронавирусной инфекции.

Раздел V Оториноларингология

Взаимосвязь хронического тонзиллита с соматическими заболеваниями

Безрукова Евгения Валерьевна, Махмудов Р.Ч, Запольский Семен Михайлович, хмельницкая Наталия Михайловна (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)


Хронический тонзиллит представляет собой широко распространенное заболевание, которое может провоцировать и поддерживать соматические заболевания такие как: коллагеновые болезни, заболевания сердечно-сосудистой системы, кожи, почек, щитовидной железы и другие. Однако неизвестно происходят ли изменения в морфологической структуре небных миндалин при наличии сопряженных заболеваний.

Цель исследования: выявить изменения в морфологической структуре небных миндалин у больных с хроническим тонзиллитом и сопутствующими соматическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Изучены гистологические препараты небных миндалин, удаленных во время операции у 27 больных и данные их историй болезни. Операционный материал фиксирован в 10% забуференном формалине (рН 6,8-7,0), выбранные фрагменты обезвожены в спиртах восходящей концентрации, изготовлены парафиновые блоки, гистологические срезы окрашены гематоксилином и эозином, изучены с помощью световой микроскопии.

Результаты и обсуждение. Из 27 пациентов у большинства отмечались частые ангины (не менее 3-4 раз в год) и простудные заболевания (более 5 раз в год), всем пациентам перед операцией проводили оценку функциональной активности небных миндалин, установленное снижение их активности, было основным показанием к тонзиллэктомии. Морфологическое исследование позволило сформировать 3 группы: 1-я - с преобладанием межфолликулярной ткани над фолликулами (чаще у пациентов, страдающих частыми ангинами и хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей); 2-я - с относительным балансом между фолликулами и межфолликулярной тканью, однако, фолликулы были увеличены в размерах, в эпителии лакун выявлена очаговая гиперплазия эпителия с явлениями акантоза (у пациентов при наличии жалоб на боли в суставах и нарушениях сердечной деятельности); 3-я - на фоне увеличения межфолликулярной лимфоидной ткани и уменьшения лимфоидных фолликулов отмечали выраженные изменения сосудов микроциркуляторного русла, характеризующиеся утолщением стенки сосудов за счет разрастания фиброзной ткани и сужением их просветов (у пациентов с ревмокардитом и хроническим пиелонефритом).

Выводы. Гистологическое исследование удаленных небных миндалин позволяет оценить, прежде всего, морфофункциональное состояние этого органа, обеспечива-



ющего формирование иммунитета в организме. Преобладание межфолликулярной лимфоидной ткани в структуре миндалин при сокращении количества фолликулов, наблюдали при наличии в анамнезе частых ангин и хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. Гиперплазия лимфоидных фолликулов, гиперплазия эпителия лакун отмечены у пациентов с жалобами на боли в суставах. У пациентов с диагностированным ревмокардитом и пиелонефритом, в межфолликулярной лимфоидной ткани выраженные нарушения в микроциркуляторном русле.

Влияние интраназального введения рекомбинантного интерферона $\alpha 2\beta$ на состояние слизистой оболочки носа у больных хроническим полипозным риносинуситом

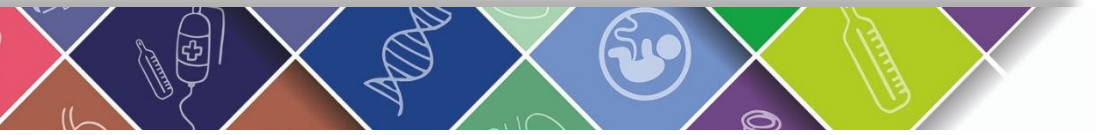
Безрукова Евгения Валерьевна, Кравченко Эдуард Витальевич, Галеев Радик Фаритович, Пащинин Александр Николаевич (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, рекомбинантный интерферон, риноцитограмма

Актуальность. ХПРС представляет собой полиэтиологичное заболевание, характеризующееся хроническим воспалительным пролиферативным процессом, приводящим к росту полипозной ткани. Иммунопатогенез заболевания, во многом, связан с дистрофическими изменениями эпителия ВДП и измененной экспрессией различных цитокинов. Это означает, что для консервативного лечения ХПРС логично применение таких иммунобиологических препаратов, которые оказывают влияние на различные регуляторные процессы, что способствовало бы уменьшению длительности воспаления, снижению воспалительной клеточной инфильтрации, восстановлению барьерной функции слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Среди иммунобиологических средств препараты рекомбинантного интерферона обладают антипролиферативной активностью и корректируют дефицит эндогенных регуляторных молекул, что позволяет их рассматривать в качестве потенциального компонента консервативной иммунотерапии для ХПРС. Учитывая, что барьерная функция слизистой оболочки носа играет важную роль в патогенезе ХПРС, целесообразно изучить влияние препаратов данного класса на ее состояние.

Пациенты и методы. Иммунокорректирующая терапия проведена 30 больным в возрасте от 35 до 60 лет, страдающим хроническим полипозным риносинуситом, при условии отсутствия гнойного воспаления в околоносовых пазухах и сопутствующей бронхиальной астмы. Пациентам ежедневно в течение 5-ти дней в ткань полипа вводили препарат рекомбинантного интерферона $\alpha 2\beta$ (Интераль) в дозе 1 млн. МЕ. Оценку проводили на основе определения количественных изменений риноцитогрмм, характеризующих состояние слизистой оболочки полости носа. Для этого использовали: средний показатель деструкции эпителиальных клеток (СПД); индекс цитолиза эпителиальных клеток (ИЦК); средний цитохимический коэффициент нейтрофилов (СЦК). Риноцитогрмм выполнялись по стандартной методике с применением окраски по Романовскому-Гимза и прочным зеленым по Пигаревскому. Для детального определения изменений средних значений, изучаемых коэффициентов на фоне иммунокорректирующей терапии, использовали стандартные методы описательной статистики.

Результаты. На фоне применения иммунокорректирующих препаратов на 3-и сутки



отмечалось достоверное снижение показателей деструкции эпителиальных клеток СПД и ИЦК. Снижение этих показателей отмечали со 2 по 7 день исследования. Однако уровня практически здоровых людей достигнуто не было. Вместе с тем, полученные результаты демонстрируют, что средства иммунокорректирующей терапии уменьшают выраженность дистрофических процессов слизистой оболочки полости носа. При изучении влияния препаратов на состояние нейтрофильных гранулоцитов слизистой оболочки носа, продемонстрировано, что несмотря на отсутствие достоверных различий в средних значениях СЦК у больных ХПРС и практически здоровых, в результате лечения было получено достоверное увеличение СЦК уже на 3-е сутки ($p < 0,05$), что свидетельствует об увеличении антимикробной функции нейтрофилов. С нашей точки зрения это является положительным свойством, предлагаемой нами терапии.

Выводы. Применения рекомбинантного интерферона $\alpha 2\beta$ усиливает регенерацию слизистой оболочки носа антимикробной функции нейтрофилов. Полученные результаты подтверждают, что применение рекомбинантного интерферона $\alpha 2\beta$, является целесообразным и патогенетически оправданным.

Дислипидемия как фактор развития тугоухости

Кузьмин Денис Михайлович (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)

Пащинин Александр Николаевич (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)


Фионова Татьяна Вадимовна (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)

Ключевые слова: дислипидемия, сенсоневральная тугоухость, производственный шум, триглицериды, индекс атерогенности.

Актуальность и цели. Нарушение липидного обмена крови является фактором развития множества патологических состояний. В результате изменений процессов метаболизма поражаются различные участки звуковоспринимающего отдела слухового анализатора. Основным морфофункциональным условием развития сенсоневральной тугоухости служит повреждение волосковых клеток улитки. Установлено, что дислипидемия способствует развитию атеросклероза и тромбоза мелких сосудов, кровоснабжающих структуры внутреннего уха приводящих к дистрофии сосудистой полоски. Особенно высок риск развития тугоухости у людей с гиперлипидемией, работающих в условиях производственного шума. У данной категории пациентов комплексное лечение тугоухости с использованием статинов и диета с низким содержанием холестерина оказывают положительный терапевтический эффект на уровень слуха. Цель нашего исследования заключалась в оценке влияния изменений липидного спектра крови работников трубопрокатного завода на состояние слухового анализатора.

Пациенты и методы. Обследовано 88 пациентов (59 мужчин, 29 женщин) в возрастной группе от 23 до 68 лет, средний возраст исследуемых $47,78 \pm 10,33$ лет. Исследование включало анкетирование, объективный осмотр, проведение тональной пороговой аудиометрии и анализ липидного спектра сыворотки крови. Биохимический анализ крови осуществлялся на базе лаборатории иммунобиологических исследований ООО «ЛИИС», г. Санкт-Петербург. Липидная панель с учетом математических расчетов включала в себя определение концентрации в анализируемой пробе общего холестерина (оХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и индекса атерогенности (ИА). Статистический анализ и обработка данных выполнена при помощи программы MS Excel и SPSS Statistic 20.0.

Результаты. Длительный, более 5 лет, производственный шум как вредный фактор присутствовал у 77% исследуемых. В 31% случаях была зарегистрирована гипертоническая болезнь I-II степени. Среднее значение порога слуха на правое ухо составило $29,3 \pm 7,15$ дБ, на левое ухо - $26,7 \pm 7,31$ дБ. При этом пороги воздушного звукопроведе-



ния на частоте 8 кГц составили для правого и левого уха $34,24 \pm 19,49$ и $39,47 \pm 21,28$ соответственно. По результатам анализа липидного профиля сыворотки крови было установлено незначительное повышение уровня триглицеридов, индекса атерогенности и снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности у пациентов с 1 и 2 степенью тугоухости по сравнению с контрольной группой. Для фракций общего холестерина, ЛПНП и ЛПОНП сыворотки крови корреляций со снижением слуха выявлено не было. Уровень общего холестерина и триглицеридов оказался выше у пациентов мужского пола и пациентов женского пола старше 50 лет, что свидетельствовало об отрицательном влиянии данных факторов на состояние липидного спектра. По данным двухфакторного дисперсионного анализа низкий уровень ЛПВП, повышение триглицеридов и индекса атерогенности в сыворотке крови в сочетании с производственным шумом оказывали влияние на повышение порогов чистого тона преимущественно на высоких частотах.

Заключение. По результатам нашего исследования изменения референсных значений отдельных фракций липидного спектра сыворотки крови изолированно не оказывали значимого влияния на снижение слуха. Дислипидемические нарушения у мужчин и женщин пожилого возраста, проявляющиеся в виде повышения уровня триглицеридов, индекса атерогенности и снижения ЛПВП, в сочетании с производственным шумом способствовали развитию сенсоневральной тугоухости.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛУХОВЫХ АППАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С УШНЫМ ШУМОМ

Бобошко Мария Юрьевна (ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России; ФГБУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Бердникова Ирина Петровна (ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

Мальцева Наталия Васильевна (ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России)

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

Беличева Эльвира Георгиевна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: шум в ушах, анкетирование, слуховые аппараты, COVID-19

Актуальность и цели. Хронический субъективный ушной шум (тиннитус) – широко распространенное явление, которое поражает до 15% населения, а в 0,5-1% случаев ведет к значительному снижению качества жизни. Если тиннитус сочетается с тугоухостью, использование слухового аппарата может оказать положительный эффект, отвлекая внимание пациента от ушного шума и обеспечивая естественное маскирование тиннитуса более громкими сигналами окружающей среды. Востребованность слуховых аппаратов резко возросла в период пандемии COVID-19 из-за массового использования населением защитных масок, которые ослабляют громкость речевых сигналов и лишают лиц с нарушениями слуха возможности понимания речи по артикуляции говорящего. Многими производителями слуховых аппаратов предлагаются дополнительные опции для снижения обременительности ушного шума: встраивание в аппарат маскеров шума или программы ZEN (фрактальных тонов), воспроизводящей гармонические релаксирующие звуки. Цель исследования – оценить эффективность использования слуховых аппаратов с опцией фрактальных тонов у пациентов с хроническим субъективным шумом в ушах.

Пациенты и методы. Обследовано 20 пациентов с хроническим субъективным ушным шумом длительностью не менее одного года в сочетании с двусторонней тугоухостью 1-4-й степени, использующих слуховые аппараты, в возрасте от 30 до 69 лет. Наряду с ЛОР-осмотром и тональной пороговой аудиометрией всем пациентам проводили импедансометрию, речевую аудиометрию в тишине и психоакустическую шумометрию по методу громкостного баланса. Обременительность ушного шума оценивали

по результатам заполнения пациентам анкеты THI (Tinnitus Handicap Inventory). Далее проводилась индивидуальная настройка слухового аппарата Mind 440 фирмы WIDEX в соответствии с аудиологическими показателями пациента, а после недельной адаптации к аппарату подбирались один из 5 музыкальных стилей фрактальных тонов, а также регулировались их темп и высота. Во время следующих 3-го – 5-го визитов с интервалом в один месяц пациенты повторно проходили анкетирование и шумомерию.

Результаты. По данным психоакустической шумомерии интенсивность шума при первом исследовании составила $9,8 \pm 6,1$ дБ над порогом слышимости. В 68% случаев она не превышала 10 дБ, при этом корреляции между результатом шумомерии и субъективной оценкой громкости тиннитуса не выявлено. У 63% пациентов частотный спектр тиннитуса совпадал с областью максимальной потери слуха по данным аудиометрии. Достоверных различий между результатами первой и заключительной шумомерии ни в частотном составе, ни в громкости ощущаемого больным шума не выявлено ($p > 0,05$).

Как показало анкетирование, в начале исследования число баллов в анкете THI у разных пациентов колебалось в пределах от 22 до 80. С каждым визитом у большинства испытуемых отмечалось постепенное снижение числа баллов в опроснике THI, что означало уменьшение проблем, связанных с тиннитусом. Если при первичном анкетировании среднее число баллов составило $49,8 \pm 20,3$, то при заключительном обследовании после 4-х месяцев использования слухового аппарата с ZEN-программой оно было равно $38,8 \pm 21,8$. При этом лучшая положительная динамика имела место у пациентов с исходным результатом анкетирования 56 и менее баллов. Лишь у двух пациентов в возрасте 65 и 69 лет число баллов к концу исследования возросло. 55% испытуемых отметили, что фрактальные тоны не только уменьшают ощущение ушного шума, но и улучшают общее самочувствие, способствуют релаксации, нормализации сна. Субъективная оценка эффективности программы ZEN была достоверно выше среди лиц моложе 60 лет, что может быть связано с их лучшими адаптивными возможностями и способностями к освоению новых навыков.

Выводы.

1. По результатам анкетирования использование слуховых аппаратов с программой ZEN в течение 4-х месяцев уменьшило обременительность ушного шума у 90% пациентов.

2. Терапевтический эффект фрактальных тонов уменьшался с увеличением возраста пациентов и с увеличением числа баллов в первичной анкете THI.

3. При высокой исходной обременительности ушного шума с суммой баллов в анкете THI более 56 у пациентов с тугоухостью целесообразно, наряду со слухопротезированием, назначение психотропной лекарственной терапии.

Особенности течения коронавирусного вестибулярного нейронита.

Воронов В.А., Демиденко Д.Ю., Левин С.В., Левина Е.А., Артюшкин С.А., Дудучан А.А. (ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации)

Ключевые слова: вестибулярный нейронит, головокружение, Covid-19.

В оториноларингологии не так много заболеваний, которые вызывают постоянное головокружение. К основным периферическим патологиям, которые дают длительное вертиго относятся вестибулярный нейронит (ВН), двусторонняя вестибулопатия и лабиринтит.

Вестибулярный нейронит проявляется внезапным приступом постоянного системного головокружения, который длится от нескольких дней до нескольких недель и при отсутствии этиотропной терапии переходит в атаксию (шаткость). Считается, что причиной заболевания является сдавление и повреждение участка вестибулярного нерва в костном канале височной кости. Основными этиологическими факторами вестибулярного нейронита являются: инфекция, в том числе и герпетическая, интоксикация, как бытовая, так и профессиональная, или аллергическая реакция. Мы довольно часто в практике сталкиваемся с инфекционными нейронитами, которые обычно развиваются на 7-10 день после перенесённого инфекционного заболевания и довольно хорошо поддаются лечению в условиях ЛОР отделения при правильном подборе терапии и реабилитационных мероприятий. Нейрониты, вызванные хронической персистирующей герпетической инфекцией, требуют участия в судьбе пациента и инфекциониста, так как без правильно подобранной комплексной терапии склонны к рецидивированию. В нашей практике мы сталкивались с токсическими нейронитами на фоне приема алкогольных или наркотических препаратов, а также применении ототоксичных антибиотиков, что в настоящее время возможно в онкологической практике при химиотерапевтическом лечении. Вестибулярный нейронит токсического характера у молодых людей в настоящее время обусловлен ненормированным использованием протеинов и стероидов на фоне занятия спортом и наращивания мышечной массы. По-видимому, данные препараты при чрезмерном использовании также могут быть токсичны для вестибулярной порции кохлеовестибулярного нерва.

В последнее время в нашей практике появились вестибулярные нейрониты, возникающие у пациентов с коронавирусной инфекцией. В свою очередь коронавирусные нейрониты имеют патогенетические особенности и могут появляться в острый период заболевания. Это в значительной мере затрудняет возможность своевременной диагностики и, соответственно, подбора необходимой терапии.

В СЗГМУ им И.И. Мечникова, на базе которого располагается наш отоневрологиче-

ский центр, так же выделено несколько корпусов для лечения инфекционных больных с Covid-19. Нами разработана возможность дистанционной диагностики и консультации с помощью системы дистанционной видеонистагмоскопии (Шлем-маска для видеонистагмографии Патент на изобретение №136312 от 10 января 2014 года). Данная система позволяет среднему медицинскому персоналу под контролем отоневрологической службы проводить обследование, которое инструментально оценивается на базе вестибулярной лаборатории. Таким образом мы можем выявить вестибулярный нейронит на ранней стадии заболевания в период вестибулярного возбуждения, увеличивая положительную динамику течения заболевания.

Ещё одной особенностью посткоронавирусного вестибулярного нейронита является его позднее выявление, т.к. жизнеугрожающая ситуация заставляет врачей бросать все силы на лечение основного заболевания. Большое значение имеет и отсутствие своевременной реабилитации. Как правило больные с коронавирусной инфекцией малоподвижны, что полностью нивелирует возможности реабилитационного лечения в кратчайшие сроки. Сопутствующая патология – ещё одна особенность коронавирусного вестибулярного нейронита. Как правило группой риска являются пациенты после 65 лет, имеющие большое количество сопутствующей соматической патологии, которая обостряется вирусным воздействием и требует междисциплинарного подхода. Ослабленное состояние пациента требует разработки новых методик реабилитации, дозированного подхода. Часто ВН осложняется доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением. Как правило именно этот диагноз ставят и лечат неврологи, что может явиться значительной ошибкой, так как из виду упускается основное вестибулярное поражение, которое хронизируется, нарушая качество жизни пациентов и их социализацию. ДППГ же имеет атипичное поликанальное течение и требует применения большого количества сочетанных, комплексных позиционных маневров, в то время, как общепринятые маневры зачастую или не эффективны, или наоборот вызывают осложнённое течение заболевания. Частое осложнение вестибулярного нейронита постуральным перцептивным персистирующим головокружением требует назначения препаратов, ухудшающих возможности вестибулярной реабилитации нейронита.

Лечение нейронита при коронавирусной инфекции также имеет свои особенности и требует разностороннего подхода и подбора комплексной терапии: дезинтоксикационной, гормональной терапии (метиллпреднизолон), применения Бетагистинов (Бетасерк) с дозировкой до 48-72 мг 3 раза в сутки, антикоагулянтов, тромболитической терапии, ноотропной терапии (Нобен 30мг), Омега 3 (омакор 1000) и своевременно начатой реабилитации.

Раздел VI Сердечно-сосудистая хирургия

Тромбозы в структуре хирургических осложнений COVID-19

Ю.П. Линец, С.В. Артюхов, А.Н. Казанцев, Т.Е. Зайцева, А.Е. Чикин, Л.В. Рошковская (ГБУЗ «Городская Александровская больница», Санкт - Петербург, Россия)

Ключевые слова: COVID-19, ургентная сосудистая хирургия, тромбэктомия, эмбол-эктомия, каротидная эндартерэктомия.

ВВЕДЕНИЕ.

Одним из патогенетических механизмов развития COVID-19 является нарушение свертываемости крови с развитием тромбозов и тромбоземболий. У больных COVID-19 часто находят артериальный и венозный тромбоз.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Изучить особенности протекания COVID-19 с точки зрения развития тромбозов и тромбоземболий артерий и вен. Определить оптимальную тактику раннего их выявления с целью оптимизации хирургической тактики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

В настоящее проспективное исследование за период с 1 апреля 2020 г. по 1 октября 2020 г. вошли 139 пациентов с артериальными и венозными тромбозами, диагностированными в условиях перепрофилирования больницы для приема больных с COVID-19. Группа сравнения была сформирована из пациентов с диагностированной экстренной сосудистой патологией в течение аналогичного временного периода 2019 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

В общей структуре всех видов тромбозов преобладали поражения глубоких вен нижних конечностей. При этом во всех случаях патология диагностировалась во время лечения в стационаре на $4,5 \pm 1,2$ сутки после госпитализации. Несмотря на проведение антикоагулянтной терапии профилактировать тромбозы не удавалось. Также необходимо отметить, что в сравнении с контрольной группой, тромбоз глубоких вен нижних конечностей диагностирован статистически чаще. При этом восходящий тромбофлебит большой подкожной вены выявлялся гораздо реже в период COVID-19. Данная патология всегда развивалась на догоспитальном этапе, и в стационар этот

контингент пациентов поступал при наличии признаков инфекционного процесса. Реже в COVID-19 стационаре стал регистрироваться тромбоз поверхностных вен верхних конечностей, выражающийся, как посткатетерный тромбофлебит, что объясняется большим приемом таблетированных форм препаратов. Ана-лизируя спектр артериальных тромбозов, необходимо отметить, что в период COVID-19 бо-лее часто выявлялись поражения бедренно-подколенного сегмента. Нарушение реологиче-ских свойств крови, индуцированное инфекционным патофизиологическим процессом, усугубляет течение мультифокального атеросклероза, провоцируя агрессивное проявление сосу-дистой недостаточности.

При анализе тромбозов и оперативных пособий, им соответствующих статистиче-ская межгрупповая разница выявлена только по количеству кроссэктомий, что было обусловлено более редкой диагностикой тромбофлебита большой подкожной вены в условиях COVID-19. Анализируя абсолютные показатели, необходимо отметить, что в период COVID-19 имелся тренд в увеличении числа таких операций, как: ампутация нижней конечности, (в три раза больше), тромбэктомия из бедренно-подколенного сегмента (на 10,2% больше). Та-кая особенность, по нашему мнению, обусловлена симультанным отрицательным влиянием мультифокального атеросклероза и коро-навиральной дестабилизации на агрессивное течение нарушения гомеостаза пери-ферической гемодинамики. Необходимо отметить, что во всех случаях выполнялась тромбэндартерэктомия из подколенной артерии и общей бедренной артерии в виду наличия сопутствующей субокклюзии. В одном случае, в виду окклюзии по-верхност-ной бедренной артерии и отсутствия ретроградного кровотока из глубокой бедрен-ной артерии, потребовалось реализовать бедренно - подколенное протезирование. В 5 случа-ях развился повторный тромбоз что потребовало проведение бедренно-под-коленного проте-зирования аутовеной. Причина тромбоза не была связана с техни-ческими ошибками во вре-мя первичной операции. В условиях COVID-19, на фоне нарушения реологических свойств крови, «цитокинового шторма», изменения в зоне реконструкции усиливаются, что может стать причиной раннего тромбоза.

ВЫВОДЫ.

1. Перепрофилирование стационаров под прием пациентов с новой корона-ви-русной инфекцией и подозрением на нее, целесообразно усиливать сосуди-стым хирургом в режиме 24/7, объем работы которого значительно расширя-ется.
2. Стационары, занимающиеся лечением больных с новой коронавирусной инфекцией, должны быть обеспечены круглосуточным доступом к таким средствам визуализации, как цветное дуплексное сканирование артерий и вен, а также мульти-спиральная компьютерная томография с ангиографией.
3. Рутинное применение антикоагулянтной терапии в виде низкомолекуляр-ных гепаринов не приводит к снижению частоты тромбозов сосудистого русла.
4. Развитие повторного тромбоза после тромбэктомии свидетельствует о не-га-тивном прогнозе дальнейшего течения заболевания.

Экстренная сосудистая хирургия в условиях коронавирусного стационара

Ю.П. Линец, С.В. Артюхов, А.Н. Казанцев, Т.Е. Зайцева, А.Е. Чикин (ГБУЗ «Городская Александровская больница», Санкт - Петербург, Россия)

Ключевые слова: COVID-19, тромбоз, эмболия, тромбэктомия.

Цель. Изучение спектра и результатов лечения острой сосудистой патологии у больных COVID-19-стационара в сравнении с пациентами доковидного периода.

Материалы и методы. В настоящее проспективное одноцентровое исследование за период с 1 апреля 2020 г. по 18 октября 2020 г. вошло 236 пациентов с острыми артериальными и венозными тромбозами, диагностированными в условиях COVID-19 в ГБУЗ «Городская Александровская больница». Данные больные были включены в 1 группу. Когорта сравнения (группа 2) была сформирована из пациентов ($n = 160$) с установленной экстренной сосудистой патологией за период с 1 апреля 2019 по 18 октября 2019 г. Анализируя клинико-анатомические характеристики групп, необходимо отметить, что тяжесть состояния пациентов в условиях COVID-19 оказалась на много выраженнее. Средний возраст больных увеличился на пять лет ($p = 0,09$), чаще устанавливался такой диагноз, как острый коронарный синдром ($p = 0,03$), хроническая обструктивная болезнь легких ($p = 0,03$), хроническая почечная недостаточность ($p = 0,0007$), хроническая ишемия нижних конечностей IIБ степени по А.В. Покровскому и выше ($p = 0,004$), сниженная фракция выброса ($p = 0,04$). У всех больных данной выборки была диагностирована внебольничная двусторонняя вирусная полисегментарная пневмония, что отразилось на значимом снижении сатурации кислорода крови до $90,3 \pm 4,8\%$ ($p = 0,01$) с поражением легочной ткани $63,4 \pm 18,1\%$ и потребностью в искусственной вентиляции легких у каждого пятого пациента. Тяжесть коморбидного фона отразилась на показателе EuroSCORE II, который достиг $9,9 \pm 1,1$, что было статистически больше относительно пациентов группы сравнения ($p = 0,02$).

Результаты. При анализе визуализированной острой сосудистой патологии необходимо отметить, что в условиях COVID-19 чаще стал диагностироваться тромбоз глубоких вен нижних конечностей ($p = 0,0008$), тромбоз глубоких вен верхних конечностей ($p = 0,03$), тромбоз артерий бедренно-подколенного сегмента ($p = 0,01$). Реже определялся тромбоз поверхностных вен верхних и нижних конечностей. Не смотря на наличие высокой частоты развития острых артериальных тромбозов нижних конечностей, число случаев тромбэктомий осталась на уровне доковидного периода ($p = 0,03$). Во многом это связано с возрастанием количества ампутаций (в 4 раза) в виду формирований необратимой ишемии. Значимо снизилось число кроссэктомий, что было обусловлено уменьшением количества пациентов с тромбофлебитом большой подкожной вены ($p = 0,02$). Частота выполнения других вмешательств не изменилась. В госпитальном периоде наблюдения в группе COVID-19 в два раза чаще был получен летальный исход, однако данный показатель не достиг статистической значимости (группа 1: 54,2%, p

= 13; группа 2: 25%, n = 2; p = 0,3; ОШ = 3,54; 95% ДИ 0,59 – 21,25). Следует отметить, что не смотря на прием антикоагулянтной терапии (5000 ЕД гепарина 4 раза в день, подкожно), в 20,8% (n = 5) случаев развился повторный тромбоз, потребовавший выполнение ретромбэктомии. Важным наблюдением нашего исследования стало то, что развитие повторного тромбоза бедренно-подколенного сегмента наблюдалось у пациентов, которые получили летальный исход. Данный параметр стал мощным предиктором развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий (ОШ 4,24; 95% ДИ 1,55 – 5,21). Причина ретромбоза не была связана с техническими ошибками во время первичной операции. Таких предпосылок, как дистальный тромбоз, эмболия, отслойка интимы или бляшки, суживание просвета артерии и т.д. выявлено не было. Однако известно, что поверхность артерии, подвергшаяся эндартерэктомии характеризуется провокацией активного воспалительного процесса данной зоны. В условиях COVID-19, на фоне нарушения реологических свойств крови, «цитокинового шторма» изменения в зоне реконструкции усиливаются, что может стать причиной раннего тромбоза. Другими факторами риска формирования неблагоприятного кардиоваскулярного исхода стали: поражение легочной ткани $\geq 60\%$ (ОШ 3,55; 95% ДИ 0,66 – 6,94), SpO₂ $\leq 90\%$ (ОШ 4,78; 95% ДИ 1,57 – 5,86). Площадь под ROC-кривой составила 0,671

Заключение. В условиях COVID-19 возросла частота диагностики тромбозов периферических артерий на фоне атеросклероза и патофизиологических изменений системы гемостаза под влиянием коронавирусной инфекции. Это отразилось на росте количества ампутаций и тромбэктомий. Повторная тромбэктомия наравне с низким уровнем сатурации и обширным поражением легочной ткани характеризовалась высоким риском развития неблагоприятных кардиоваскулярных осложнений.

Раздел VII Хирургия

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Козобин Александр Анатольевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Сигуа Бадри Валериевич (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)

Чернышев Денис Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Пузанов Сергей Юрьевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Погосян Гаик Саркисович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: ущемленная грыжа, лапароскопия, герниопластика.

Актуальность и цели. Развитие современных технологий способствовало внедрению лапароскопии во все разделы неотложной хирургии. Однако эндовидеохирургические методики в лечении и диагностике ущемленных грыж брюшной стенки до сих пор не получили широкого распространения. Целью исследования стало: демонстрация возможностей эндовидеохирургического подхода в диагностике и лечении ущемленных грыж брюшной стенки.

Пациенты и методы. Активное применение лапароскопии с целью диагностики острой хирургической патологии, в том числе при подозрении на ущемление грыжи, в Елизаветинской больнице началось с 2000 г. Накопленный опыт позволил в последующем применить эндовидеохирургические методики и для выполнения герниопластики ущемленных паховых грыж, а затем и ущемленных грыж других локализаций. С 2010 года лапароскопическая герниопластика была выполнена 57 пациентам, из них: при ущемленной паховой грыже – 45 (79,0%), ущемленной пупочной грыже – 5 (8,7%), ущемленной грыже белой линии живота – 3 (5,3%), ущемленной послеоперационной вентральной грыже (ПОВГ) – 4 (7,0%). Эндовидеохирургический подход при лечении ущемленных грыж непаховой локализации выполнялся при размере грыжевых ворот не превышающих 5 см.

Результаты. Пациентам с подозрением на ущемление грыжи брюшной стенки выполнялась диагностическая лапароскопия с целью уточнения диагноза, оценки состояния брюшной полости (перитонит, спаечный процесс). При создании карбоксиперитонеума в условиях миорелаксации в 80% наблюдений происходило самопроизвольное вправление ущемленного органа, также с целью вправления использовалось мануаль-



ное давление снаружи и тракция мягким зажимом изнутри. После вправления ущемленного органа оценивалась его жизнеспособность и возможность лапароскопической герниопластики, которую выполняли при отсутствии осложнений ущемления. Противопоказаниями к выполнению эндовидеохирургических методик мы считали: перитонит, декомпенсированная кишечная непроходимость, некроз ущемленного органа, выраженный спаечный процесс брюшной полости, сопутствующие заболевания, при которых противопоказано создание карбоксиперитонеума. В случаях ущемления паховой грыжи применяли трансабдоминальную предбрюшинную пластику (ТАРР). При ущемлении пупочных, ПОВГ, грыж белой линии живота использовали пластику полипропиленовым сетчатым эндопротезом с последующей перитонизацией - в 6 наблюдениях, и пластику IPOM также в 6 случаях.

Послеоперационный период у пациентов, оперированных с помощью эндовидеохирургических методик, протекал значительно легче: активизация проводилась в первые часы после операции, необходимости применения наркотических анальгетиков не было, выписка из стационара проводилась в более короткие сроки.

В послеоперационном периоде местные осложнения в виде сером были отмечены у 4 пациентов, что составило 7,0 %. Общих осложнений и летальных исходов в данной группе не отмечалось.

Заключение. Эндовидеохирургические технологии в лечении пациентов с ущемленными грыжами брюшной стенки – это перспективное направление неотложной хирургии. Следует также отметить, что и технологически и ментально научное сообщество созрело к развитию этого направления хирургии. Конечно, не всем пациентам с ущемленными грыжами показан такой способ лечения, однако есть немалая группа больных, которые подходят под критерии эндовидеохирургического лечения. Сделанные нами первые шаги в этом направлении обнадеживают – отмечается ранняя активизация пациентов, снижение болевого синдрома, сокращение сроков госпитализации, уменьшение количества осложнений и хороший косметический эффект.

Однако, есть и нерешенные организационные проблемы, которые не позволяют тиражировать данный подход без предварительной организационной подготовки учреждения. Речь идет в первую очередь о материально-технической базе, а также о уровне подготовки медицинского персонала.

Опыт видеоассистированных вмешательств на толстом кишечнике у пациентов с впервые выявленными осложненными злокачественными заболеваниями на базе хирургического отделения №3

Чернышев Д.А. (СПБ ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

Пузанов С.Ю. (СПБ ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

Румянцев И.П. (СПБ ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

Боб Я.А. (СПБ ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

Ключевые слова: колоректальный рак, острая кишечная непроходимость, видеоассистированные вмешательства, лапароскопия, гемиколэктомия.

Актуальность: В последнее время растет актуальность проблемы малоинвазивных вмешательств у больных с впервые выявленными осложненными злокачественными новообразованиями толстого кишечника. В текущей работе продемонстрирован ретроспективный анализ результатов видеоассистированных вмешательств на толстой кишке у больных с осложненными формами заболевания.

Пациенты и методы: За период 26/3/19 по 02/10/20 на базе хирургического отделения №3 Елизаветинской больницы проведено 10 видеоассистированных вмешательств на толстой кишке у пациентов с развившейся острой кишечной непроходимостью и кровотечениями из опухоли.

Среди исследуемой группы больных 6 (60%) мужчин, 4 (40%) женщин, среди которых 8 пациентов имели клинико-рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости и 2 пациента - клинику рецидивирующего кровотечения из опухоли. Все пациенты в анамнезе не имели эпизодов хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

Диагностика основывалась на анамнестических и клинических данных, результатах ультразвукового и рентгенологического исследований, компьютерной томографии органов брюшной полости, фиброколоноскопии с биопсией, диагностической лапароскопии.

У 4х пациентов опухолевый процесс локализовался в области ректосигмоидного изгиба, у 3 – в области печенного изгиба, у 3х пациентов лоцирована опухоль селезеночного изгиба толстой кишки. Всем пациентам проведено послеоперационное морфо-

логическое исследование биоматериала.

Результаты гистологического исследования показали, что у исследуемой имелись эпителиальные опухоли толстой кишки – аденокарциномы, из которых 7 – умеренно-дифференцированных и 3 – низкодифференцированных.

У данных больных распространенность злокачественного процесса имела местный характер – инвазия опухоли ограничивалась мышечным слоем кишки, лишь у одного пациента опухоли прорастала серозную оболочку стенки кишки и брыжейку без признаков инвазии в окружающие органы. По результатам СКТ ОБП с в/в контрастированием у всех пациентов исследуемой группы отсутствовали рентгенологические признаки поражения регионарных лимфоузлов и отдаленных метастазов.

В зависимости от локализации процесса: у пациентов с опухолью ректосигмоидного отдела произведена видеоассистированная мобилизация дистального отдела нисходящей кишки, ректосигмоидного перехода и верхнеампулярного отдела прямой кишки с резекцией участка кишки с опухолью и выведением концевой колостомы; у пациентов с опухолью печеночного и селезеночного изгибов – видеоассистированные право- и левосторонние гемиколэктомии, соответственно, с формированием изоперистальтического анастомоза «конец в бок» через минилапаротомию на передней брюшной стенке. Оперативные пособия выполнялись в соответствии с онкологическими принципами: перевязка основных питающих сосудов у их основания и смещением мезоколической клетчатки с регионарными лимфоузлами в сторону препарата.

Результаты и методы: Интраоперационных осложнений не отмечено. Ранние и поздние послеоперационные периоды протекали гладко. Анальгезия сильнодействующими анальгетиками потребовалась 3 пациентам. 6 пациентов выписаны на 7 сутки, 2 пациента – на 11 сутки, 1 больной на 12 сутки. В дальнейшем все больные направлены на лечение и наблюдение к онкологу.

Заключение: Таким образом, широкое применение видеоассистированных вмешательств на толстой кишке при злокачественных опухолях позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре за счет уменьшения площади раневой поверхности и болевого синдрома, обеспечить раннее восстановление физической активности и трудоспособности, так же являясь эффективным методом профилактики послеоперационного компартмент синдрома, снижает риск развития ВТЭО, тем самым, являясь эффективным методом первого этапа комплексного лечения пациентов с местнораспространенными формами колоректального рака.

Опыт применения малоинвазивных (эндовидеохирургических) технологий при операциях на селезенке.

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

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

Александров А.И. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)


Кощев А.В. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: Лапароскопическая спленэктомия, посттравматическая киста селезенки, гемангиома селезенки

Актуальность темы. Совершенствование методики операций на селезенке при видах патологии, требующих оперативного вмешательства.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с непаразитарными образованиями селезенки различного генеза на основе применения видеолапароскопии, как метода «малоинвазивной» хирургии с обоснованием её приоритета, а так же возможностями использования технологии для проведения органосохраняющих вмешательств.

Материалы и методы. В период с января 2012 по сентябрь 2020 годов в условиях городского Центра лапароскопической хирургии СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» оперировано 5 пациентов (4 – женщины, 1 – мужчина) по поводу непаразитарный образований селезенки. Возрастная категория оперированных больных колебалась от 24 до 65 лет. В 3-х (60 %) случаях выявлена непаразитарная посттравматическая киста, у 1(20 %) больного – непаразитарная киста с элементом обызвествления; у 1 (20 %) пациента – гемангиома селезенки. Операции выполнялись с использованием видеолапароскопии, по стандартной методике расстановки троакаров. Учитывая размеры, локализацию образования, а также имеющееся материальное обеспечение операционной (инструментарий, использование различных средств гемостаза) на диагностическом этапе операции определяли возможность проведения органосохраняющего объема вмешательства. Отсутствие технических, анатомических возможностей, а также наличия устойчивого гемостаза в зоне операции, указывало на выполнение спленэктомии. Расширение объема оперативного пособия также предъявляло оперирующему хирургу те же требования: атравматичность, надежность гемостаза. Методика обработки сосудистой ножки при видеолапароскопической спленэктомии осуществлялась аппаратным («Endo-GIA» фирмы «Auto Suture»), лигатурным (клиппированием) либо с использованием высокочастотного («LigaSure» США) либо ультразвукового лигирования («Harmonic» США), что в итоге позволило в значительной мере сократить время, объем и тяжесть оперативного вмешательства.



Результаты. Все операции проведены видеолaparоскопически. Конверсий доступа на лапаротомию не было. В 2 (40 %) случаях больным предпринята попытка сохранения органа (посттравматические кисты нижнего полюса селезенки объемом до 10 см). Выполнение мобилизации, резекции кисты не обеспечивало устойчивый гемостаз имеющимися средствами («LigaSure», США; «ТахоКомб» Nycomed, Австрия), что потребовало расширения объема в пользу спленэктомии с использованием аппаратного метода обработки сосудистой ножки. У 3-х пациентов (60%) объем операции изначально определен в пользу спленэктомии, что в значительной мере ускорило время доступа, обработки сосудов, удаление самого органа. Время оперативного вмешательства составило от 60 до 130 минут. Извлечение органа проводилось во всех случаях из мини-лапаротомного (L - 5 см) доступа в левом подреберье. Интраоперационная кровопотеря не превышала 100 мл. Послеоперационный гистоанализ подтвердил во всех случаях предоперационный диагноз, исключив онкопатологию и паразитарный характер заболевания. Ранний послеоперационный период не потребовал проведения наркотической анальгезии, ускорив активизацию пациентов в первые после операции сутки. Средний койко-день составил 5-7 суток. Последующее наблюдение за пациентами по линии «дневного стационара» осложнений не выявило. Отдаленные результаты (12-24 месяца) также негативных явлений у пациентов не отметили.

Заключение. Видеолaparоскопия, как метод или доступ в рамках общей хирургии, позволяет расширить возможности использования малоинвазивных оперативных вмешательств, сокращая объем операционной травмы, раннюю активизацию пациентов. При наличии доброкачественного процесса заболевания следует рассматривать возможность выполнения органосохраняющих вмешательств, напрямую связанная с техническим обеспечением операций всеми средствами гемостаза и современными методами тканевой диссекции.

Особенности диагностики и хирургического лечения пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью

Сизуа Бадри Валериевич (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

Петров Сергей Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Каландарова Диёра Хамроевна (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

Котков Павел Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ефимов Алексей Львович (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

Ключевые слова: спаечная тонкокишечная непроходимость, методы диагностики, хирургическое лечение, послеоперационные осложнения, летальность.

Актуальность и цели: Определить структуру и характер пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью. Улучшить результаты лечения путем применения оптимизированного лечебно-диагностического алгоритма.

Пациенты и методы: Выполнен сравнительный анализ 338 пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью, которые получали лечение в хирургических отделениях ГБУЗ «Елизаветинская больница» Санкт-Петербурга в период с 2016-2019 гг. Из общего количества 240 пациентов подверглись оперативному лечению, а в 98 случаях удалось разрешить кишечную непроходимость консервативным путем. Все исследуемые пациенты были разделены на 2 группы: проспективную (I) группу (2018-2019 гг.), которая включала 198 пациентов и ретроспективную (II) (2016-2017 гг.) включающая 140 наблюдений. Отличительной особенностью проспективной группы стало использование усовершенствованного диагностического алгоритма с обоснованным и последовательным применением наиболее информативных методов диагностики, что в свою очередь привело к изменениям в лечебной тактике. При этом следует отметить, что исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и полу, срокам от начала заболевания до госпитализации, тяжести состояния и характеру сопутствующих заболеваний, оперированные пациенты по анестезиологическому риску по классификации Американского Общества Анестезиологов (ASA), что позволило провести сравнительный анализ. Всем пациентам проводился первичный осмотр с использованием лабораторных и инструментальных методов диагностики по показаниям. Так, обзорная рентгенография органов брюшной полости выполнена во всех (338 (100%)) случаях, при этом информативность ее составила 83,4%. Ультразвуковое исследование проводилось 294 (86,9%) пациентам с информативностью 72,7 %. Рентгенконтрастное исследование в проспективной группе проведено в 84

(42,4%) случаях, в ретроспективной группе в 110 (78,5%) наблюдениях. Видеоэзофагогастродуоденоскопия проводилась в 82 (24,3%) случаях, при этом носила не только диагностический, но и лечебный характер. Наряду с общепринятыми исследованиями, которые считаются ключевыми в постановке диагноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости, в отношении пациентов проспективной группы применялись эндоскопические и лучевые методы исследования, а именно эндоскопическая установка назогастроинтестинального зонда в тонкую кишку и проведение компьютерной томографии с контрастированием (по показаниям), которая обладает наибольшей (92%) информативностью. Данная методика была использована при обследовании 42 (21,2%) пациентов проспективной группы и позволила установить характер спаечной тонкокишечной непроходимости, что, несомненно, повлияло на выбор лечебной тактики. Следует отметить, что наличие признаков странгуляции и перитонита служили прямым показанием к выполнению экстренного оперативного вмешательства в течении 2 часов. При отсутствии вышеизложенных показаний проводилась консервативная терапия в течении 12 часов. Диагностические и лечебные манипуляции включали в себя: эндоскопическую установку назогастроинтестинального зонда в начальный отдел тощей кишки, введение водорастворимого контраста в зонд, проведение инфузионной терапии, на фоне декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводилась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием (по показаниям), а при наличии противопоказаний к выполнению МСКТ, проводилось традиционное рентгенологическое исследование. Далее пациентам проводился подсчет баллов по разработанной нами оригинальной балльно-оценочной шкале, что позволило определить показания к продолжению консервативной тактики или решению вопроса об оперативном лечении с выставлением показаний в пользу той либо иной методики хирургического лечения (лапароскопия/лапаротомия).

Результаты: Использованная комплексная лечебно-диагностическая программа позволила определить не только показания к выбору лечебной тактики, но и существенно повлияла на временной аспект, а также определила показания к выполнению мининвазивных вмешательств. В исследуемых группах 72 пациента проспективной группы и 26 пациентов ретроспективной группы выписаны из стационара после того, как удалось разрешить кишечную непроходимость консервативным путем. Из всего количества оперированных пациентов (240), 126 пациентов составляли проспективную и 114 ретроспективную группы. При подтвержденном диагнозе спаечной тонкокишечной непроходимости 28 (22,2%) пациентам из 126 оперированных проспективной группы проведен лапароскопический адгезиолизис, а в 31 (24,6 %) случае лапароскопия носила диагностический характер, с последующей конверсией доступа. В оставшихся 67 (53,2 %) наблюдениях I группы, а также во всех случаях II группы (114 оперированных пациентов) хирургическое лечение было осуществлено лапаротомическим доступом. По количеству послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo (2004) частота встречаемости в проспективной группе составила 28

(22,2%), в ретроспективной 53 (46,5%). Количество релапаротомий в проспективной группе составило 4 (3,17%), в ретроспективной 9 (7,89%) соответственно. По количеству летальных исходов в группах также отмечается достоверная разница - в основной группе 5 (3,9 %), в группе сравнения 17 (14,9 %) наблюдений (связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0.01$).

Заключение: Таким образом предложенная лечебно-диагностическая тактика с использованием лучевых и эндоскопических методов исследования, с учетом данных оригинальной балльно-оценочной шкалы, позволили улучшить результаты лечения данной категории пациентов, сократить диагностический период, определить основополагающие критерии к консервативной тактике ведения, а также уточнить показания к выбору хирургического метода лечения. Данный подход позволяет достоверно уменьшить частоту послеоперационных осложнений и уровень летальности.



ОЦЕНКА РИСКА УЩЕМЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Сизуа Бадри Валериевич (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России)

Козобин Александр Анатольевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Вовк Андрей Владиславович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Погосян Гаик Саркисович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, риск ущемления, экстренная герниопластика.

Актуальность и цели. Количество пациентов с ущемленными послеоперационными грыжами (ПОВГ) неуклонно возрастает. Хирург при выполнении экстренной операции часто ограничен в использовании сетчатых эндопротезов и эндовидеохирургических методик, а послеоперационный период сопровождается большим количеством осложнений, по сравнению с плановой операцией. Своевременное выполнение хирургического вмешательства, позволило бы избежать части негативных последствий экстренных операций. Особенно актуально определения риска ущемления у пациентов, госпитализированных в экстренном порядке с диагнозом «состояние после ущемления», для определения срочности оперативного лечения. Целью данной работы стало определение риска ущемления послеоперационных вентральных грыж путем разработки оригинальной балльно-прогностической шкалы.

Пациенты и методы. Были проанализированы истории болезни 800 пациентов с ущемленными ПОВГ, лечившихся в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» и хирургических клиниках СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2000 по 2019 гг. Также были изучены открытые герниологические регистры Европы и Америки, проведен систематический обзор литературы. Полученные данные были статистически обработаны.

Результаты. На основании полученного материала, выявлены наиболее значимые факторы, имеющие влияние на ущемление ПОВГ: возраст (пациенты старшей возрастной группы); пол (женский); размеры грыжевого выпячивания – от 2 до 7 см. (W 1–2 по классификации Европейского общества герниологов); локализация – срединная линия (M по классификации EHS); рецидив грыжи (R1 по классификации EHS); сроки грыженосительства (риск возникновения ущемления ПОВГ выше в течении первых 5 лет); высокий индекс массы тела; повышенное внутрибрюшное давление; симптомные грыжи (боли в области грыжевого выпячивания, признаки хронического нарушения кишечного пассажа); эпизоды ущемления в анамнезе; физическая нагрузка; сопутствующие заболевания, повышающие внутрибрюшное давление – хронические

заболевания легких (ХОБЛ, бронхит), запоры, асцит, заболеваниями мочеполовой системы (простатит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и др.)

Затем была определена частота встречаемости каждого из факторов риска, на основании которой вычислен коэффициент значимости и степень выраженности каждого из имеющихся значений, которая была представлена в числовом виде, где: 0 - фактор риска отсутствует; 1 - выраженность фактора риска незначительная; 2 - выраженность фактора риска умеренная; 3 - выраженность фактора риска высокая. Далее была сформирована таблица, где факторы риска представлены в их балльном эквиваленте. Для расчета риска ущемления необходимо сложить баллы, соответствующие каждому фактору риска у пациента. По сумме баллов определялся риск ущемления, так при сумме баллов от 0 до 8 была низкая вероятность ущемления грыжи (1–15%); 9–15 баллов – умеренная вероятность ущемления грыжи (16–25%); 16–25 баллов – высокая вероятность ущемления грыжи (26–50%).

Заключение. Учитывая факторы риска, с помощью предложенной балльно-прогностической шкалы можно рассчитать вероятность ущемления послеоперационной вентральной грыжи. Что в свою очередь позволяет определить оптимальную хирургическую тактику: пациентов с высоким риском ущемления целесообразно оперировать в рамках текущей госпитализации, а пациенты со средним риском должны иметь приоритет при плановой госпитализации. Данный подход к пациентам с ПОВГ позволит снизить количество ущемлений и, как следствие, общее количество негативных последствий экстренных операций.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ.

Чернышев Денис Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Пузанов Сергей Юрьевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Еремин Юрий Алексеевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Коцеев Антон Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Балаев Мурат Назирович (ВМА им. С.М. Кирова, ХУВ №2)

Актуальность проблемы.

Современная хирургия характеризуется поиском и внедрением в клиническую практику малоинвазивных и эффективных методов диагностики и лечения больных (Бородин М.А. и др., 2006; Жерлов Г.К. и др., 2006; Тимошин А.Д. и др., 2003). Высокая информативность ультразвукового исследования, ее безвредность и возможность многократного использования, мобильность современной аппаратуры позволяют считать ее скрининговым методом диагностики в практике здравоохранения (Nicolaou S. et al., 2007). Для определения характера содержимого жидкостных скоплений брюшной полости используют малоинвазивные пункционно-дренажные оперативные вмешательства под ультразвуковым контролем. Эти новые технологии позволили пересмотреть принципы лечения и диагностики многих хирургических заболеваний. Преимущества данных методик заключаются в малой травматичности, низкой частоте осложнений, экономической эффективности и снижении сроков реабилитации больных (Лобанов А.И. и др., 2005).

В период с января 2020 г по настоящее время в хирургическом отделении №3 в условиях перевязочной было выполнено:

Пункция кисты поджелудочной железы под УЗИ навигацией – 8;

Чрезкожная-чрезпеченочная
холецистостомия – 15;

Пункция и дренирование жидкостных образований брюшной полости- 9.

Для дренирования использовались системы диаметром 12 Fr.

Показаниями для подобного вида вмешательств является:

1 – очаговые образования органов брюшной полости и забрюшинного пространства (диагностические пункции);

2 – кистозные ретенционные образования паренхиматозных органов (диагностические манипуляции);

3 – подозрение на наличие абсцесса в брюшной полости или в забрюшинном пространстве (диагностические и лечебные манипуляции);

5 – обтурационный холецистит (диапефтические манипуляции)- при тяжелом состоянии пациентов.

В двух случаях развились осложнения в виде миграции дренажей из желчного пузыря, причинами которых являлось самостоятельное извлечение дренажей больными. В обоих случаях с целью купирования желчного перитонита были выполнены оперативные вмешательства.

Малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования, имея весьма ограниченный круг противопоказаний, выполняются независимо от тяжести состояния больного. Диагностические вмешательства под контролем ультразвукового исследования значительно уменьшают продолжительность обследования, исключают необходимость применения более инвазивных методик и снижают стоимость лечения. Лечебные малоинвазивные вмешательства в случае их успешного выполнения являются альтернативой хирургическому лечению. Отсутствие необходимости в проведении общего обезболивания и в выполнении операционного разреза, сравнительная безопасность инвазивных вмешательств под контролем ультразвукового исследования, значительно лучшие непосредственные результаты лечения являются их существенным преимуществом перед хирургическим лечением.

На основании наших наблюдений, стоит отметить, что малый диаметр устанавливаемых дренажей не создает адекватное дренирование и отхождение большого размера секвестров поджелудочной железы при панкреонекрозах. В связи с этим дальнейшее развитие методики заключается в постепенном увеличении количества и диаметра устанавливаемых в патологический очаг дренажей или использовании методики VARD (видеоассистированной ретроперитонеальной некрсеквестрэктомии).



ПРЕИМУЩЕСТВА ОРИГИНАЛЬНОЙ БАЛЛЬНО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Сигуа Бадри Валериевич (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

Петров Сергей Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Игнатенко Виктор Анатольевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Котков Павел Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: перитонит, абдоминальный сепсис, балльная шкала

Актуальность. Лечение тяжелых форм распространенного вторичного перитонита зачастую требует проведения неоднократных оперативных вмешательств, от своевременности проведения которых во многом зависят исходы лечения данной группы пациентов. Ввиду этого отбор больных с высоким риском персистенции внутрибрюшной инфекции является одной из первоочередных задач на этапе первичного оперативного вмешательства.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с распространенным вторичным перитонитом путем разработки и внедрения в практику балльно-прогностической шкалы, позволяющей выявлять группы больных с высоким риском развития третичного перитонита для дальнейшего планирования санационных вмешательств.

Материалы и методы. Основу работы составил анализ результатов лечения 220 больных с распространенными формами перитонита, находившихся на лечении в хирургических отделениях №1 и №2 СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в период с 2013 по 2019 гг. Из исследования были исключены панкреатогенные, первичные формы перитонита, послеоперационные формы осложненной хирургической инфекции и инкурабельные пациенты с распространенными необратимыми сосудистыми поражениями кишечника. Для выявления факторов риска развития третичного перитонита была проанализирована корреляционная связь между рядом клинических, лабораторных и инструментальных факторов и вероятностью санационной релапаротомии в группе сравнения, состоящей из 111 больных с вторичным перитонитом, среди которых практиковалась тактика повторных вмешательств «по требованию». На основании полученных данных разработана прогностическая балльная шкала оценки тяжести перитонита, включающая 8 факторов: возраст пациента, наличие злокачественного новообразования, стимулированной перистальтики и инфильтрации тонкой кишки, характер перитонеального экссудата, уровень интраабдоминальной гипертензии, сумму баллов по шкалам APACHE II и SOFA. Распределение больных группы сравнения согласно значениям разработанной шкалы позволило сформулировать алгоритм

хирургической тактики, который был применен в лечении 109 больных основной группы. С учетом предложенного лечебного подхода пациенты были стратифицированы согласно вероятности развития третичного перитонита на подгруппы низкого, среднего и высокого риска. Подгруппу низкого риска составили 35 больных (32,1%), у которых не возникло необходимости в санационных релапаротомиях – для ликвидации воспалительного процесса в брюшной полости однократной лапаротомии оказалось достаточно. В подгруппе 40 больных (36,7%), у которых риск развития третичного перитонита был оценен как средний, изначально не планировалось выполнение плановых релапаротомий, однако, ввиду признаков прогрессирования интраабдоминальной инфекции предприняты 3 релапаротомии “по требованию”. Наконец, у 34 пациентов основной группы (31,2%) были получены высокие значения балльно-прогностической шкалы, что послужило одним из показаний к проведению плановых санационных вмешательств, проведенных у 20 пациентов (58,8%), которым суммарно было выполнено 36 повторных вмешательств. Интраоперационно осуществлялся повторный подсчет значения балльной шкалы, исходя из которого планировалась последующая тактика – продолжение плановых санаций при превышении указанного значения в 11 баллов или, в противном случае, отказ в пользу дальнейшего консервативного лечения.

Результаты. Согласно полученным результатам, средние койко-день и длительность пребывания в реанимационных отделениях среди выживших больных основной группы были статистически значимо выше, чем аналогичные показатели группы сравнения. Это объясняется большей выживаемостью пациентов с тяжелыми формами перитонита в основной группе, что способствовало закономерному увеличению средней длительности пребывания в стационаре. Частота и тяжесть послеоперационных осложнений существенно не отличалась среди больных сравниваемых групп и в целом соответствовали литературным данным. Показатель послеоперационной летальности в основной группе был статистически ниже ($p=0,001$), составив 30,2% (33 пациента) против 51,3% (57 больных) в группе сравнения. Следует отметить, что увеличение частоты благоприятных исходов во многом обусловлено благодаря росту выживаемости в подгруппе больных высокого риска – в группе сравнения среди таких пациентов была практически 100%-я летальность (31 из 32 человек) против 58,8% (20 больных из 34) основной группы.

Выводы. Применение разработанной шкалы привело к некоторому увеличению общего количества хирургических пособий, впрочем, снизив послеоперационную летальность в 1,7 раза ($p=0,001$) преимущественно за счет улучшения показателей выживаемости в группе больных с тяжелыми формами перитонита.

Применение синтетических имплантатов в антирефлюксной хирургии.

Пузанов Сергей Юрьевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Еремин Юрий Алексеевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Тарбаев Иван Сергеевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Ключевые слова: ГЭРБ, ГПОД, хирургическое лечение ГЭРБ, хиатальная грыжа, антирефлюксная хирургия, протезирующая хиатопластика

Актуальность и цели. Улучшение результатов лечения рефрактерной к консервативной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, возникшей на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Пациенты и методы. Проведен сравнительный анализ 60 пациентов, получавших хирургическое лечение в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» с 2015 по 2019 год по поводу рефрактерной к консервативной терапии ГЭРБ. Во всех случаях ГЭРБ развивалась на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Грыжа I типа (аксиальная) встречалась у 48 (80%) больных, грыжа III типа (смешанная) у 12 (20 %). Все оперативные вмешательства выполнялись лапароскопически. 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 30 пациентов (50 %) выполнено укрепление предварительно сшитых ножек диафрагмы сетчатым имплантатом с перекрытием линии швов крурорафии на 2 см и расположением края протеза на расстоянии 2-3 мм от края хиатального отверстия для предотвращения контакта пищевода с внутренним краем имплантата. В 30 (50 %) случаях применялась пластика только собственными тканями. Обязательным антирефлюксным барьером являлась фундопликация.

Результаты. Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены на протяжении от 18 до 36 месяцев у 56 (93 %) пациентов. Специфические побочные эффекты данных операций, такие как транзиторная дисфагия отмечались у 8 (13 %) пациентов, метеоризм в 10 (17%), нарушения механизма отрыжки и рвоты в 5 (8%) случаев. Во всех случаях данные побочные эффекты разрешились самостоятельно на протяжении до 1 месяца в послеоперационном периоде. У 3 (5%) пациентов со смешанной грыжей (III типа) при мобилизации грыжевого мешка имел место гидроторакс. Осложнений, связанных с использованием протезирующих материалов, не отмечалось. Рецидив ГЭРБ на фоне рецидива хиатальной грыжи выявлен у 6 (12 %) пациентов, которым пластика хиатального отверстия диафрагмы осуществлялась лишь посредством крурорафии, при использовании же протезирующих материалов, рецидив выявлен в 2 (3 %) случаев (ТКФ; $p=0.27216$).

Заключение. Лапароскопическая фундопликация с применением протезирующих материалов для коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы при хирургическом лечении рефрактерной к медикаментозной терапии ГЭРБ является безопасной методикой и позволяет значительно снизить частоту рецидивов. Частота побочных эффектов операций, при коррекции пищеводного отверстия диафрагмы собственными тканями и, с применением имплантатов, является сопоставимой. Для достижения эффективности и безопасности применения, сетчатый имплантат следует прочно фиксировать с широким закрытием линии швов круорографии на расстоянии 2-3 мм от внутреннего края пищеводного отверстия диафрагмы.

Радикальное хирургическое лечение больных с опухолевыми заболеваниями панкреатодуоденальной зоны

Сизуа Бадри Валериевич (ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России)

Земляной Вячеслав Петрович (ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России)

Гуляев Алексей Викторович (ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России)

Цикоридзе Малхаз Юрьевич (ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России)

Захаров Евгений Алексеевич (ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России)

Ключевые слова: опухоли панкреатодуоденальной зоны, панкреатодуоденальная резекция, послеоперационные панкреатические фистулы, панкреатодигестивные анастомозы.

Актуальность и цели. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является единственным радикальным методом лечения злокачественных опухолей периапулярной зоны. Развитие послеоперационной панкреатической фистулы (ПОПФ) является наиболее частым осложнением ПДР. Основными факторами риска развития ПОПФ являются узкий главный панкреатический проток и мягкая, «сочная» паренхима поджелудочной железы. Таким образом именно этап формирования панкреатодигестивного анастомоза оказывает решающее значение на течение послеоперационного периода. Целью исследования явилось улучшение непосредственных результатов хирургического лечения пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями панкреатодуоденальной зоны.

Пациенты и методы. Панкреатодуоденальная резекция выполнена 94 пациентам с опухолями панкреатодуоденальной зоны. Первую (основную) группу составили 45 пациентов (21 женщина, 24 мужчины), в возрасте от 40 до 79 лет, получавших лечение на клинических базах кафедры факультетской хирургии имени И.И. Грекова в 2018-2019 гг. Лечение данной группы пациентов осуществлялось в соответствии с разработанным дифференцированным алгоритмом выбора способа формирования панкреатодигестивного анастомоза на основе шкалы оценки риска развития панкреатических фистул (Fistula Risk Score). У пациентов с суммой баллов по шкале Fistula Risk Score 4 и более использовалась новая методика формирования резервуарного

терминалateralного панкреатоеюноанастомоза. Вторую (сравнения) группу больных составили 49 пациентов (24 женщина, 25 мужчин), в возрасте от 40 до 80 лет, получавших лечение в 2014-2017 гг. При выполнении хирургического вмешательства у данной группы пациентов не рассчитывался риск развития панкреатической фистулы, а выбора способа формирования панкреатодигестивного анастомоза осуществлялся в соответствии с предпочтениями оператора. Достоверных различий между пациентами обеих групп по индексу коморбидности, анестезиологическому риску, частоте встречаемости механической желтухи и способам декомпрессии желчных протоков, а также морфологии опухоли отмечено не было. Средний балл по шкале Fistula Risk Score составил $2,04 \pm 2,24$ в основной группе и $2,73 \pm 1,83$ в группе сравнения ($p > 0,05$).

Результаты. В основной группе достоверно чаще выполняли пилоруссохраняющие ПДР 39 (86,7%) и 27 (55,1%) ($p < 0,01$). Также отмечено увеличение доли вмешательств с резекциями вен 10 (22,2%) и 2 (4,1%) соответственно ($p < 0,05$). Новый способ формирования резервуарного панкреатоеюноанастомоза был применен у 12 (26,6%) пациентов основной группы с наиболее высоким риском развития панкреатической фистулы. Послеоперационные осложнения наблюдались у 17 (37,8%) больных основной группы и 36 (73,8%) в группе сравнения ($p < 0,01$). Было отмечено снижение частоты развития послеоперационных панкреатических фистул с 14 (28,6) до 2 (6,6%) ($p < 0,05$) в основной группе. Панкреатические фистулы класса С встречались у 10 (20,4%) пациентов группы сравнения и 2 (6,6%) больных основной группы ($p < 0,05$). Частота развития послеоперационного панкреатита составила 16 (32,6%) и 5 (11,1%) в основной группе ($p < 0,05$). Аррозивные кровотечения также реже встречались в основной группе 1 (2,2%) и 9 (18,3%) ($p < 0,05$). Повторное оперативное вмешательство потребовалось 5 (11,1%) пациентам основной группы и 21 (42,8%) в группе сравнения ($p < 0,01$). Летальный исход был зафиксирован у 3 (6,6%) больных основной группы и у 9 (18,3%) в группе сравнения ($p > 0,05$).

Заключение. Использование разработанного лечебного алгоритма позволило достоверно снизить частоту развития осложнений с 73,4% до 37,8% ($p < 0,01$), послеоперационных панкреатических фистул с 28,6% до 6,6% ($p < 0,05$), послеоперационного панкреатита с 32,6% до 11,1% ($p < 0,05$) и аррозивных кровотечений с 18,3% до 2,2% ($p < 0,05$). Также была отмечена тенденция к снижению уровня летальности с 18,3% до 6,6% соответственно ($p > 0,05$).

Роль и место эндовидеохирургии в лечении острой тонкокишечной непроходимости

Чернышев Денис Александрович (СПб ГБУЗ Елизаветинская больница)

Пузанов Сергей Юрьевич (СПб ГБУЗ Елизаветинская больница)

Шустов Виктор Викторович (СПб ГБУЗ Елизаветинская больница)

Проанализированы результаты обследования и лечения 42 больных с острой тонкокишечной непроходимостью (обтурационной и странгуляционной), за период с 2018 по 2020 годы в хирургических отделениях Елизаветинской больницы.

Ключевые слова: тонкокишечная непроходимость, видеолапароскопическая хирургия, лапароскопический адгезиолизис.

Цель: оценка результатов диагностики и оперативного лечения острой тонкокишечной непроходимости открытыми и лапароскопическими методами. в условия стационара экстренной помощи.

Актуальность: своевременная диагностика и рациональная лечебная тактика при острой кишечной непроходимости (ОКН) являются крайне актуальной проблемой современной неотложной абдоминальной хирургии в связи с неуклонным ростом числа больных, значительным количеством послеоперационных осложнений и высокой летальностью. Пациенты с ОКН, наиболее частой причиной которой является спаечный процесс брюшной полости, составляют до 10% от общего числа больных с неотложными заболеваниями органов брюшной полости. В России частота острой кишечной непроходимости составляет около 5 заболевших на 100 тысяч человек, являясь причиной от 3 до 5% поступлений больных в хирургические стационары. Среди всех больных с механической кишечной непроходимостью острая тонкокишечная непроходимость (ОТКН) составляет от 64,3 до 80% случаев и отличается более тяжелым клиническим течением и худшим прогнозом заболевания. Это обуславливает сохраняющуюся высокую летальность при данной патологии. По свидетельству разных авторов она составляет от 5,1 до 8,4%, занимая ведущее место среди всех urgentных заболеваний.

Видеолапароскопический адгезиолизис на 70-80% уменьшил вероятность образования спаек в брюшной полости. И, хотя лапароскопические операции связаны с уменьшением длительности пребывания в больнице, более быстрым восстановлением и уменьшением количества некоторых осложнений по сравнению с открытой хирургией, лапароскопическая технология при лечении пациентов с ОКН нуждается в

дальнейшей разработке.

Сложным вопросом является установление до операции формы механической тонкокишечной непроходимости, при которой лапароскопическая технология будет эффективной и безопасной.

Особое место занимает странгуляционная кишечная непроходимость. Сдавление не только самой кишки, но и ее брыжейки представляет исключительную опасность, без быстрой и адекватной по объему операции всегда возникают необратимые изменения кишки, и следуют фатальные осложнения. В патогенезе деструктивных изменений кишечной стенки решающее значение имеют ишемия и фактор времени. Нет сомнений, что при подозрении на странгуляционную форму непроходимости незамедлительно следует принять решение об экстренной операции. Именно такое положение декларируют современные руководства. Несмотря на бурное развитие и внедрение в клиническую практику новых технологий, количество диагностических ошибок при странгуляционной форме ОТКН, по данным литературы, остается высоким — от 20 до 50%.

Материалы и методы: проанализированы результаты хирургического лечения 42 пациентов с ОКН, находившихся в хирургических отделениях Елизаветинской больницы в 2018-2020 гг.

Минимальный возраст больных составил 19 лет, максимальный – 74 года.

Причинами ОКН у 31 ранее оперированного больного были различные формы острого аппендицита (13), острая кишечная непроходимость (6), язвенная болезнь (4), травмы живота (2), гинекологические заболевания (6) и другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости (3). У 11 больных, не оперированных ранее, причиной ОКН явились единичные висцеро-висцеральные или висцеро-париетальные спайки (8), желчные камни (2), полип подвздошной кишки с инвагинацией (1).

Для оценки результатов лечения ОТКН пациенты были разделены на две группы. В 1-ю (основную) группу вошли 22 больных, которым по показаниям были выполнены эндохирургические (20) и видеоассистированные (2) операции по поводу ОКН, 2-ю (контрольную) группусоставили 20 пациентов, которые перенесли традиционные хирургические операции.

Используемый алгоритм лечебно-диагностических мероприятий: сбор анамнеза, осмотр (пальпация, аускультация), обзорная рентгенография органов брюшной полости, ультразвуковое исследование для выявления уровня пареза кишечника и наличия свободной жидкости, декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральный зонд, очистительные, сифонные клизмы), консервативные мероприятия, направленные

ные на разрешение острой кишечной непроходимости, рентгенологический контроль с пассажем бария, при выраженном болевом синдроме незамедлительное оперативное лечение с предоперационной подготовкой на операционном столе.

В качестве операционного доступа у оперированных ранее больных использовалась методика минилапаротомии по Hassan параумбиликально или в левой подвздошной области. В выборе традиционного (лапаротомного) оперативного вмешательства мы руководствовались следующими принципами: 1) тотальное поражение брюшной полости спаечным процессом; 2) обнаружение выпота и перитонита; 3) выраженный парез кишечника; 4) сомнительная жизнеспособность кишки; 6) неуверенность в полноценном рассечении спаек; 7) некорригируемая коагулопатия; 8) непереносимость пневмоперитонеума.

Результаты:

При оценке эффективности применения видеолапароскопии нами проведено сравнение полученных результатов у больных основной и контрольной групп в ближайшем послеоперационном периоде. Основными критериями оценки ближайшего послеоперационного периода считали общее состояние больных, интенсивность болевого синдрома, физическая активность, время появления активной перистальтики, отделяемое из назоинтестинального зонда, количество койко-дней, проведенных в стационаре.

Видеолапароскопический адгезиолизис, в отличие от традиционного оперативного вмешательства, характеризовался минимальной интраоперационной кровопотерей при малой продолжительности операций, которая составила $88,8 \pm 13,6$ минуты. Для сравнения: длительность операции при традиционном методе составила $144,6 \pm 18,3$ минуты.

Минимальная травма органов брюшной полости и передней брюшной стенки способствует благоприятному течению послеоперационного периода. В послеоперационном периоде болевой синдром был минимальным (оценка по шкале ВАШ), у 20 больных он легко купировался одно-, двукратным введением анальгетиков. После традиционного вмешательства болевой синдром, который отмечался у всех больных, сохранялся на протяжении 3-4-х суток. Уменьшение болевого синдрома способствовало достаточно быстрому восстановлению физической активности больных. После лапароскопических операций пациенты начали ходить в первые сутки, после открытых операций - на 2-3-и сутки.

Наиболее заметным преимуществом видеолапароскопической методики являлось быстрое восстановление нормальной перистальтики кишечника, значительно меньшая выраженность послеоперационного пареза, что обусловлено минимальной травматизацией мезотелия кишки.

В послеоперационном периоде у 17 больных контрольной группы отмечался парез

кишечника (до 3-х сут). У 12 пациентов, которым была проведена назоинтестинальная интубация, в первые сутки по зонду выделялось кишечное содержимое в объеме до 1-1,5 л. Назоинтестинальный зонд удаляли на 3-и сутки. У пациентов основной группы энтеральное питание стало возможным на 2-3-и сутки, контрольной - на 4-5-е сутки. Стул у больных основной группы появился на $2,8 \pm 0,8$ суток после операции, контрольной - на $4,5 \pm 0,6$ суток.

Благодаря гладкому течению послеоперационного периода сроки пребывания больных основной группы в отделении интенсивной терапии сократились с $0,5 \pm 0,2$ до $0,2 \pm 0,1$ суток. Значительно уменьшились сроки пребывания в стационаре в послеоперационном периоде.

После видеолaparоскопических вмешательств количество койко-дней в среднем составляло 5 суток, а при традиционном методе - 12 суток.

При использовании лапароскопии значительно меньше были частота и тяжесть послеоперационных осложнений. Так, в контрольной группе послеоперационные осложнения наблюдались у 40% больных, в основной - у 9%, т.е. в 4,4 раз меньше.

Сравнительный анализ результатов видеолaparоскопического и традиционного методов лечения показал, что эндоскопический адгезиолизис имеет существенные преимущества перед традиционной лапаротомией.

На диагностическом этапе верифицировали диагноз, определяли хирургическую тактику.

Лапароскопическое устранение ОКН, выполненное по показаниям, позволило уменьшить травматичность и длительность операций. Летальных исходов в основной группе не было, в контрольной группе летальность составила 5% (1 пациент).

Выводы: лапароскопическая операция при острой тонкокишечной непроходимости является приоритетным методом лечения, но при этом должна выполняться только опытным хирургом у пациентов с правильно сформулированными показаниями. Ограничением лапароскопического метода при ОКН являются межкишечные сращения и спаечные конгломераты кишечника с грубой деформацией его просвета. ЭВХ методика позволяет максимально щадяще восстановить проходимость кишечника, обеспечивая уменьшение количества абдоминальных осложнений, сокращение послеоперационного периода и быстрое восстановление полной физической активности больных.

Совершенствование методики 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»)

Васильченко В.А. (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», ФГБОУ ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова Кафедра госпитальной хирургии №1)

Актуальность. По данным литературы у 10-24% людей от общего числа популяции имеется компрессия чревного ствола, из них примерно у 1-5% имеются клинические проявления. Вопросы оперативного лечения пациентов с компрессией чревного ствола по-прежнему остаются открытыми. До сих пор в хирургическом обществе чёткие показания к оперативному лечению не сформулированы, а также не решен выбор тактики оперативного лечения. Большинство клиник г. Санкт-Петербург как доступ оперативного лечения предпочитают лапаротомию, однако в последние годы накоплен опыт оперативного лечения методом лапароскопии.

Цель исследования: Оценить результаты хирургического лечения пациентов с экстравазальной компрессией чревного ствола методом лапароскопии, на основе накопленного опыта оптимизировать технику операции. Разработать алгоритм профилактики развития послеоперационного панкреатита.

Материалы и методы: На базе Городского центра эндовидеохирургии СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в период с ноября 2019 г. по октябрь 2020 г. было прооперировано 15 пациентов с экстравазальной компрессией чревного ствола. Пациенты поступали в плановом порядке, на протяжении многих лет отмечали жалобы на боли в верхних отделах живота, возникающие через 15 минут и купируемые через 2 часа после приема пищи. Болевой синдром также зависел от физической нагрузки и эмоционального напряжения. В среднем от момента обращения за медицинской помощью до постановки диагноза проходило около 3 лет. Возраст пациентов колебался от 23 до 35 лет. Мужчин было 8 (53%), женщин – 7 (47%). Диагноз компрессии чревного ствола был подтвержден УЗИ-доплерографией и КТ-ангиографией (гемодинамически значимый стеноз более 75 %, диаметр чревного ствола в месте сдавления срединной дугообразной связкой диафрагмы не более 2 мм). Всем пациентам была выполнена лапароскопическая декомпрессия чревного ствола ретроградным (10) и антеградным (5) способами. Проводилась профилактика развития послеоперационного панкреатита: за 30 минут до операции и в 1-е сутки после операции пациентам выполнялись подкожные инъекции октреатида, проводилась инфузионная спазмолитическая терапия в раннем послеоперационном периоде.

Результаты исследования: У 3 пациентов (20%) на 1-3-е сутки после операции были жалобы на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, расцененные как развитие послеоперационного панкреатита и купированные на 3-4-е сутки после операции. Возникновение послеоперационного панкреатита коллектив авторов связывает с диссекцией дистальной трети чревного ствола и селезеночной артерии, проходящих по верхнему краю поджелудочной железы.

С целью лучшей визуализации чревного ствола была изменена стандартная постановка троакаров: оптический троакар вместо параумбиликальной зоны мы ставим на середине расстояния между мечевидным отростком и пупком, ретрактор вместо правого подреберья устанавливаем в эпигастральной области под мечевидным отростком. У 5 пациентов была выполнена антеградная диссекция сдавливающих тканей (от брюшной аорты к трифуркации чревного ствола), что уменьшило среднее время операции и анестезии на 25 минут, за счёт более быстрого нахождения чревного ствола в месте его отхождения от брюшной аорты. Все пациенты были выписаны из стационара на 4-5-е сутки после оперативного лечения в удовлетворительном состоянии.

При оценке отдаленных результатов оперативного лечения через 4-6 месяцев на контрольной КТ-ангиографии и УЗДС чревного ствола отмечено, что регрессировали признаки экстравазальной компрессии чревного ствола. При повторном осмотре через 4-6 месяцев пациенты жалоб не предъявляли, отмечали полное купирование болей в животе.

Выводы: Гемодинамически значимый стеноз чревного ствола является показанием к оперативному лечению. Лапароскопическая декомпрессия чревного ствола является преимущественным методом оперативного лечения данной патологии из-за лучшей визуализации и меньшей травматичности. Антеградный способ является более предпочтительным – уменьшает время операции и анестезии. В связи с близким расположением верхнего края поджелудочной железы к зоне операции показана профилактика развития послеоперационного панкреатита.



СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОМАСТИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Чернышев Денис Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Пузанов Сергей Юрьевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Герашенко Ярослав Леонидович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

Международный медицинский центр «СОГАЗ»

Резюме: В статье отражены результаты 3-летнего опыта обследования, медикаментозного и хирургического лечения пациентов с гинекомастией. Предложен оптимальный диагностический алгоритм, терапевтическая и хирургическая тактика.

Ключевые слова: гинекомастия, хирургическое лечение гинекомастии, медикаментозное лечение гинекомастии, гинекомастия обзор, гинекомастия техники.

Актуальность: гинекомастия (ГМ) - увеличение мужских молочных желез (МЖ) из-за пролиферации железистой, фиброзной и жировой ткани. Временное увеличение МЖ часто встречается у младенцев или подростков и со временем исчезает. У пациентов вне пубертатного или старческого возраста ГМ развивается за счет фармакологического фактора (прием спиронолактона, кетоконазола, блокаторов кальциевых каналов или марихуаны) и патологии внутренних органов (цирроз печени, гипертиреоз, новообразования надпочечников, яичек или гипогонадизм). При обследовании больных с ГМ необходимо не только произвести исследование МЖ, но и обратить внимание на степень выраженности вирилизации, наличие таких симптомов, как ослабление либидо или потенции, общую вялость, отсутствие выраженного оволосения в области подбородка. Важно организовать обследование у уролога, (пальпация яичек, ультразвуковое исследование мошонки). Хирургу помимо основной специальности так же требуется знание эндокринологии. В хирургическом сообществе чаще используются классификации степени ГМ по Simonand Rohrich и Lettermanand Schurter. Диагностический минимум обследования подразумевает анализ жалоб, сбор анамнеза, осмотр, оценку общего состояния, пальпацию МЖ. Лабораторное исследование включает общий анализ крови, анализ мочи, биохимическое исследование крови, исследование гормонального статуса, анализ крови на онкомаркеры. Инструментальное исследование заключается в УЗИ, маммографии (МГ), а при необходимости магнитнорезонансной томографии (МРТ). Перед хирургическим вмешательством проводят обследование, исключают влияние фармакологических средств, гормоноактивных опухолей и коррекцию любых системных процессов, лежащих в основе заболевания. Важно исключить злокачественную опухоль молочной железы. Медикаментозные методы лечения под-

разумевают: прекращение влияния эстрогенов на рецепторный аппарат клеток антагонистами эстрогена, так как использование ингибиторов ароматазы не доказало эффективности, снижение уровня пролактина стимуляцией D2-дофаминовых рецепторов, использование производных 3-оксоандростена. Современные техники пластической хирургии демонстрируют хороший эстетический результат, но не позволяют провести гистологическое исследование удаленного материала. Традиционные хирургические техники не позволяют обеспечить малую травматизацию тканей. В настоящее время использование эндовидеохирургических операций является современным трендом в России и Китае.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) 10 мужчин, обследованных за период с 2017 по июль 2020 годы с жалобами на дискомфорт, уплотнение и увеличение МЖ. Регистрация данных в электронной МК и статистический анализ показателей проводились в «Медицинской информационной системе Медиалог», (ООО «Пост Модерн Текнолоджи»). Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, УЗИ МЖ, МГс 2 сторон в 2 проекциях, УЗИ органов брюшной полости, рентген органов грудной клетки, анализ крови на пролактин, эстрадиол, тестостерон, альфафетопротеин, простатспецифический антиген, трансаминазы, билирубин. Критерий оценки наличия и отсутствия патологии МЖ, основывался на стандартных рентгенологических, ультразвуковых (УЗ), пальпаторных сведениях о толщине, плотности, размерах и соотношении тканей, лабораторных показателях.

Результаты: Возраст пациентов от 18 до 56 лет. У 1 пациента (3 степень по Rohrich) выявлена липомастия, он направлен на липосакцию. У 9 пациентов (1А и 1В степень по Rohrich) выявлена гинекомастия односторонняя или двусторонняя, подтвержденная УЗИ и МГ. Установлены факторы риска гинекомастии: гипертиреоз, гипогонадизм, гиперпролактинемия, прием конкора, аллопуринола, стероидных гормонов. 9 пациентам подобрана комплексная терапия, заключающаяся в устранении факторов инициации процесса, использовании Каберголина в дозе 0,5 мг 1\2 таблетки (0.25 мг) 2 раза в неделю на 2 месяца, Тамоксифена 10 мг 1 т. 2 раза в день на 2 месяца. Двум пациентам назначен Андрогель 1% 50мг. У всех пациентов после 2х курсов терапии отмечен регресс железистой ткани, подтвержденный УЗИ. Трем пациентам (1В степень по Rohrich) с частичной регрессией после проводимой терапии и уменьшения объема железистой ткани на базе хирургического отделения №3 Елизаветинской больницы выполнена эндовидеохирургическая подкожная мастэктомия с двух сторон.

Выводы: Использование опыта по стандартизации обследования МЖ, медикаментозного и хирургического лечения пациентов с гинекомастией может рассматриваться как оптимальный вариант для данной группы больных, улучшающий показатели раннего выявления, заболеваемости, и служить профилактикой рака молочной железы у мужчин, повлиять на качество и продолжительность жизни. Эндовидеохирургическая



подкожная мастэктомия является операцией выбора у пациентов с минимальной гипертрофией при преобладании фиброзной ткани, после предварительной терапии.

ФОРМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Земляной Вячеслав Петрович (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Мельников Вячеслав Александрович (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Летина Юлия Владимировна (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Нахумов Михаил Михайлович (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)

Ключевые слова: аппендицит, инфекционные заболевания, осложнения инфекций, структура.

Актуальность. Ведущее значение в проблематике острого аппендицита (ОА) имеет сложность его дифференциальной диагностики с инфекционными заболеваниями (ИЗ), среди которых значимую долю занимают острые кишечные инфекции (ОКИ). ОА может являться осложнением ОКИ, а также возникать на фоне иммунодефицита у пациентов с острыми и хроническими ИЗ.

Цель. Изучить распределение форм ОА у пациентов, поступающих в инфекционный стационар, а также исследовать связь частоты развития деструктивных форм ОА со временем, прошедшим с момента поступления пациентов в стационар до начала оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 148 пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина (КИБ) и больницы Петра Великого г. Санкт-Петербурга в период с 2013 по 2017 годы. Пациенты были разделены на 3 группы. Основная и маскированная группы включали в себя 55 и 49 пациентов соответственно, госпитализированных в КИБ. В основную группу вошли пациенты, у которых подтвержденный ОА развился на фоне подтвержденных острых или хронических ИЗ. Маскированная группа включала в себя пациентов с подтвержденным ОА и симптомами ИЗ, которое в дальнейшем было исключено. Группа сравнения состояла из 44 пациентов с ОА, пролеченных в хирургическом отделении общего профиля больницы Петра Великого г. Санкт-Петербурга.

Результаты. При анализе распределения форм ОА у пациентов основной груп-



пы, были получены следующие результаты: катаральный аппендицит – 7 (12,7%), флегмонозный аппендицит – 23 (41,8%), гангренозный аппендицит – 25 (45,5%). По времени, прошедшему с момента поступления пациента в стационар до начала оперативного лечения пациенты распределились следующим образом: менее 6 часов – 14 (25,5%), от 6 до 24 часов – 8 (50,9%), более 24 часов – 13 (23,6%).

В маскированной группе наблюдалось следующее распределение форм ОА: флегмонозный аппендицит – 28 (57,1%), гангренозный аппендицит – 21 (42,9%). Катаральные формы в этой группе не встречались. Время от поступления в стационар до начала операции: менее 6 часов – 8 (16,3%), от 6 до 24 часов – 29 (59,2%), более 24 часов – 12 (24,5%).

Формы острого аппендицита у пациентов общехирургического профиля распределились следующим образом: катаральный аппендицит – 4 (9,1%), флегмонозный аппендицит – 33 (75%), гангренозный аппендицит – 7 (15,9%). Время от поступления в стационар до оперативного вмешательства: менее 6 часов – 23 (52,3%), от 6 до 24 часов – 19 (43,2%), более 24 часов – 2 (4,5%).

Обсуждение. Вышеизложенные данные свидетельствуют, что частота развития деструктивных форм выше у пациентов с ОА на фоне острого или хронического инфекционного заболевания (основная группа), а также в группе пациентов, в которой симптомы ОА «симулировали» симптомы ИЗ (маскированная группа), чем у пациентов группы сравнения.

Доля пациентов, которые провели в инфекционном стационаре более 24 часов, прежде чем им было выполнено оперативное вмешательство, почти в 5 раз больше, чем в общехирургическом стационаре. Данный факт свидетельствует в пользу того, что особенности клинической картины ОА у пациентов с ИЗ, а также «под маской» ИЗ могут приводить к затрудненной диагностике и более позднему началу адекватного лечения.

Выводы. Частота развития деструктивных форм ОА у пациентов с симптомами ИЗ (как подтвержденного, так и исключенного) существенно выше, чем у пациентов с ОА в общехирургическом стационаре. Возможной причиной этого служит запоздалая диагностика ОА на фоне инфекционной симптоматики, его «смазанное» и «маскированное» течение. Сочетание инфекционного и хирургического заболевания оказывает взаимно отягощающий эффект, в результате чего возрастает частота деструктивных форм ОА и выраженность интоксикации.

Раздел VIII Эпидемиология

Тестирование персонала на SARS-CoV-2 как мера предотвращения заноса коронавирусной инфекции в медицинскую организацию

Чернякова Елена Витальевна (ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии»

Минздрава России, г. Новосибирск)

Ключевые слова: профилактика ИСМП, тестирование персонала методом ПЦР, методом ИФА


Актуальность и цели. Продемонстрировать возможности предотвращения заноса и распространения коронавирусной инфекции в стационаре с плановой госпитализацией путём своевременного выявления среди сотрудников лиц с бессимптомными формами и в инкубационном периоде. Сравнить эффективность и возможности методов ПЦР-диагностики и ИФА-тестирования.

Пациенты и методы. За период с 21 апреля до 10 ноября 2020 года выполнено 2890 исследований мазков из носоглотки и ротоглотки медицинского и немедицинского персонала учреждения (488 человек) для выявления РНК вируса SARS-CoV-2 методом ПЦР диагностики.

На начальном этапе обследования проведены всему персоналу учреждения однократно, в течении месяца и при приёме на работу для новых сотрудников. В течении всего периода наблюдения, в соответствии с внутренним регламентом, обследования всех сотрудников проводились после отпуска (14 дней и более), нахождения на больничном с диагнозом ОРВИ амбулаторно менее 10 дней, а также по эпидемиологическим показаниям (лица с клиническими проявлениями, выявленные при утреннем опросе и термометрии, лица, контактные с заболевшим, бессимптомным сотрудником или членом семьи).

Для медицинского персонала группы риска (сотрудники приемного отделения, поликлиники и клинического обсервационного отделения, отделения лучевой диагностики, совместители из других медицинских организаций) исследования проводились постоянно, с кратностью - 1 раз в 2 недели. Мазки из носоглотки и ротоглотки отбирались обученным персоналом учреждения. Исследование проводилось по договору с аккредитованной лабораторией со сроком предоставления результатов в тот же день, но не более суток с момента доставки проб в лабораторию.

Обследование серологическим методом для выявления иммуноглобулинов Ig M и IgG к SARS-CoV-2 проводилось собственной лабораторией с использованием тест-систем «Вектор-БЕСТ» с предоставлением результатов в течении 6 часов от отбора про-



бы. За период с 1 июня до 6 ноября выполнено 836 исследований на наличие антител всем сотрудникам однократно и, выборочно, переболевшим респираторными инфекциями через 21 день от клинических проявлений с контролем через 2-3 месяца.

Срок наблюдения составил 6 мес по ПЦР-тестированию и 5 мес по ИФА-тестированию.

Результаты. За период наблюдения выявлено 132 сотрудника с положительными результатами ПЦР-диагностики, из них у 79 (59,9%) сотрудников выявлены иммуноглобулины Ig G, в том числе у 30% сотрудников иммуноглобулины Ig G и Ig M.

У 38 сотрудников (28,8 %) с положительными тестами ПЦР не было клинических проявлений и в дальнейшем не выявлены иммуноглобулины Ig G и Ig M, что позволило интерпретировать результаты тестирования как ложноположительные.

У 14 сотрудников (10,6%) с отсутствием клинических проявлений и наличием антител Ig G, выявлена бессимптомная форма COVID-19, из них 9 ПЦР-положительных.

Для интерпретации результатов у 38 сотрудников с отрицательными тестами ПЦР-диагностики и клиническими проявлениями, в том числе с диагнозом пневмония-12 и с диагнозами ОРВИ, ангина, фарингит -16 (в половине случаев позднее тестирование), проведены серологические исследования и выявлены иммуноглобулины IgG и Ig M в сроки от 2 до 7 недель после клинических проявлений.

Предоставление результатов ПЦР-диагностики в день отбора мазков (не более суток) позволило своевременно проводить противоэпидемические мероприятия (выведение сотрудников с положительными результатами из учреждения, обследование контактных и проведение заключительной дезинфекции). До 80 % сотрудников на момент взятия мазков не имели клинических проявлений, которые появились только через 1-3 дня после тестирования. Для исключения заноса в учреждение внутренним регламентом было введено требование по проведению тестирования сотрудников методом ПЦР-диагностики за день до выхода на работу, после больничных и отпусков.

За период наблюдения у двух сотрудников произошло снижение коэффициента позитивности антител Ig G до сомнительного через 4-5 месяцев от первого выявления иммуноглобулинов. У трёх сотрудников с IgG выявлялись положительные результаты ПЦР-диагностики, в том числе у одного сотрудника заболевание повторилось в лёгкой форме (однократное повышение температуры и насморк).

При анализе возможных причин заражения: до 48% - семейные контакты, 10% - контакты с пациентами с подтверждённой коронавирусной инфекцией, 12% - заносы в учреждение сотрудниками после отпуска, амбулаторного и стационарного лечения,

11 % выявлены как контактные по сотрудникам отделения с выявленным заболеванием, 19 %- источник не установлен, но в основном, это сотрудники отделений группы риска (поликлиника, приемный покой, отделение лучевой диагностики).

Заключение. Оба метода диагностики эффективны и дополняют друг друга, позволяют своевременно предотвратить занос в медицинскую организацию новой коронавирусной инфекции. Метод ПЦР -диагностики более эффективен для ранней диагностики и позволяет оперативно провести противоэпидемические мероприятия, но дает больший процент ложно положительных результатов. Персонал с положительными тестами до верификации и отмены диагноза необходимо выводить с рабочего места на длительное время и это создает дефицит кадров. Метод ИФА диагностики более точен, быстрее по времени, но не эффективен на ранних, самых опасных по контагиозности, стадиях заболевания.

Мониторинг данных по состоянию иммунитета персонала позволяют привлекать серопозитивных сотрудников к оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19, позволяет сократить средства для ПЦР-диагностики, которая не требуется для лиц с наличием Ig G. Вместе с тем, требуется более продолжительный период для наблюдения за уровнем иммунитета у переболевших, чтобы определить кратность проведения контроля за наличием защитных антител.

Своевременное проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе по тестированию пациентов и персонала двумя методами, позволило осуществлять оказание плановой медицинской помощи в учреждении за наблюдаемый период без карантинных мероприятий, ни одно отделение не прекращало плановый прием в период пандемического распространения коронавирусной инфекции.



**Санкт-Петербург
2020**