



**XVIII ПРЕМИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
В ОБЛАСТИ
МЕДИЦИНЫ**

13 НОЯБРЯ 2020

**ПРЕМИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ.
СБОРНИК ТЕЗИСОВ НАУЧНЫХ
РАБОТ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ
НА ПРИСУЖДЕНИЕ ПРЕМИИ
В 2020 ГОДУ**

МОСКВА
2021

Государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения города Москвы»

**ПРЕМИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ.
СБОРНИК ТЕЗИСОВ НАУЧНЫХ
РАБОТ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ
НА ПРИСУЖДЕНИЕ ПРЕМИИ
В 2020 ГОДУ**

Москва
2021

УДК 61
ББК 5

Премия города Москвы в области медицины. Сборник тезисов научных работ, представленных на присуждение премии в 2020 году / под ред. А. И. Хрипуна. – М: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 148 с.

В настоящий сборник включены тезисы докладов авторов и авторских коллективов (номинантов) на соискание премии города Москвы в области медицины в 2020 году.

Издание предназначено для широкого круга читателей, интересующихся научными исследованиями и разработками, передовыми достижениями науки и технологий в области медицины.

Электронная версия сборника находится в свободном доступе на сайте НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы. Материалы публикуются в авторской редакции, за содержание и достоверность тезисов ответственность несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

УДК 61
ББК 5

ISBN 978-5-907404-12-0

© ГБУ «Научно-исследовательский институт
организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», 2021
© Коллектив авторов, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	10
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН	11
ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19	12
СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	13
РАЗРАБОТКА ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	15
АПРОБАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА ТРОМБОДИНАМИКА В МОСКОВСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	16
ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ	17
СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА В КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ	19
РЕНТГЕНИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА: ПОКАЗАНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ДОСТУПНОСТЬ	21
ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	22
«СКАЗАТЬ ЖИЗНИ ДА»: КЛИНИКА КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИМ. Г. Е. СУХАРЕВОЙ	25
УНИКАЛЬНЫЙ 30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРАНИОСИНОСТОЗАМИ И ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫМИ ДИЗОСТОЗАМИ	26
ИННОВАЦИОННЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ С СОТРУДНИКАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «ПОТЕНЦИАЛ»	27
КЛАПАНСОДЕРЖАЩИЕ КОНДУИТЫ СВЕРХМАЛОГО РАЗМЕРА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ	28
НОВЫЕ РЕЖИМЫ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ	29
РАЗРАБОТКА И ИМПЛЕМЕНТАЦИЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К НАЗНАЧЕНИЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ЗАВИСИМОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ	31
НА ПЕРЕДНЕМ КРАЕ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ	32
СПОСОБ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДЕСТРУКЦИИ ДЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ	33
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ	34
УНИКАЛЬНЫЙ ОПЫТ ЧРЕЗВЕНОЗНОЙ ЭКСТРАКЦИИ ЭНДОКАРДИАЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОДОВ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА	35
АРТРОМЕДУЛЛЯРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ – ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗОВ	37
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИК ОНКОПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	39

ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ	40
ПЕРВИЧНАЯ ДИСМЕНОРЕЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ	41
ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЛИЗИСА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА	42
МОСКОВСКАЯ ПРОГРАММА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	43
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ДОНОРСКОМ СЕРДЦЕ ПЕРЕД ИМПЛАНТАЦИЕЙ	44
ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДИАГНОСТИКИ, МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ И РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА	46
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ НАВЫКОВ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ МЕГАПОЛИСА	49
ЗДОРОВАЯ УЛЫБКА – ОТ НАВЫКА К ПРИВЫЧКЕ	50
НОВЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	51
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА	52
ОПТИМИЗАЦИЯ ИЗМЕРЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ЭКС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРЕХОДНИКА К ПОСТОЯННОМУ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРУ	53
РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ И ОТКРЫТЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ	54
ИЗУЧЕНИЕ СПЕКТРА КЛИНИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ И ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИКЕ: ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ	55
РЕГИСТРОВОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «ФАВИПИРАВИР» У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ	57
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГРУПП ОСОБОГО РИСКА	58
ЦИКЛ РАБОТ «РЕЗЕРВЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МОСКВЫ»	59
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПОДОЗРЕНИЕМ К ВРАЧУ-ОНКОЛОГУ	60
ИННОВАЦИОННЫЕ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ЯЗЫКА	62
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО СОЗДАНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОНКОЛОГИИ	63
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ	67
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ С ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ЦЕНТРЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ НЕФРОЛОГИИ И ДИАЛИЗА	68
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И НЕЙРОКОГНИТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «КЛИНИКА ПАМЯТИ»	69
ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МАЛОИНВАЗИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ	70
ОТОЛИТОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРУ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	71
РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ОРГАНосохраняющих ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРАСТАНИИ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ПЛАЦЕНТЫ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ	73

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	74
РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ И ОПТИКО-РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ОСНОВЕ ЛАЗЕР-АССИСТИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	75
ТРАНСОРАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ ШЕИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	76
ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ СЕТЧАТЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ С УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ	79
КОНЦЕПЦИЯ ЦЕНТРА СПАСЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	80
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	81
МОБИЛИЗАЦИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЭПИДЕМИИ COVID-19 В МАСШТАБЕ МЕГАПОЛИСА	82
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ (ТМС) В ПСИХИАТРИИ (СЕРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ)	83
БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ	85
МИКРОБИОТА ГРУДНОГО МОЛОКА	86
СИСТЕМА СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ	88
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ЕТЕРГЕРНИОПЛАСТИКА КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	89
ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ГЛАЗ «ЛЕЧИ-ИГРАЙ» (МЕЖДУНАРОДНОЕ НАЗВАНИЕ «EYEIMPROVER»)	91
ПРОГРАММИРОВАННЫЕ РОДЫ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: МИНИМИЗАЦИЯ РИСКОВ – УЛУЧШЕНИЕ МАТЕРИНСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ	92
ЦЕНТР ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. ИНТЕГРАЦИЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЗАМКНУТЫЙ ЦИКЛ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ	94
ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ	95
СИСТЕМА ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	97
ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ	99
РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ПО ЭФФЕКТИВНОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ И ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ И ДРУГИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ	100
ИННОВАЦИОННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ СС И НМП ИМ. А. С. ПУЧКОВА КАК МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РАЗВИТИЮ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	103
ЛЕЧЕНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ	104
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ В ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	105
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДОВ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	107
НОВЫЕ АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБИОТЫ ГЛОТКИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ МИКРОБНЫХ МАРКЕРОВ	108

РАЗРАБОТКА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ АОРТЫ	109
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ И ИНСУЛИНОМАМИ	111
ПРОВЕДЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ РАЗРАБОТКИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ В СЕБЯ РАЗРАБОТКУ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ГОТОВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ОРИГИНАЛЬНОГО ИННОВАЦИОННОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ИНГИБИРОВАНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 НЕТАКИМАБ	112
ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ. СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА КАК ВКЛАД В ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ГОРОДА МОСКВЫ	113
ПРОЕКТ ФАРМАСOVID: ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ВРАЧАМИ ПО ВОПРОСАМ ФАРМАКОТЕРАПИИ COVID-19	114
СИНДРОМ КОСТЕНА У ДЕТЕЙ	115
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	116
НОВЫЙ МЕТОД НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ	117
ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА	118
ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА КОСТНОЙ ТКАНИ	121
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	123
УНИКАЛЬНЫЙ ОПЫТ СОЗДАНИЯ ВЫЕЗДНОГО СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА DENOVO В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	124
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	127
АТЛАС ЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОГО ТРАКТА (ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОГАСТРОСКОПА EG-2990ZI, СОВМЕЩЕННОГО С ВИДЕОПРОЦЕССОРОМ ЕРК-17000 RENTAX. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ HD+ I-SCAN С ФУНКЦИЕЙ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ)	128
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ	130
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ ЗАВОЗНОЙ ТРОПИЧЕСКОЦЙ МАЛЯРИИ ПУТЕМ ОПТИМИЗАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМАМИ БОЛЕЗНИ	131
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ, КАК ОСНОВА АДЕКВАТНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	132
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНТЕСТИНОСКОПИЯ – НОВЫЕ РЕШЕНИЯ СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ	133
ПРЕМЬЕРА ВКЛЮЧЕНИЯ КСЕНОНА В ТЕРАПИЮ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	135
КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА	137
СИСТЕМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	140
НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В СОЧЕТАНИИ С СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	142
ПРОФИЛАКТИКА, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ МОНИТОРИНГА СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	144
ИННОВАЦИОННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	146

**ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ,
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ
НА ПРИСУЖДЕНИЕ ПРЕМИИ
ГОРОДА МОСКВЫ В ОБЛАСТИ
МЕДИЦИНЫ В 2020 ГОДУ**

Абрамян М. А.¹, Петрайкина Е. Е.¹, Пурсанов М. Г.¹, Шамрин Ю. Н.¹, Курако М. М.¹, Дишеков М. Р.¹,
Бедин А. В.¹, Пардаев Д. Б.¹, Чагирев В. Н.¹, Кочарян Ю. Э.¹

¹ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами.

В Российской Федерации первая имплантация клапана Melody в позицию ЛА была выполнена академиком Б. Г. Алеяном с соавт. в 2008 году в НЦССХ им. А. Н. Бакулева [12]. В нашей стране методика чрескожной эндоваскулярной имплантации клапана Melody только развивается и выполнена у небольшого количества больных, а клапан Sapien XT вообще ранее не имплантировался у детей. В то же время транскатетерная имплантация трикуспидального клапана по методике valve-in-valve была произведена только у 1 ребенка с дисфункцией биопротеза в 2016 году в г. Томск.

В настоящем исследовании мы представляем первый успешный опыт имплантации клапана Sapien XT в позицию легочной артерии, а также методику эндоваскулярной имплантации клапана Melody при критической дисфункции биопротеза в позицию ТК у детей.

Результаты работы.

На базе ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» была создана кардиохирургическая служба, позволяющая проводить полный замкнутый цикл всех видов диагностики и лечения пациентов с врожденными пороками сердца. Это позволило организовать мультидисциплинарный подход к лечению самых тяжелых форм пороков сердца с привлечением рентгенэндоваскулярных специалистов, сердечно-сосудистых хирургов, кардиологов, аритмологов и всех вспомогательных служб. На этапе диагностики проводится расширенный консилиум, на котором определяется хирургическая тактика коррекции ВТТС.

Заключение.

Таким образом, наш первичный опыт выполнения транскатетерного эндопротезирования клапанов сердца в позицию ЛА и ТК у детей свидетельствует о непосредственной эффективности этих методик, которые сопровождаются хорошим гемодинамическим и клиническим эффектом. Эндоваскулярная имплантация клапана в биопротез ТК по методике valve-in-valve является развивающейся альтернативой хирургическому репротезированию. Транскатетерная имплантация клапана в нативную расширенную ЛА является технически более сложной процедурой и имеет ряд своих особенностей в отличие от имплантации клапана в конduit или обструктивный выводной тракт ПЖ. Правильный подбор пациентов и соблюдение всех особенностей выполнения процедур по имплантации клапанов сердца является важным для профилактики различных осложнений и получения хороших результатов.

Результаты работы представлены к публикации в журнал «Эндоваскулярная хирургия» в 2020 году. Имеются видеорепортажи на центральном телевидении и печатные работы в СМИ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Цель исследования

Улучшить качество лечения у больных с риском несостоятельности анастомоза желудочно-кишечного тракта.

Научная новизна работы

В настоящей работе представлены патогенетически обоснованные результаты применения аллогенных мезенхимальных стромальных клеток костного мозга для повышения эффективности заживления послеоперационной раны желудка.

Установлено, что аллогенные МСК способствуют стимуляции репаративных процессов за счет восстановления цитокинового баланса, стимуляции ангиогенеза, улучшения микроциркуляции, активизации регуляции в системе «простагландины-циклические нуклеотиды» и ингибирования процессов клеточного апоптоза. Проведена оценка иммуномодулирующего и противовоспалительного эффекта под влиянием МСК после оперативных вмешательств на желудке. Разработаны показания к применению МСК при операциях на желудке.

Перспективы клинического применения

1. Трансплантация МСК безопасна и не имеет побочных эффектов в послеоперационном периоде и может быть рекомендована для клинического использования при оперативных вмешательствах на органах ЖКТ.
2. Соотношение содержания про- и противовоспалительных цитокинов может использоваться как прогностический маркер заживления послеоперационной раны полых органов ЖКТ.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Проведение операционных вмешательств на мелких лабораторных животных (в данном случае желудок, но можно оперировать пищевод, толстую кишку) позволяет изучать новые лекарственные средства перед рекомендацией их в клиническую практику. В частности, это в полной мере относится к трансплантации МСК. Эффект от введения аллогенных мезенхимальных стволовых клеток полностью не изучен. Известно, что применение МСК открывает широкий диапазон возможностей в применении их в лечении хронических часто рецидивирующих заболеваний. Также имеет высокую актуальность создание новых экспериментальных моделей, воспроизводящих с возможной точностью, заболевания ЖКТ, что позволит изучить механизмы действия вводимых МСК не только на полых, но и на паренхиматозных органах.

Авдеев С. Н.¹, Яворовский А. Г.¹, Моисеев С. В.¹, Умбетова К. Т.¹, Панасюк В. В.², Нуралиева Г. С.¹,
Политов М. Е.¹, Трущенко Н. В.¹, Бровко М. Ю.², Сорокин Ю. Д.²

¹ ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»

² Университетская клиническая больницы № 3 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ COVID-19

Новизна и оригинальность работы

Впервые в Российской Федерации создана информационно-аналитическая система дистанционного консультирования и мониторинга пациентов с тяжелым течением COVID-19, госпитализированных в ОПИТ лечебных учреждений г. Москвы и других регионов страны. На основании полученных данных проведен анализ клинических исходов тяжелой SARS-CoV-2 пневмонии, факторов риска неблагоприятного течения COVID-19 и эффективности методов респираторной поддержки в г. Москве, Московской области и других регионах Российской Федерации. Впервые в мире опубликованы национальные данные о выживаемости/летальности пациентов с COVID-19, госпитализированных в ОПИТ.

Результаты работы: организационный уровень

В марте 2020 г. на базе ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» был создан Федеральный дистанционный консультативный центр анестезиологии и реаниматологии для взрослых больных с COVID-19. Основная цель работы центра – организация дистанционных консультаций больных с SARS-CoV-2 инфекцией, потребовавших респираторной поддержки в условиях ОПИТ. Консультативная помощь оказывается круглосуточно без выходных дней ведущими сотрудниками Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, в том числе пульмонологами, реаниматологами, терапевтами и инфекционистами. При необходимости привлекаются врачи других специальностей – кардиологи, нефрологи и гепатологи. На основании заявок на консультацию, поступающих из ОПИТ лечебных учреждений г. Москвы и других регионов Российской Федерации, сотрудники центра дают рекомендации по дальнейшей тактике ведения, включая противовирусную и антибактериальную терапию, респираторную поддержку и т. п. Ежедневно в центр поступает от 100 до 200 заявок на консультацию, а с марта 2020 г. было проконсультировано около 15 000 пациентов в 81 регионе Российской Федерации, в том числе более 3600 пациентов, поступивших в ОПИТ лечебных учреждений г. Москвы.

Результаты работы: лечебный уровень

Полученные данные показали, что летальность больных с тяжелым течением COVID-19, в значительной степени зависела от тяжести ОРДС и показаний к госпитализации в ОПИТ. Так, она была значительно выше у пациентов, которых переводили на ИВЛ, особенно при наличии признаков септического шока, и оказалась ниже в регионах Российской Федерации, где, в отличие от Москвы и Московской области, около четверти больных, поступивших в ОПИТ, не нуждались в ИВЛ или ИВЛ. Летальность у пациентов старше 50 лет, особенно мужчин, была выше, чем у больных более молодого возраста. По данным многофакторного анализа Кокса, факторами, ассоциировавшимися с более высоким риском смерти больных тяжелой SARS-CoV-2 пневмонией, осложнившейся ОРДС, были ИБС (инфаркт миокарда и/или вмешательства на коронарных артериях в анамнезе), ожирение и сахарный диабет 2 типа.

Алексеев А. В.¹, Давыдов О. С.², Загорулько О. И.³, Кукушкин М. Л.², Кумирова Э. В.⁴, Морозов Д. А.⁵,
Новиков Г. А.⁶, Приказчиков С. В.^{7,8}, Чурюканов М. В.^{9,10}, Яхно Н. Н.⁹

¹ ООО «Мед-ЮрКонсалт»,

² ФГБНУ «НИИОПП»,

³ ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского»,

⁴ ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России,

⁵ Государственная Дума РФ,

⁶ ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России»,

⁷ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,

⁸ ФГБУ «ФЦ Мозга и нейротехнологий» ФМБА России,

⁹ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»,

¹⁰ ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского»

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Эксперты Международной ассоциации по изучению боли (IASP) рассматривают боль как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения. Из определения следует, что боль может возникать не только при повреждении ткани, но и в условиях риска ее повреждения и даже при отсутствии какого-либо повреждения. На индивидуальное восприятие боли влияют пол, возраст, социальные и культурологические факторы, этнические особенности. Персональная позиция и убеждения больного, его индивидуальные стратегии преодоления трудностей, а также отношение к болезни влияют на интенсивность боли и эффективность проводимой терапии. Боль многолика и может из симптома какого-либо повреждения превратиться в самостоятельную болезнь. Далеко не всегда такую трансформацию удастся вовремя определить, и больной вместо комплексной этиопатогенетической терапии будет продолжать получать симптоматическое лечение. Боль как болезнь представляет собой сочетание биологических, психологических и социальных проблем, поэтому в обследовании и лечении пациентов с хронической болью могут потребоваться скоординированные действия многих специалистов. При большинстве патологических состояний, сопровождающихся хронической болью, не существует единого терапевтического алгоритма. Как правило, требуются индивидуализированные реабилитационные программы, которые могут быть реализованы в специализированных клиниках. Результаты исследований показывают очевидное преимущество применения таких программ по сравнению с обычным лечебным подходом. Целью многокомпонентных лечебных программ у больных с хронической болью является уменьшение боли, максимально возможное восстановление функциональной активности, уменьшение количества принимаемых препаратов и возвращение больного к труду. Как правило, в таких программах используются методы фармако-, психо-, физио-, рефлексотерапии, лечебной физкультуры. Лечебный алгоритм хронической боли должен учитывать особенности клинической картины, быть простым, безопасным и эффективным.

Система оказания помощи пациентам с хронической неонкологической болью, и служба паллиативной помощи существуют в большинстве экономически развитых странах мира. Задачи специализированной противоболевой службы направлены не только на эффективное устранение боли, но и на скорейшее выздоровление больных с хроническими неонкологическими болевыми синдромами. В этом заключается принципиальное отличие в работе специализированных противоболевых центров от учреждений по оказанию паллиативной помощи. Выделяют следующие уровни оказания специализированной противоболевой помощи:

- уровень первичной помощи – осуществляется врачом общей практики и другими специалистами, если врач первичного звена, помимо основной подготовки, прошел обучение по медицине боли;
- уровень вторичной и третичной помощи – включает междисциплинарный подход, который реализуется на уровне клиник и центров боли.

В настоящее время среди основных причин недостаточной эффективности помощи пациентам с болевыми синдромами как неонкологического, так и онкологического генеза следует выделить:

- недостаточный уровень образования медицинских работников по диагностике болевых синдромов и современным методам их лечения;
- недостаточное число квалифицированных специалистов и отсутствие государственных специализированных кабинетов/центров для лечения хронической боли;
- отсутствие у населения достоверной информации о причинах возникновения хронической боли, способах ее профилактики и методах лечения;
- отсутствие государственной программы по изучению и лечению хронической боли;
- отсутствие нормативно-правовых актов, регламентирующих оказание противоболевой помощи.

В связи с этим Российское общество по изучению боли (РОИБ) определяет основные принципы развития противоболевой помощи в Российской Федерации.

1. Система оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хронической неонкологической болью, строится в соответствии с иерархией уровней, на которых эта помощь оказывается. Такие уровни могут быть выделены в соответствии с возрастающей специализацией медицинских кадров, средств и используемого при этом оборудования.

2. Для решения проблем лечения пациентов с острой и хронической болью необходимо:

- составить современные российские рекомендации по лечению отдельных болевых синдромов и заболеваний, сопровождающихся острой и хронической болью;
- обучить участковых терапевтов и врачей общей практики основам противоболевой помощи;
- повысить внимание к этой проблеме на додипломном и последипломном этапах подготовки врачей и среднего медперсонала;
- открыть кабинеты (отделения) боли при городских поликлиниках и стационарах;
- определить функции и состав кабинетов, клиник и центров боли отдельным приказом МЗ РФ;
- привлечь внимание общества и повысить информированность населения о проблеме хронической боли и возможностях ее решения;
- инициировать разработку проекта государственной программы по изучению и лечению хронической боли с широким обсуждением ее всеми заинтересованными сторонами;
- обеспечить доступность всего спектра препаратов для лечения хронической боли различной интенсивности, в том числе опиоидных анальгетиков, гарантировать пациенту получение адекватной обезболивающей терапии, клинически обоснованной его состоянием.

РАЗРАБОТКА ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Новизна, оригинальность, цели исследования.

Одной из современных и эффективных альтернатив классической сакровагинопексии служит лапароскопическая латеральная фиксация шейки матки (матки) или культы влагалища с использованием сетчатого т-образного полипропиленового импланта.

На базе гинекологического отделения ГКБ № 29 им. Н. Э. Баумана накоплен большой систематизированный опыт лечения пролапса тазовых органов в течение трех лет. За это время подведены итоги, в случаях выявления заднего пролапса разработана модифицированная версия лапароскопической латеральной фиксации, выполнена установка дополнительного сетчатого импланта с фиксацией медиальной части леваторов и задней стенки влагалища.

Целью данной работы стала оценка накопленного опыта выполнения лапароскопической латеральной фиксации, а также изучение целесообразности, эффективности и безопасности установки сетчатого импланта при выявлении заднего пролапса в отдаленные сроки после проведения лапароскопической латеральной фиксации.

Методы исследования.

По итогам обследования показаниями для оперативного лечения являлись несостоятельность структур тазового дна, выявленная у всех 110 пациенток. У 21 была обнаружен только один дефект промежности: передний пролапс (цисто-уретроцеле) – у 4 женщин, центральный пролапс (опущение или выпадение матки) – у 12, выпадение купола влагалища после проведенных ранее гистерэктомий – у 5 женщин. Кроме пациенток, которым был выставлен единственный диагноз, связанный с пролапсом тазовых органов, были и те, у которых диагнозы десценции сочетались (89). Сочетание выпадения матки и цистоцеле – у 34 больных, выпадения матки с цисто- и ректоцеле – у 47 и выпадение культы шейки матки в сочетании с цистоцеле – у 8. Дополнительными показаниями к оперативному вмешательству являлись сопутствующие гинекологические заболевания (рецидивирующий гиперпластический процесс эндометрия, доброкачественные образования яичников, симптомная миома матки, аденомиоз и их сочетание, аномальные маточные кровотечения). 37 пациенткам (33,7 %) до операции было диагностировано стрессовое недержание мочи.

Оперативное вмешательство выполнялось в условиях стандартно-оборудованной операционной, с использованием эндоскопической HD стойки Aescular, а также оборудования и инструментов компании Karl Storz, ультразвукового диссектора и генератора Ethicon (J11).

Реконструктивные операции проводились с использованием полипропиленового монофиламентного сетчатого протеза (Hexa Pro AMI, Optilene soft B-Broun, Gynemesh Gynecare), характеристика сеток для установки имплантов.

Заключение.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что лапароскопическая латеральная фиксация с использованием т-образного сетчатого импланта в коррекции апикального пролапса гениталий является безопасной и эффективной хирургической методикой лечения.

Сочетание данной операции с коррекцией заднего пролапса методом установки сетчатого импланта делают модифицированную латеральную фиксацию технически доступной альтернативой сакровагинопексии. Полученные положительные результаты служат основанием для продолжения работы по исследованию отдаленных результатов безопасности и эффективности данной операции.

**Атауллаханов Ф. И.¹, Пантелеев М. А.¹, Кольцова Е. М.¹, Баландина А. Н.¹, Серегина Е. А.¹,
Вуймо Т. А.¹, Спиридонов И. С.², Павлова Д. Е.^{3,4}, Васильева Е. Ю.⁵, Царенко С. В.⁶**

¹ ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева Минздрава России»

² ООО «ГемаКор»

³ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

⁴ ГБУЗ «ДГКБ Св. Владимира ДЗМ»

⁵ ГБУЗ «ГКБ им. И. В. Давыдовского ДЗМ»

⁶ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 ДЗМ»

АПРОБАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА ТРОМБОДИНАМИКА В МОСКОВСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Новизна

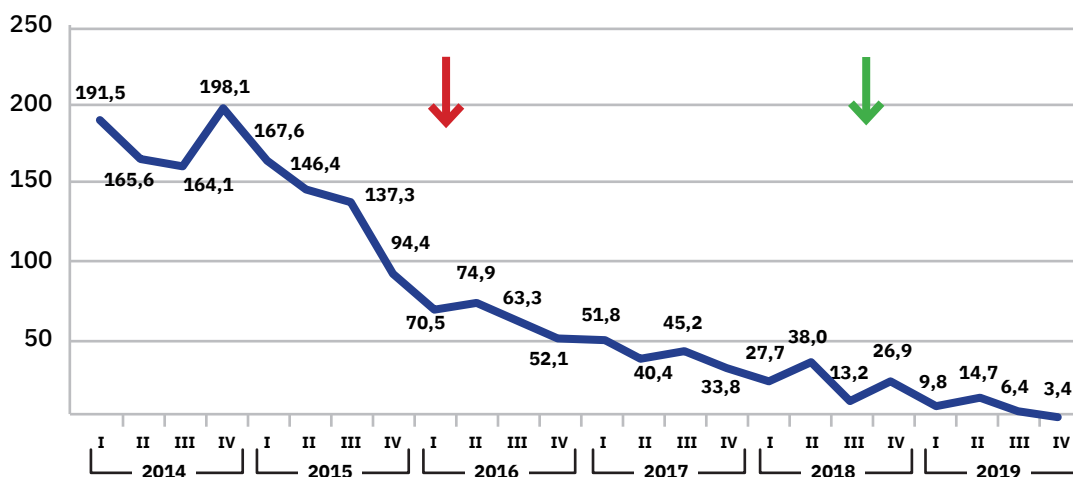
Несмотря на то, что все факторы и ингибиторы свертывания растворены в плазме крови равномерно, образование сгустка – пространственно-неоднородный процесс [5]. Запуск свертывания крови происходит в месте повреждения эндотелия сосуда – на поверхности, где расположен трансмембранный белок тканевый фактор (ТФ). Гемостатический сгусток растет вглубь сосуда от места повреждения. В настоящий момент пространственная неоднородность свертывания не учитывается ни в одном тесте, имеющемся в распоряжении клинико-диагностических лабораторий.

Тромбодинамика – первый клинический лабораторный тест, учитывающий пространственную организацию процесса роста фибринового сгустка. Аналогов данного теста в мире не существует, поэтому все представленные результаты являются новыми и уникальными.

Результаты работы: внедрение

Применение тромбодинамики для снижения потребления свежезамороженной плазмы в отделении переливания крови ДГКБ Св. Владимира ДЗМ.

Применение интегральных тестов гемостаза, включая тромбодинамику, позволило сократить потребление свежезамороженной плазмы в отделении переливания крови ДГКБ Св. Владимира ДЗМ без повышения смертности (рис. 8).



Свежезамороженная плазма



Начало работы на ТЭГ



Начало работы на Тромбодинамике

Рис. 8. Динамика выданной в отделения свежемороженой плазмы за 6 лет (период 2014–2019 гг, литры).

Применение тромбодинамики для снижения тромбогеморрагических осложнений у пациентов с COVID-19 в ОРИТ ГКБ № 52 ДЗМ.

Тест тромбодинамика начал применяться в ГКБ № 52 с июня 2020 года для контроля антикоагулянтной терапии у пациентов с COVID-19, находящихся в тяжелом и крайне-тяжелом состояниях (отделения реанимации, пациенты на ЭКМО). По состоянию на сегодняшний день можно констатировать, что применение теста у пациентов ОРИТ позволило в радикально снизить процент тромботических осложнений – с 37 % до 4 %, и полностью избежать клинически значимых кровотечений.

Афуков И. И.¹, Долгинов Д. М.¹, Ипатова М. Г.¹, Коваленко Л. А.¹, Буромская Н. И.²

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ»

² ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ»

ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Новизна

В данной работе представлен самый большой в России и единственный в городе Москве опыт лечения подростков с преднамеренными отравлениями лекарственными веществами с последующей психологической и соматической реабилитацией. ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ» является единственным многопрофильным стационаром, который обладает всеми необходимыми структурными подразделениями и профильными специалистами для оказания специализированной медицинской помощи и катamnестического наблюдения данной группы больных. На основании накопленного опыта разработан алгоритм этапности ведения подростков с преднамеренными отравлениями.

Цель работы: оптимизация оказания специализированной медицинской помощи при острых преднамеренных самоотравлениях у детей подросткового возраста.

Материалы и методы:

Объектом нашего исследования стали 790 пациентов в возрасте от 12 до 18 лет, проходивших лечение в отделении токсикологии ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ» с диагнозом «Острое преднамеренное медикаментозное отравление» в период с 2016 по 2020 годы. При поступлении в отделение токсикологии проводилась клиническая оценка состояния больных, анализ анамнестических данных и лабораторные методы исследования.

Патопсихологическое обследование проводилось с применением методик: экспресс-диагностика невроза (К. Носк, Н. Несс, 1975), госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983), субъективной шкалы оценки астении (MFI-20).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 7.0 (StatSoft.Ink) и Excel 2013.

Критерии включения:

- возраст 12–18 лет;
- преднамеренный характер отравления.

Выводы.

1. В настоящее время наблюдается неуклонный рост преднамеренных отравлений лекарственными препаратами среди детей подросткового возраста. Данный рост обусловлен как социальными и межличностными проблемами в семье и в социуме, так и высокой психоэмоциональной нагрузкой учащихся старших классов, о чем свидетельствует возраст пациентов (преобладают дети в возрасте от 15 до 17 лет).
2. Обращает на себя внимание тот факт, что в 18 % случаев индуцирование суицидальной попытки было за счет интернет-ресурсов в связи с их высокой доступностью и трудным контролем со стороны родителей.
3. В век высоких технологий и повсеместного использования интернета основным врагом оказавшихся в сложной ситуации детей и их близких, как это неудивительно, остается недостаточная информированность. Страхом перед постановкой на учет, возможным позором, клеймом диагноза объясняется частый отказ от консультации психиатра в отделении токсикологии. И именно из числа побоявшихся своевременно обратиться за помощью, по большей части, в последующем и формируется статистика повторных госпитализаций с преднамеренными отравлениями.
4. Разработанный комплексный подход оказания специализированной медицинской помощи детям с преднамеренными самоотравлениями лекарственными препаратами в условиях детского токсикологического центра на базе многопрофильного стационара позволил повысить качество оказания медицинской помощи за счет раннего выявления соматических и психиатрических заболеваний.
5. Наметившаяся в последние годы динамика роста числа преднамеренных медикаментозных отравлений среди детей и подростков диктует необходимость усовершенствования системы психопрофилактики, психологической и психиатрической помощи, оказываемой еще на этапе нахождения в соматическом стационаре.
6. В настоящее время проводится работа по распространению среди детей и их родителей информационных буклетов, призванных развеять старые мифы и показать безопасность и доступность психиатрической помощи.
7. Не менее значимым аспектом является просветительская работа в среде медицинских работников. Запланированы семинары, раздаются материалы, демонстрирующие, как правильно себя вести с подростком, принявшим попытку суицида, указывающие на необходимость выслушать, поддержать, не давая оценки случившемуся, чтобы не оттолкнуть, не позволить вернуться к мыслям об уходе из жизни.

СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА В КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

Работа посвящена разработке нового метода кардиореабилитации на основе скандинавской ходьбы с формированием информационно-образовательной среды в городе Москве, направленной на повышение мотивации к здоровому образу жизни, приверженности к физической активности населения и популяризации скандинавской ходьбы как метода профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью исследования явилось патогенетическое обоснование и разработка комплексных реабилитационных программ на основе метода скандинавской ходьбы у лиц, перенесших острый коронарный синдром без подъема сегмента ST с чрескожным коронарным вмешательством, с улучшением результатов лечения и качества жизни.

На клинических базах кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации Сеченовского университета обследованы 69 пациентов, перенесших острый коронарный синдром без подъема сегмента ST с экстренным чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ). Были сформированы 2 группы пациентов. Основой кардиореабилитационной программы у пациентов I группы были занятия лечебной физкультурой на кардиотренажерах в зале. Больным II группы занятия лечебной физкультурой проводили в виде скандинавской ходьбы. Эффективность двух методов кардиореабилитации оценивали на основе толерантности к физической нагрузке, эхокардиографии, суточного мониторинга артериального давления, лабораторных показателей липидного обмена и качества жизни.

Разработаны специальные комплексы упражнений со скандинавскими палками, направленными на развитие всех физических качеств человека.

Полученные данные отображены в диссертационной работе Володиной К. А. (2019 г). Авторами показаны преимущества скандинавской ходьбы как доступного и эффективного метода кардиореабилитации и продемонстрирована необходимость ее широкого внедрения в клиническую практику медицинских организаций реабилитационного профиля г. Москвы.

В качестве информационно-образовательной среды были созданы:

1. образовательный портал о скандинавской ходьбе www.nordic-health.ru;
2. школа скандинавской ходьбы для пациентов при Сеченовском университете по Аллеи жизни;
3. цикл повышения квалификации врачей по скандинавской ходьбе «Скандинавская ходьба в медицинской реабилитации» (72 часа) с выдачей документов государственного образца;
4. учебное пособие для врачей «Основы скандинавской ходьбы»;
5. ежегодный Международный симпозиум «Скандинавская ходьба в медицинской реабилитации и оздоровительных технологиях» (аудитория 1500 человек);
6. опубликованы научные статьи в журналах и сборниках тезисов докладов.

Цель исследования

Патогенетическое обоснование и разработка комплексных реабилитационных программ на основе метода скандинавской ходьбы у лиц, перенесших острый коронарный синдром без подъема сегмента ST с чрескожным коронарным вмешательством, с улучшением результатов лечения и качества жизни.

Новизна исследования

Впервые изучена роль скандинавской ходьбы в комплексной реабилитации пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST, перенесших чрескожное коронарное вмешательство.

Разработан комплекс упражнений со скандинавскими палками, направленный на развитие таких физических качеств, как гибкость, сила и ловкость.

Впервые проведен сравнительный анализ эффективности методов скандинавской ходьбы и кардиореабилитации с использованием кардиотренажеров на поликлиническом этапе. Продемонстрированы преимущества скандинавской ходьбы перед традиционными занятиями лечебной физкультурой.

Впервые изучено влияние скандинавской ходьбы на качество жизни пациентов, перенесших ОКС без подъема сегмента ST.

Впервые создана комплексная информационная образовательная среда для пациентов и врачей по скандинавской ходьбе, включающая образовательные порталы, школу скандинавской ходьбы, ежегодные специализированные симпозиумы по скандинавской ходьбе, циклы повышения квалификации врачей по скандинавской ходьбе, учебную литературу, публикации.

Впервые предложены математические модели способа оценки эффективности кардиореабилитации, а именно – физической реабилитации пациентов-ветеранов спорта с ишемической болезнью сердца (патент РФ на изобретение № 2584131 от 20.05.2016), и способ определения реабилитационного потенциала у пациентов-ветеранов спорта с ишемической болезнью сердца (патент РФ на изобретение № 2587721 от 20.06.2016).

Практическая значимость работы

Показана целесообразность комплексной оценки исходного состояния клинико-функционального статуса и качества жизни пациентов, перенесших ОКС без подъема ST, поступивших на амбулаторный этап реабилитации.

Показана целесообразность внедрения программ медицинской реабилитации пациентам, перенесших ОКС без подъема ST, с включением дозируемых и контролируемых тренировок скандинавской ходьбой.

Программа кардиореабилитации на основе скандинавской ходьбы должна включать ходьбу со специальными палками, а также комплекс упражнений с ними, направленный на развитие силы, гибкости и ловкости.

Применение разработанной методики способствовало достоверному улучшению клинической картины заболевания, липидного профиля пациентов, повышению уровня толерантности к физическим нагрузкам, функционального резерва сердечно-сосудистой системы, объема физической активности в отдаленный период, положительному влиянию на показатели качества жизни и более эффективное восстановление в сравнении с программами реабилитации, включающими тренировки дозированной ходьбой на тредмиле и занятия на велотренажерах.

В перспективе данный метод обладает более высокой приверженностью к занятиям за счет экономической доступности приобретения собственного оборудования и отсутствием необходимости покупки абонемента в фитнес-клуб. Тренировки проходят во все времена года и не требуют дорогостоящей экипировки и снаряжения.

Сформирована информационно-образовательная среда в городе Москве, направленная на повышение мотивации к здоровому образу жизни населения и популяризации скандинавской ходьбы как метода профилактики кардиоваскулярных заболеваний.

Разработаны циклы повышения квалификации врачей по скандинавской ходьбе «Скандинавская ходьба в медицинской реабилитации» (72 часа).

РЕНТГЕНИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА: ПОКАЗАНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ДОСТУПНОСТЬ

Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холангиолитиазом и синдромом механической желтухи, путем применения антеградных методик рентгенинтервенционного лечения холангиолитиаза.

Практическая значимость исследования

На данном этапе развития хирургии «золотым стандартом» лечения при холангиолитиазе считают эндоскопические ретроградные вмешательства. Однако для каждого варианта лечения присущи трудности выполнения, ограничения и противопоказания.

Применение рентгенинтервенционной методики лечения антеградным доступом у больных холангиолитиазом позволяет выполнять миниинвазивное вмешательство при невозможности ретроградного эндоскопического вмешательства (стриктуры и стенозы желчных протоков и зоны большого дуоденального сосочка, резекция желудка в модификации Бильрот-II, Ру, гастрэктомии, парафатеральные дивертикулы больших размеров). Применение данной методики, сопоставимой по клинической эффективности с эндоскопической, позволяет расширить возможности и эффективность хирургического лечения холангиолитиаза, снизить летальность и сократить сроки стационарного лечения больных в послеоперационном периоде в сравнении с необходимыми в отдельных случаях, но травматичными лапаротомными вмешательствами.

Результаты исследования

В группе № 1 (эндоскопические вмешательства) успешно выполнить операции удалось в 86 % случаев. Продолжительность операции составила от 15 до 125 минут (средняя – 45,7 ±18,2 мин.). Сроки пребывания в стационаре в послеоперационном периоде были в пределах от 2 до 31 суток (средний койко-день – 10,8 суток). Осложнения – 17 %, летальность – 2%.

В группе № 2 (лапаротомия) успешно выполнить операции удалось в 96 % случаев. Продолжительность операции составила от 75 до 250 минут (средняя – 159,00 ±49,45 мин.). Сроки пребывания в стационаре в послеоперационном периоде были в пределах от 2 до 71 суток (средний койко-день – 20,3 суток). Осложнения – 19 %, летальность – 12 %.

В представленной для обсуждения третьей клинической группе длительность оперативного вмешательства составила 30–185 мин., средняя – 74,3 ±22,4 мин. Интраоперационная кровопотеря составила до 50 мл (у 4-х больных с коагулопатией). Сроки пребывания в стационаре в послеоперационном периоде были в пределах 6–30 суток (средний койко-день – 8,2 суток).

24 пациента в послеоперационном периоде находились после вмешательства в отделении реанимации и интенсивной терапии в связи с выраженной коморбидной патологией и печеночной недостаточностью. Сроки пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии составили от 1 до 6 суток (средний – 1,1 суток).

Осложнения после рентгенинтервенционного вмешательства наблюдались в 6 случаях (8,4 %). Наиболее частым был панкреатит (5 наблюдений), который у одного пациента прогрессировал с развитием панкреонекро-

за и летального исхода. В 1 случае отмечена гематома в подпеченочном пространстве, которая была устранена при дренировании под ультразвуковым контролем. В представленной группе наиболее сложных пациентов при рентгенинтервенционном лечении осложнения возникли в 8,4 % случаев, а летальность – в 1,4 % из числа оперированных больных.

Таким образом, применение рентгенинтервенционной диагностики и лечения, перенесенной из практики коронарной и сосудистой хирургии в хирургию желчных протоков, расширило возможности данной методики и позволило включить ее в лечебный арсенал при наиболее сложных случаях холангиолитиаза. На основании опыта 70 успешных из 71 выполненных по новой технологии операций рентгенинтервенционное лечение в случаях холангиолитиаза обладает высокой клинической эффективностью, сопоставимой с эндоскопической методикой. Применение внедренного рентгенинтервенционного варианта лечения позволяет избежать травматичных лапаротомий и открытых вмешательств на желчных протоках. Применение оправдано и обосновано в случаях невозможности выполнения эндоскопического вмешательства, либо его неэффективности.

В условиях современного многопрофильного стационара, имеющего достаточную материально-техническую базу, освоение и внедрение представленной методики зависит от наличия оборудования (ультразвукового аппарата, электронно-оптического преобразователя), подготовленных врачей по специальности «рентгенинтервенционные диагностика и лечение» либо хирургов, прошедших подготовку по рентгенологии и специальных расходных материалов для внутрипротоковых манипуляций. Наличие указанных сил и средств позволяет освоить и применять по показаниям данную методику в качестве альтернативы при неизбежной лапаротомий.

Перспективы: опыт применения методики показал, что областью применения ее является и онкологическая патология. Появился технический вариант выполнить внутрипротоковую биопсию с последующим стентированием желчных протоков при невозможности использовать эндоскопические технологии.

Батышева Т. Т.¹, Быкова О. В.¹, Климов Ю. А.¹, Лалабекова М. В.¹, Тихонов С. В.¹, Махров И. Н.²

¹ ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

² ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Актуальность проблемы

Напряженная эпидемиологическая ситуация, сложившаяся в Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызвала необходимость поиска новых форм медицинской помощи детям, обеспечивающих непрерывность процесса оказания медицинской реабилитации, и, при этом, не предусматривающих ежедневного посещения детьми лечебных учреждений.

Наиболее безопасной формой оказания реабилитационных услуг в условиях карантина является их проведение с применением цифровых дистанционных технологий.

С целью решения этой задачи Научно-практическим центром детской психоневрологии ДЗМ в сотрудничестве с Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ успешно реализован проект лечения детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата с применением дистанционных технологий.

Цифровой дневной стационар для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями работает в очно-заочном режиме. Дети и их родители в ежедневном режиме получают доступ к медицинским и психологическим консультациям, а также виртуальным практическим занятиям.

На лечение принимаются дети с ранее установленным диагнозом при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к проведению медицинской реабилитации. Длительность реабилитации в отделении с использованием современных медицинских технологий составляет от 14 до 20 дней.

При регистрации на цифровой платформе у каждого ребенка формируется личный кабинет и цифровой календарь занятий. Для работы с каждым ребенком создается мультидисциплинарная реабилитационная команда, состоящая из специалистов как медицинских, так и немедицинских специальностей. Руководителем группы является лечащий врач. Задачами мультидисциплинарной реабилитационной команды являются: проведение интерактивных занятий с ребенком и обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, законных представителей ребенка и самого ребенка.

В рамках работы дистанционного дневного стационара проводятся занятия лечебной и адаптивной физической культурой, адаптивным спортом, психологические и логопедические коррекции. Активно используются компьютерные развивающие игры, адаптированные для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями.

Наряду с медицинскими процедурами реализуется образовательный и психолого-педагогический блок, направленный на повышение грамотности родителей, оказание психологической помощи семьям с больными детьми.

Проект учитывает требования действующего законодательства в сфере применения дистанционных технологий. Работа проводится на базе защищенной цифровой платформы, обеспечивающей защиту персональных данных пациентов.

Цифровой стационар реабилитации детей с психоневрологической патологией «Дневной стационар 2.0»

«Дневной стационар 2.0» создан для проведения дистанционной реабилитации детей в домашних условиях в онлайн-режиме с использованием цифровых технологий.

Проект представляет собой курс медицинской реабилитации на цифровой медицинской платформе (www.dr.niioz.ru). Цифровая платформа имеет открытую информационную часть и закрытый сегмент. В открытой части расположена информация о проекте, участниках, реабилитационных программах, регламентах проведения реабилитации с использованием цифрового стационара.

Доступ к закрытой части осуществляется с учетом уникальной идентификации пользователей. Администратор цифрового стационара по запросу формирует права доступа к информации, размещенной в закрытой части системы. Участники проекта в зависимости от разграничений прав доступа получают пароли и логины от личных кабинетов.

Реабилитационным занятиям Индивидуального реабилитационного плана (ИРП) предшествует консилиум мультидисциплинарной реабилитационной команды (МРК), одним из полноправных участников которой является мама (опекун) больного ребенка, с формированием реабилитационного диагноза и подбором индивидуальной реабилитационной программы. Перед разработкой индивидуальной реабилитационной программы специалисты собирают у родителей (опекунов) пациента информацию о наличии в доме реабилитационного оборудования и технических средств реабилитации, об имеющихся условиях для занятий и режиме дня ребенка, и выбирают реабилитационную тактику после анализа полученной информации. Нагрузка зависит от возраста и состояния ребенка, от возможностей родителей, но в среднем – это три онлайн-сессии в день.

В мультидисциплинарную реабилитационную команду входят: лечащий врач (невролог), мама (опекун) ребенка, врач лечебной физкультуры (ФРМ), инструктор ЛФК, логопед, психолог, арт-терапевт, врачи специалисты (по показаниям): офтальмолог, кардиолог, хирург, лор-врач, эндокринолог, психиатр, медицинская сестра – координатор. Руководителем группы является лечащий врач. Задача команды: проведение занятий с ребенком, обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, родителей ребенка и самого ребенка.

Курс медицинской реабилитации в условиях дистанционного дневного стационара занимает от 14 до 21 дня и включает в себя интерактивные занятия ЛФК, АФК, адаптивным

спортом и танцами, психологическая и логопедическая коррекция, логопедом, арт-терапевтические сессии. Занятия могут носить как индивидуальный характер, так и мини-групповой (не более 5 человек в группе). Каждое занятие сопровождается рекомендацией посильного домашнего задания, материалы для выполнения которого собраны на сайте в разделе «библиотека» и представляют собой как специально созданные собственные наработки сотрудников НПЦ детской психоневрологии ДЗМ, так и тщательно подобранные и адаптированные для родителей данные открытого информационного пространства. Контент представлен в виде текстовой, аудио- и видеоинформации.

Каждый день стационара фиксируется в виде бумажной/электронной медицинской истории болезни лечащим врачом, а также мамой (опекуном) пациента в личном кабинете на сайте.

Основным техническим требованием для осуществления качественного реабилитационного процесса является бесперебойная интернет-связь. Программа, которую использует ИТ-платформа, может быть установлена на любой современный гаджет – от телефона до стационарного компьютера.

Цифровой дневной стационар для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями работает в очно-заочном режиме. Это значит, что на лечение принимаются дети с ранее установленным диагнозом, то есть ранее очно осмотренные специалистами МРК, и при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к проведению дистанционной медицинской реабилитации.

Цифровые решения, используемые в проекте, позволяют проводить как интерактивные занятия, так и консультации.

Роль родителей (опекунов) пациента в удаленной реабилитации детей с психоневрологической патологией – ключевая. Родители – это глаза и руки специалистов, проводник знаний и умений. Не секрет, что нередко, измученные бытовыми проблемами родители, под гнетом эмоциональных перегрузок, пытаются переложить реабилитационную нагрузку ребенка на медицинский персонал стационара, воспринимая реабилитационный процесс дискретно, как госпитализации, между которыми семья занимается «другими делами».

Цифровые технологии такой подход исключают. В лечение ребенка вовлекаются даже те члены семьи, которые раньше, осознанно или нет, от него дистанцировались. Для фиксации эффективности реабилитационного курса специалисты используют профильные шкалы (по МКФ и с учетом нозологических форм), тем не менее, крайне важна фиксация достижений ребенка его родителями (опекунами). В этом заключается основная цель реабилитации – дать пациенту навыки, которые будут способствовать его дальнейшей социальной адаптации.

Бибчук М. А.¹, Басова А. Я.^{1,2}, Безменов П. В.¹, Дейч Р. В.^{1,2}, Северина Ю. В.^{1,2}, Довбыш Д. В.¹,
Залманова С. Л.¹, Ясная В. А.¹, Московская М. С.¹

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

«СКАЗАТЬ ЖИЗНИ ДА»: КЛИНИКА КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИМ. Г. Е. СУХАРЕВОЙ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

Впервые с использованием обширного клинического материала обобщен опыт оказания неотложной, поэтапной и комплексной помощи детям и подросткам с суицидальными проявлениями, находящимся в острой кризисной ситуации в условиях специализированного отделения Клиники кризисной помощи. Уникальность созданной структуры определяется возможностью оказания поэтапной помощи в условиях кабинета кризисной помощи, боксированного, стационарного отделения, а затем дневного стационара и последующего амбулаторного наблюдения в кабинете постгоспитального сопровождения при сохранении единства кадрового состава полипрофессиональной бригады, общность диагностических, лечебно-реабилитационных подходов и методик с ориентацией на семью пациента и активным привлечением родителей на всех этапах лечебного процесса.

Результаты работы. Потребность.

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы является старейшим учреждением в стране (год основания – 1895), оказывающим специализированную помощь детям 1–17 лет с психическими расстройствами и нарушениями поведения, включая суицидальное поведение. За последние 8 лет число пациентов Центра с суицидальными проявлениями постоянно возрастает. Так в 2011 году оно составило 236 чел., в то время как в 2018 году количество госпитализаций возросло до 1097 чел. Аналогичная зависимость выявлена и в отношении удельного веса госпитализаций с суицидальными проявлениями в общем числе госпитализаций, показатель которого увеличился почти в 2 раза.

Анализ динамики числа госпитализаций в Центр им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ с суицидальными проявлениями в 2011–2019 гг. в зависимости от численности детей и подростков в возрасте 0–17 лет в г. Москве наглядно свидетельствует, что в столице растет потребность в стационарной помощи для данной категории пациентов. В 2011 году число госпитализаций в Центр по поводу суицидальных проявлений составило 0,084 % от общего количества детей – жителей г. Москвы (1669,8 тыс. чел.), в 2012 – 0,073 % (1739,0 тыс. чел), в 2013 – 0,089 % (1791,4 тыс. чел), в 2014 – 0,086 % (1839,7 тыс. чел), в 2015 – 0,13 % (1896,4 тыс. чел), в 2016 – 0,18 % (1972,7 тыс. чел), в 2017 – 0,22 % (2025,1 тыс. чел) и в 2018 – 0,25 % (2080,3 тыс. чел). В период между 2014 и 2015 годами произошел резкий скачок количества госпитализированных подростков в Центр в связи с суицидальными проявлениями, обусловленный закрытием подросткового отделения ПБ № 15 (г. Москва), и Центр им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы остался единственным стационаром, оказывающим помощь детям и подросткам с суицидальными проявлениями.

Процент суицидальных попыток от общего количества госпитализаций с суицидальными проявлениями остался относительно стабильным, однако у мальчиков он варьирует в диапазоне 20–33 %, а у девочек – 41–54%.

Слабо вариабельный, практически стабильный удельный вес повторных госпитализаций высок и составлял в среднем 50,3 % к числу первичных госпитализаций за 2011–2018 гг. Количество повторных госпитализаций в течение года после первичной выписки также велико (21,9 % в среднем).

Отмеченные выше тенденции требовали решений, которые позволили бы обеспечить первичную, вторичную и третичную профилактику суицидального поведения у детей, обеспечить маршрутизацию пациентов, согласовав действия как между амбулаторным звеном и стационарной специализированной помощью, так и между различными ведомствами, в первую очередь, между Департаментом здравоохранения и Департаментом образования г. Москвы. Таким образом, в ноябре 2018 г была начата работа по организации Клиники кризисной помощи, официальное открытие которой произошло в соответствии с Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы в июне 2019 года.

Бельченко В. А.^{1,2}, Глязер И. С.³, Голованев П. С.⁴

¹ ГБУЗ «ЧЛГ для ВВ ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

³ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

⁴ ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ»

УНИКАЛЬНЫЙ 30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРАНИОСИНОСТОЗАМИ И ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫМИ ДИЗОСТОЗАМИ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

В настоящей работе обобщен уникальный опыт лечения пациентов с краниосиностозами и черепно-лицевыми дизостозами в двух крупнейших городских детских центрах черепно-лицевых патологий, представлен самый большой в России систематизированный опыт комплексного лечения пациентов с врожденными костными патологиями черепно-лицевой области. За время работы прооперировано более 1500 пациентов. Лечение и анализу подвергнуты абсолютно все известные, даже самые редкие виды описываемых патологий. На основании данных из открытых источников ни один центр в России, а также ни один авторский коллектив не обладают аналогичным опытом.

Результаты работы: организационный уровень

В структуре Департамента здравоохранения города Москвы организована уникальная, самая большая в России служба помощи пациентам с краниосиностозами и черепно-лицевыми дизостозами, включающая в себя 2 передовых центра: – ГБУЗ «Морозовскую детскую городскую клиническую больницу ДЗМ г. Москвы» и ГБУЗ «Научно-практический центр помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ г. Москвы». В общей сложности проводится более 120 краниопластик в год. Лечение оказывается как москвичам, так и пациентам из других городов и стран.

Руководитель авторского коллектива является первым в России хирургом, начавшим оперировать детей с описываемыми патологиями по используемым в настоящее время методикам. За время работы авторским коллективом создан и отработан диагностический и лечебный протокол действий при всех видах врожденных костных черепно-лицевых патологий, позволяющий добиваться отличных результатов лечения даже в самых сложных случаях. Выработан и успешно применяется алгоритм послеоперационного ведения пациентов, их наблюдения и реабилитации, позволяющий в большинстве случаев полностью реабилитировать ребенка как в эстетическом, так и в функциональном плане. Накопленный опыт послужил основой для создания стандартов и протоколов лечения, а также федеральных клинических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ по лечению пациентов с врожденными аномалиями костей черепа и лица, врожденными костно-мышечными деформациями головы и лица.

Результаты работы: лечебный уровень

В течение 30 лет пролечено более 1500 пациентов с краниосиностозами и черепно-лицевыми дизостозами. Лечение подверглись пациенты в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Более 20 % пациентов составили неординарные случаи синостозирования швов черепа, синостозы с вовлечением сразу нескольких швов, а также синдромальные патологии. Пролечено 3 пациента с самой сложной и редкой формой черепно-лицевого дизостоза – фронто-назальной дисплазией, полной срединной расщелиной лица, 2 пациента с уникальным, не описанным ранее в мировой литературе, односторонним синостозом коронарного и лямбдовидного швов.

Березкин А. С.^{1,2}, Попова Е. М.¹, Мартусова Е. В.¹, Шмакова Е. В.¹, Буравцов К. А.^{1,2}, Панкевич А. А.¹

¹ ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

ИННОВАЦИОННЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ С СОТРУДНИКАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ «ПОТЕНЦИАЛ»

Цель работы.

Разработка программы комплексного психологического сопровождения специалистов медицинских организаций

Результаты работы.

Программа «Потенциал» позволяет еще на этапе трудоустройства подбирать сотрудников с необходимыми личностными характеристиками. Проводимая работа, направленная на коррекцию эмоционального выгорания, позитивно отражается на состоянии сотрудников стационара, принявших участие в данной программе. Удалось снизить количество работников с высоким уровнем эмоционального выгорания, у них повысилась уверенность в себе, сотрудники стали с большей эмоциональностью включаться в рабочий процесс. Работа с конфликтными ситуациями помогает находить нужные, в том числе и управленческие, решения. Программа «Потенциал» – это возможность не допустить кадровой «текучки» в медицинских организациях.

Вклад в развитие практического здравоохранения и медицинской науки в г. Москва.

Практическая значимость программы «Потенциал» заключается в возможности ее использования в медицинских организациях не только психиатрического, но и соматического профиля в целях снижения текучести кадров, профилактики эмоционального выгорания работников и предотвращения конфликтных ситуаций в коллективе. Несомненным достоинством работы является внедрение новой концепции взаимодействия работника и администрации больницы. Использование программы «Потенциал» в медицинских организациях будет способствовать повышению качества и эффективности оказываемой медицинской помощи населению.

Новизна и оригинальность.

В настоящем исследовании представлен уникальный для РФ комплексный опыт работы с сотрудниками Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»), направленный на укрепление корпоративной культуры организации, улучшение эффективности подбора персонала на различные должности.

Предлагаемая программа позволяет провести качественный отбор соискателей на различные должности, способствует оценке и коррекции психоэмоционального состояния сотрудников, созданию благоприятной психологической атмосферы в коллективе и, как следствие, снижению количества конфликтных ситуаций.

Проведение обучающих циклов, направленных на повышение психологической грамотности сотрудников, а также тематические тренинги и мастер-классы, направленные на выработку у членов коллектива навыков по преодолению стрессовых ситуаций на рабочем месте дают возможность комплексно подойти к решению вопросов.

Заключение.

Таким образом, мероприятия, проводимые в ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» в рамках представленной программы «Потенциал» позволяют еще на этапе трудоустройства подбирать сотрудников с необходимыми личностными характеристиками. Проводимая работа, направленная на коррекцию эмоционального выгорания, позитивно отразилась на состоянии сотрудников стационара, принявших участие в данной программе. Удалось снизить количество работников с высоким уровнем эмоционального выгорания, у них повысилась уверенность в себе сотрудники стали с большей эмоциональностью включаться в рабочий процесс. Работа с конфликтными ситуациями помогает находить нужные, в том числе и управленческие, решения.

Мы считаем, что программа «Потенциал» – это возможность не допустить кадровой «текучки» в медицинских организациях. В целом данная программа способствует повышению качества и эффективности оказываемой медицинской помощи населению.

Бокерия Л. А.^{1,2,3}, Костава В. Т.¹, Ким А. И.¹, Зеливянская М. В.¹, Лютова И. Г.¹,

¹ ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Минздрава России»

² ФGAOУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»

³ ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России»

КЛАПАНСОДЕРЖАЩИЕ КОНДУИТЫ СВЕРХМАЛОГО РАЗМЕРА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ

Цель работы

Создание клапаносодержащих кондуитов сверхмалого размера (от 5 мм) для реконструкции выводного отдела правого желудочка сердца (реконструкция ВОПЖ) у новорожденных и младенцев со сложными врожденными пороками сердца (сложные ВПС).

Состояние проблемы и актуальность работы

Отсутствие коммерчески доступных кондуитов сверхмалых размеров является одной из главных проблем в хирургическом лечении сложных ВПС у новорожденных и младенцев, которым требуется реконструкция ВОПЖ.

Реконструкция ВОПЖ состоит в восстановлении кровотока из правого желудочка в магистральные легочные артерии посредством имплантации клапаносодержащих кондуитов (рис. 1).

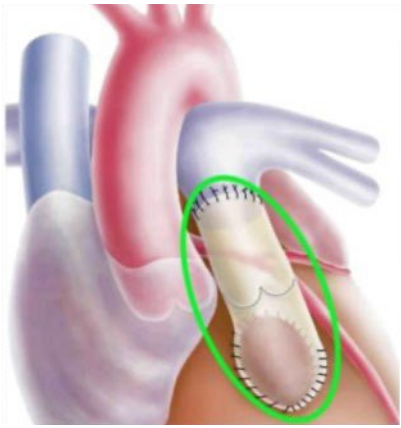


Рис 1. Имплантация кондуита при реконструкции ВОПЖ

Реконструкция ВОПЖ применяется для коррекции различных сложных ВПС, в том числе атрезии и стеноза легочной артерии, тетрады Фалло, аномального отхождения магистральных сосудов от желудочков, общего артериального ствола, транспозиции магистральных сосудов. Операция выполняется на остановленном сердце в условиях искусственного кровообращения.

Современный уровень развития кардиохирургии позволяет успешно выполнять реконструкцию ВОПЖ в самые ранние сроки после установления диагноза, начиная с периода новорожденности.

Борисов С. Е.¹, Филиппов А. В.¹, Иванова Д. А.^{1,2}, Иванушкина Т. Н.¹, Литвинова Н. В.¹,
Гармаш Ю. Ю.¹, Родина О. В.¹

¹ ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ»

² ФГБОУ ДПО «РМАНПО Минздрава России»

НОВЫЕ РЕЖИМЫ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Цель работы

Повысить эффективность лечения больных туберкулезом органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя за счет разработки и внедрения новых режимов химиотерапии, включающих бедаквилин и антибактериальные препараты широкого спектра с антимикобактериальной активностью.

Научная новизна

В ходе работы впервые:

- комплексно оценена эффективность режимов, основанных на новых принципах формирования комбинаций, включающих новый противотуберкулезный препарат бедаквилин в лечении туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя;

- определена оптимальная продолжительность комбинированного лечения больных туберкулезом бедаквилином и другими препаратами, ранее использовавшимися для более коротких курсов лечения;
- выявлены факторы, в наибольшей степени влияющие на эффективность лечения с применением новых режимов химиотерапии;
- оценена безопасность новых режимов химиотерапии.

Данный проект является пилотным в России, обладает мировым приоритетом, полученные результаты включены в международное многоцентровое исследование (с указанием приоритета российских авторов); используемые в Москве принципы формирования новых режимов этиотропной химиотерапии туберкулеза с МЛУ и ШЛУ МБТ на 4 года опередили аналогичную концепцию ВОЗ, предложенную только в августе 2018 года.

Основой работы являются результаты проспективного сплошного наблюдательного одноцентрового исследования, пилотный этап которого был начат в апреле 2014 года. В исследование включали всех пациентов, находящихся под наблюдением МНПЦБТ, жителей г. Москвы, которым было показано назначение новых режимов и отсутствовали противопоказания.

Заключение

Ключевым отличием исследования, проведенного в условиях противотуберкулезной службы г. Москвы, является его выполнение на репрезентативной выборке больных, с возможностью экстраполяции результатов на всю генеральную популяцию больных туберкулезом с МЛУ/ШЛУ МБТ в городе Москве.

Разработанные режимы химиотерапии туберкулеза высокоэффективны и хорошо переносятся больными туберкулезом с МЛУ/ШЛУ МБТ с серьезными сопутствующими заболеваниями и длительной историей неэффективного лечения в прошлом. Продемонстрирован достаточно высокий уровень безопасности: большинство НПР были успешно купированы без отмены «ключевых» для режима новых ПТП.

Увеличение сроков приема бедаквилина в сочетании с линезолидом является необходимым при лечении больных туберкулезом с ШЛУ МБТ; полученные результаты отражены в последней редакции федеральных клинических рекомендаций.

Применение новых режимов химиотерапии по сравнению с ранее применяемыми позволяет повысить эффективность лечения у пациентов с МЛУ МБТ до 72,5 % в целом, а вероятность благоприятного исхода возрастает в 3 раза. У отдельных групп пациентов эффективность возрастает до более высокого уровня: у женщин – до 86,6 % (вероятность благоприятного исхода в 3,3 раза выше), у пациентов, выявленных впервые – до 80,9 %, у пациентов, ранее не получавших резервные ПТП – до 84,4 %, у пациентов с МЛУ МБТ без устойчивости к фторхинолонам и/или инъекционным ПТП – до 78 %.

Выделены независимые предикторы неблагоприятного исхода лечения: признаки формирования лекарственной устойчивости к бедаквилину (МИК Bdq на среде 7H11 > 0,06 мкг/мл, ОШ 1,7, 95 % ДИ 2,4–47,9), низкая приверженность к лечению (ОШ 7,9, 95 % ДИ 3,4–18,0), алкогольная зависимость (ОШ 2,7, 95 % ДИ 1,2–6,1) и опыт неэффективного лечения туберкулеза с МЛУ МБТ в течение года и более (ОШ 2,3, 95 % ДИ 1,1–6,3). Учет этих факторов позволит сделать назначение новых режимов более эффективным и рациональным.

Разработанные режимы внедрены в практику всех противотуберкулезных учреждений города Москвы, что привело к повышению эффективности лечения и снижению летальности от прогрессирующего туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя. Разработка и внедрение данных режимов явились приоритетными для мировой фтизиатрической практики, получили мировое признание и предвосхитили появление новой концепции ВОЗ 2019 года по лечению туберкулеза с лекарственной устойчивостью.

В настоящее время Центр продолжает оставаться основным (наиболее крупным) участником международного исследования по новым режимам химиотерапии туберкулеза с МЛУ/ШЛУ возбудителя (под эгидой ВОЗ и Европейского респираторного общества), по результатам продолжают публиковаться статьи в авторитетных международных журналах (European Respiratory Journal, Journal of Infection), лидирующие по числу цитирований.

Ожидается, что дальнейшее внедрение и совершенствование разработанных схем химиотерапии позволит добиться резкого сокращения числа больных туберкулезом –бактериовыделителей с МЛУ и ШЛУ возбудителя в городе (эпидемиологически опасной прослойки). За период 2014–2019 гг. число состоящих на учете больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя уменьшилось с 573 до 252 человек; планируется дальнейшее сокращение этого числа.

Брюн Е. А.^{1,2}, Копоров С. Г.¹, Бузик О. Ж.^{1,2}, Бедина И. А.¹, Сорокин А. С.¹, Головинский П. А.¹,
Дюжев Д. В.¹, Мирошкин С. С.¹, Скрябин В. Ю.¹ Застрожин М. С.²

¹ ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

² ФГБОУ ДПО «РМАНПО Минздрава России»

РАЗРАБОТКА И ИМПЛЕМЕНТАЦИЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К НАЗНАЧЕНИЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ЗАВИСИМОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ

Цель исследования

Целью нашего исследования были поиск и валидизация фармакогеномных, фармакометаболомных и фармакотранскриптомных биомаркеров, использование которых позволило бы снизить риск развития нежелательных реакций и фармакорезистентности лекарственной терапии пациентов с алкогольной зависимостью и коморбидными психическими расстройствами.

Материалы и методы

Исследование проводилось с 2017 и до конца 2019 года стало включать 627 пациентов с алкогольной зависимостью, 557 из которых имели коморбидное психическое расстройство (аффективное или тревожное). Пациенты находились на стационарном лечении в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», а также его клинических филиалах, получали терапию согласно стандартам оказания медицинской помощи, утвержденным в приказе Министерства здравоохранения РФ. Методологической базой исследований было выбрано комплексное применение различных методов и методик исследования: психометрические шкалы и шкалы оценки выраженности НЛР с целью клинической оценки эффективности и безопасности психофармакотерапии; методика глобальной оценки триггеров (Global Trigger Tool – GTT) для анализа частоты развития нежелательных лекарственных реакций; клинико-статистический метод для анализа частоты резистентных случаев психофармакотерапии; генотипирование по полиморфным маркерам генов (с применением метода полимеразной цепной реакции с аллельспецифической гибридизацией), кодирующих синтез изоферментов системы биотрансформации цитохрома P-450 и гена ABCB1, кодирующего синтез гликопротеина P) для выявления фармакогеномных биомаркеров; оценка активности CYP2D6 и CYP3A4 с помощью метаболического отношения концентраций эндогенных субстратов данных изоферментов и их метаболитов в моче: 6-бета-гидрокортизол/кортизол для CYP3A4, 6-гидрокси-1,2,3,4-тетрагидро-бета карболин/пинолин для CYP2D6, которые планируется измерять методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией с квадрупольным анализатором для выявления фармакометаболомных; анализ плазменных уровней специфичных микроРНК miR-27b и miR-34a для разработки фармакотранскриптомных биомаркеров.

Результаты и их обсуждение

По результатам исследования была показана связь между различными полиморфными маркерами генов, кодирующими изоферменты биотрансформации печени и транспортных белков, уровнем концентраций эндогенных субстратов пинолина и кортизола и их метаболитов, а также уровнями равновесных концентраций, показателями эффективности и безопасности психофармакотерапии (антипсихотиков на примере галоперидола, антидепрессантов на примере флувоксамина и мirtазапина, транквилизаторов на примере бромдигидрохлорфенилбензодиазепина, антиконвульсантов на примере карбамазепина, противорецидивной терапии на примере пролонгированной формы налтрексона). В рамках исследования была разработана система поддержки принятия решений, с помощью которой врачи смогут осуществлять выбор наиболее эффективного и безопасного лекарства персонализированно для каждого пациента на основе его индивидуальных особенностей.

По результатам этих работ сотрудниками отдела было опубликовано 38 статей в российских и зарубежных журналах (из них 15 – в журналах SCOPUS). Получено 8 патентов по результатам исследования. В сентябре 2019 года было подано 6 заявок в Роспатент с целью защиты интеллектуальной собственности на основе полученных результатов разработок. Результаты исследования докладывались и обсуждались на ведущих психиатрических и клинико-фармакологических международных конгрессах и конференциях (ECNP, WPA, EPA и др.)

Вклад в развитие практического здравоохранения и медицинской науки в городе Москве.

На основе полученных биомаркеров была разработана СППР, представляющая из себя программное обеспечение, написанное на PHP/JS, позволяющее производить расшифровку результатов фармакогенетического тестирования. Проведено исследование по изучению эффективности применения данной СППР на пациентах с аффективными и тревожными расстройствами, коморбидными, с алкогольной зависимостью, а также на пациентах с синдромом отмены алкоголя. По результатам испытаний были получены статистически значимые различия в количестве баллов по всем используемым в исследовании психометрическим шкалам. Например, по шкале Гамильтона к 9-му дню исследования количество баллов в основной группе составляло 14,5 [14,0; 15,0], а в группе контроля – 20,0 [18,0; 21,0] ($p < 0,001$); к 16-му в основной группе – 14,0 [3,0; 5,0], в группе контроля – 14,0 [13,0; 14,0] ($p < 0,001$). По шкале безопасности UKU также была получена статистически значимая разница. К 9-му дню исследования количество баллов по шкале UKU в основной группе составило 4,0 [4,0; 5,0], а в группе контроля – 5,0 [5,0; 6,0] ($p < 0,001$); к 16-му дню разница возростала. В основной группе – 3,0 [0,0; 4,2], в группе контроля – 9,0 [7,0; 11,0] ($p < 0,001$). Полученные результаты позволят осуществлять персонализированный подход к назначению фармакотерапии у пациентов с болезнями зависимости и коморбидными психическими расстройствами, что позволит повысить эффективность и безопасность терапии.

Брюховецкий А. С.¹, Гривцова Л. Ю.², Шурдов М. А.¹, Васин И. Ю.¹

¹ ЗАО клиника «НейроВита»

² ФГБУ «НМИЦ радиологии Минздрава России»

НА ПЕРЕДНЕМ КРАЕ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Предложен и запатентован (Патент RU № 2706 714 С1) способ ультраранней молекулярно-биологической диагностики злокачественных новообразований (ЗНО) и нейродегенеративных болезней (НДБ), основанный на картировании и профилировании белковых маркеров мембранной поверхности (БММП) аутологичных гемопоэтических стволовых (CD34+ CD45+) клеток (ГСК). БММП ГСК были изучены методом проточной мультицветной цитофлуориметрии на 1187 образцах кроветворной ткани у 430 онкобольных (167 взрослых и 263 детей), на 66 образцах кроветворной ткани, взятых у 60 взрослых пациентов с боковым амиотрофическим склерозом (БАС), на трех образцах гемопоэтической ткани трех пациентов с болезнью Альцгеймера (БА), двух образцах двух пациентов с болезнью Паркинсона (БП) и на 61 образце лейкоферезного продукта (ЛП) мобилизованных монону-

клеаров (МНК) периферической крови (ПК) 54 здоровых доноров. Фенотипические характеристики выявленных особенностей профилей БММП ГСК свидетельствуют об иммуноспецифической избирательной недостаточности иммунной системы (НИС), которая формируется еще до появления тканевого патоморфоза болезни и обусловлена эпигеномно-протеомной патологией ГСК. Диагностика патоспецифического профиля БММП ГСК позволяет на ранних этапах ЗНО и НДБ диагностировать их до клинической и параклинической манифестации болезни.

Брянцев А. В.^{1,2}, Горбатова Н. Е.^{1,3}, Дорощев А. Г.¹, Золотов С. А.¹, Батунина И. В.¹

¹ «НИИ НДХИТ»

² ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России

³ ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России

СПОСОБ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДЕСТРУКЦИИ ДЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

Впервые в ГБУЗ «НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ г. Москвы» (НИИ НДХИТ) был экспериментально обоснован, разработан и внедрен в клиническую практику способ «Интерстициальной селективной лазерной фотодеструкции очаговой формы гемангиом у детей», получен патент на изобретение № 2629802 от 04 сентября 2017 года, приоритет от 24 марта 2016 года.

В работе был использован лазерный хирургический аппарат ЛСП «ИРЭ-Полус» (Россия), генерирующий одновременно двухволновое лазерное излучение с длиной волны 0,97 мкм и 1,56 мкм, селективно воздействующие на воду и гемоглобин, преимущественно содержащиеся в гемангиоме по сравнению с окружающими ее тканевыми структурами.

На рисунке 1 представлен эффект поглощения лазерного излучения с длиной волны 0,97 мкм и 1,56 мкм, хромофорами кожи, гемоглобином и водой.

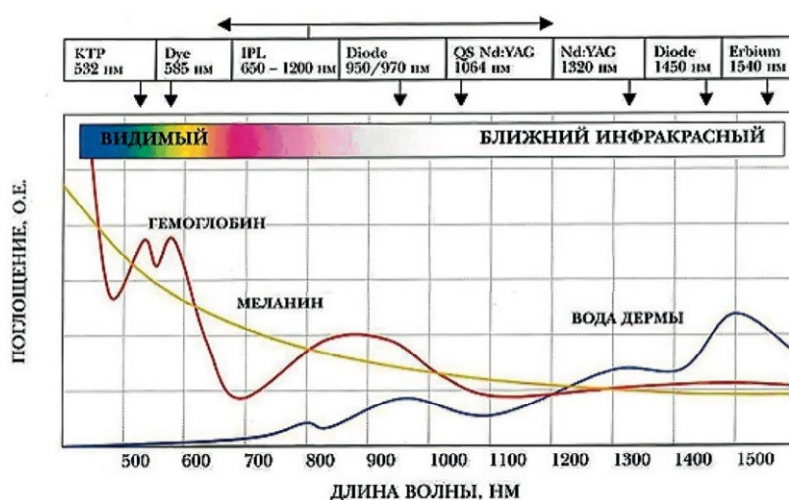


Рисунок 1. Спектры поглощения света хромофорами кожи

По горизонтальной оси – длины волн (нм); по вертикальной оси – коэффициент поглощения излучения гемоглобином, меланином, водой.

На основании данных публикаций в отечественной и зарубежной научной литературе данный способ лечения очаговой формы гемангиом не описан. До настоящего времени ни одно из лечебных учреждений не обладает аналогичным опытом лечения данной формы гемангиом.

Результаты лечения

Во время оперативного лечения способом интерстициальной селективной лазерной фотодеструкции ни у одного больного не было отмечено технических трудностей и осложнений. Во всех случаях отмечена выраженная коагуляция всех тканей гемангиомы и полный гемостаз. Длительность операции была минимальной и составляла в среднем 12 ± 3 мин. В условиях стационара дети находились в среднем не более 4 ± 1 койко-дней, далее они были выписаны на амбулаторное лечение.

Всем пациентам в амбулаторных условиях в первый послеоперационный месяц проводили перевязки и контрольные осмотры не менее 1 раза в неделю.

Послеоперационный раневой процесс во всех случаях соответствовал физиологическим срокам и носил свойственный лазерным ранам локальный асептический характер раневого воспаления без воспалительных изменений в окружающих рану тканях. После операции через 25 ± 5 дней раневой дефект был полностью закрыт ровным эпителием без рубцовой деформации кожного покрова.

Во всех случаях наблюдения за оперированными больными, включая в анамнезе, было установлено отсутствие рецидива и остаточных элементов ткани гемангиомы, а также деформации кожного покрова в послеоперационной зоне, размер которой был значительно меньше по сравнению с имевшимся ранее сосудистым образованием. Хороший клинический результат лечения у всех пациентов был подтвержден данными контрольного УЗИ с ЦДК. Оптимально возможный эстетический результат был у 69 % пациентов, которых полностью удовлетворял эстетический компонент лечения, а остальные прооперированные (31 %) были тоже удовлетворены, но хотели бы немного улучшить состояние кожи в послеоперационной области.

Валиуллина С. А.¹, Сиднева Ю. Г.¹, Закрепина А. В.¹, Мамонтова Н. А.¹, Новоселова И. Н.¹,
Фуфаева Е. В.¹, Понина И. В.¹, Тютюкина А. И.¹, Бураков А. А.¹

¹ «НИИ НДХИТ»

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Цель разработки:

оптимизация и совершенствование имеющихся реабилитационных ресурсов в педиатрической практике; повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи детям с тяжелыми травматическими повреждениями в установленные сроки на всех этапах восстановительного лечения и реабилитации.

Новизна, оригинальность

Впервые предлагается «Организационная модель системы комплексной реабилитации детей с острыми трав-

матическими повреждениями» (далее ОМ), цель которой – повышение качества и эффективности оказываемой реабилитационной помощи в установленные сроки (согласно Приказа от 29 декабря 2012 г. № 1705н) на всех этапах реабилитации. При этом ожидаемыми результатами являются: создание условий для доступной реинтеграции ребенка после острого повреждения в социум и повышение качества жизни.

Предлагаемая ОМ системы комплексной реабилитации детей с острыми травматическими повреждениями уникальна и характеризуется следующим: наличием систематизированного комплексного подхода к восстановлению детей после перенесенных травм; принятием своевременных обоснованных управленческо-организационных и лечебных дифференцированных решений и их возможным применением на всех этапах реабилитации; универсальностью и мобильностью; возможностью включения в территориальные отраслевые программы субъектов РФ с учетом реализованного и апробированного опыта детской реабилитации в рамках Департамента здравоохранения г. Москвы (на базе НИИ НДХиТ, 2010–2020 гг.).

В настоящее время ни один из педиатрических стационаров не обладает аналогичной организационной моделью системы комплексной реабилитации.

Вечорко В. И.¹, Аверков О. В.¹, Горбатов Е. А.¹, Базаев В. А.¹, Баяндин Н. Л.¹, Горюнов С. В.¹

¹ ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ»

УНИКАЛЬНЫЙ ОПЫТ ЧРЕЗВЕНОЗНОЙ ЭКСТРАКЦИИ ЭНДОКАРДИАЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОДОВ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА

Новизна, преимущества по сравнению с другими клиниками

В настоящее время ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ» является единственным учреждением, входящим в систему здравоохранения города Москвы, в котором проводятся операции по чрезвенозной экстракции электродов. При этом силами сотрудников отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ» проведено почти 40 % всех выполняемых в России экстракций.

Столь успешный опыт по проведению в ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ» операций по чрезвенозной экстракции электродов стал возможен благодаря участию сотрудников отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции в тренингах, проводимых европейскими клиниками, начавшими внедрение в свою практику подобных операций еще в начале 2000-х годов. Так, в марте 2019 года заведующий отделением Е. А. Горбатов совместно с д. м. н. В. А. Базаевым приняли участие в практическом семинаре-тренинге «Чрезвенозное удаление эндокардиальных электродов», проводимом на базе университетской клиники в г. Брешиа, Италия. В ноябре 2019 года заведующий отделением Е. А. Горбатов принял участие в «Семинаре по удалению электродов», организованном компанией Philips в «Центре Хирургии Сердца» в г. Дуйсбург, Германия.

Результаты работы: организационный уровень

Для выполнения операций по удалению ЭУС и экстракции эндокардиальных электродов в ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ» отлажено взаимодействие трех отделений: непосредственно отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, выполняющего данные операции; отделения кардиохирургии и отделения гнойной хирургии, в которых находятся на лечении пациенты до и после проведения операции.

Операции по экстракции электродов проводятся в операционной отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, оснащенной в соответствии с международными стандартами лечения всех видов нарушений ритма сердца и проводимости самым современным оборудованием, среди которого: стационарный цифровой ангиограф напольного типа Toshiba; ЭФИ станция Bard; ЭФИ станция Carto; РЧ генератор Stockert; криогенератор.

Для проведения операций, у которых предполагается высокий риск развития осложнений (в первую очередь кровотечение), используется гибридная операционная, открытая в 2018 году благодаря организационной и финансовой поддержке руководства Департамента здравоохранения города Москвы. В данной операционной хирургические вмешательства выполняются совместно с врачами кардиохирургического отделения, которые при необходимости могут незамедлительно подключиться для перехода операции на открытом сердце.

Результаты работы: лечебный уровень

Процедура чрезвенозной экстракции эндокардиальных электродов подразделяется в зависимости от анатомического доступа на:

- верхний подход, когда удаление электрода осуществляется по ходу вен, через которые он был установлен. Как правило, большинство процедур по извлечению электродов начинается с верхнего подхода. В случае, если удаление электрода с использованием верхнего подхода не удастся, особенно при наличии фрагментированных, флотирующих электродов, может быть использован метод экстракции через яремную вену и/или и бедренный доступы;
- нижний/бедренный подход. Экстракцию путем использования доступа через бедренную вену можно осуществлять при помощи специализированных инструментов, как в качестве первоначально выбранного подхода, так и в качестве запасной процедуры. Удаление электродов через бедренную вену чаще всего используют при наличии фрагментированных электродов, свободно флотирующих в венозной системе, полостях сердца или легочной артерии. Применение этого доступа также показано при выраженной облитерации области венозного входа электрода и трудности проведения механических инструментов (телескопического и ротационного дилататоров) из-за наличия кальцинированных тканей по ходу установленных электродов.

Ключевыми инструментами для чрезвенозной экстракции являются самофиксирующиеся стилеты (запирающие стилеты) и механические телескопические дилататоры. Вероятность полной эффективности удаления эндокардиальных электродов.

Рис. 1. Эксимерная лазерная система для экстракции электрохирургического и лазерного дилататора.



Рис. 2. Катетер-дилататор для лазерной экстракции электродов

В случае свободно флотирующих в просвете крупных вен и/или сердца электродов требуется доступ через удаленную (бедренную, яремную) вену или чреспредсердно. Это также относится к ситуациям, когда при экстракции происходит разрыв электрода. В подобных случаях для захвата электродов через удаленные вены используются так называемые ловушки для экстракции.

Перспективы развития

Количество имплантируемых электрокардиостимуляторов и кардиовертеров-дефибрилляторов увеличивается с каждым годом, при этом увеличивается доля многокамерных систем.

Так, в 2019 году в больницах системы здравоохранения города Москвы было установлено более 4 000 электронных устройств сердца, а всего в России – порядка 50 000. Однако эти показатели все еще ниже средне-европейских, что позволяет спрогнозировать дальнейшее ежегодное стабильное увеличение имплантируемых как в Москве, так и по всей России электрокардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов и ресинхронизирующих устройств, а соответственно и эндокардиальных электродов.

Увеличение количества имплантируемых электронных устройств сердца приводит к росту числа гнойных осложнений в зоне имплантированных устройств и бактериального электродного эндокардита.

Учитывая возрастающую с каждым годом потребность в экстракции эндокардиальных электродов, а также принимая во внимание высокотехнологичность операций по экстракции, руководством ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ» в конце 2018 года было направлено на рассмотрение в Департамент здравоохранения города Москвы предложение о внесении указанной медицинской услуги в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) с расчетным базовым тарифом 544,5 тыс. руб. за экстракцию одного электрода.

Внесение тарифа на экстракцию эндокардиальных электродов в ОМС позволит увеличить количество подобных операций до 150–200 ежегодно, за счет чего значительно сократит процент развития различных осложнений, связанных с имплантируемыми электронными устройствами.

В середине 2019 года вопросом введения медицинской услуги по экстракции электродов в перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, заинтересовались также руководители федеральных учреждений Минздрава России, в результате чего в рамках VIII Всероссийского съезда аритмологов в июне 2019 года была создана рабочая группа под руководством академика РАН, директора ФГБУ «НМИЦ Хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России А. Ш. Ревивили. В настоящее время рабочая группа занимается разработкой методических и клинических рекомендаций по экстракции электродов и подготовкой тарифной квоты. Принимая во внимание практические знания и опыт по проведению успешных операций по чрезвенной экстракции эндокардиальных электродов, накопленные сотрудниками отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, представляется перспективным создание на базе ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ» учебного центра по удалению электродов с целью распространения имеющихся навыков и опыта медицинским специалистам других учреждений здравоохранения, заинтересованных в развитии данного вида хирургических вмешательств.

Гаврюшенко Н. С.¹, Татаренков В. И.¹, Булгаков В. Г.¹, Корышков Н. А.¹, Коробушкин Г. В.¹,
Загородний Н. В.¹

¹ ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова»

АРТРОМЕДУЛЛЯРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ – ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗОВ

Новизна, оригинальность метода

С целью сохранения собственных суставов пациентов ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова» и компания «ЦИТО» разработали и запатентовали артротомедулярный имплантат (шунт) для самосмазывания пораженных суставов.

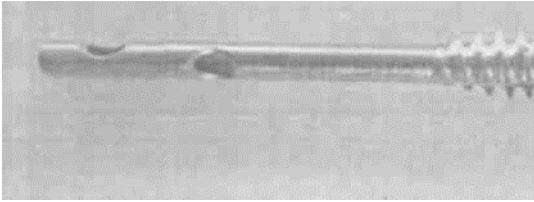


Рис. 1. Внешний вид артротростулярного имплантата

При его установке в ходе выполнения обычной артроскопической санации обеспечивается поступление постоянно возобновляемого внутрикостного содержимого пациента в больной сустав. Предложенный способ артротростулярного шунтирования нацелен на коррекцию основных нарушений при повреждениях и заболеваниях коленного сустава. Это позволяет на длительный срок (прослежено до 9 лет) устранить или значительно уменьшить болевой синдром, улучшить смазывание и защитить суставной хрящ, чем достигается сохранение и улучшение функционирования пораженного сустава. При установке имплантата в ходе выполнения обычной артроскопической санации его проксимальная часть располагается в костномозговом канале бедренной кости, обеспечивая через выходное отверстие дистальной резьбовой части сообщение внутрикостного пространства и суставной полости. Этим обеспечивается поступление постоянно возобновляемого внутрикостного содержимого пациента в больной сустав. Такое артротростулярное шунтирование (АМШ) позволяет использовать полезные свойства собственного костномозгового содержимого и направлено на длительное его поступление в пораженный сустав пациента.



Рис. 2. Рентгенограмма коленного сустава с установленным имплантатом

Способ привлекателен для пациентов тем, что он прост, понятен и основан на использовании собственных ресурсов организма, а также сохраняет возможность при необходимости выполнить эндопротезирование сустава.

Заключение

Предложенное артротростулярное шунтирование суставов оказывает выраженное лечебное действие в течение продолжительного периода после операции. Простота его выполнения, продолжительный положительный эффект, подтвержденный также желанием пациентов провести АМШ и на другом пораженном суставе, позволяет использовать АМШ для существенной отсрочки эндопротезирования коленного сустава. В случае противопоказаний или категорического отказа пациентов от эндопротезирования суставов, их согласие на проведение АМШ способно на определенный срок облегчить тяжесть заболевания и приемлемо улучшить качество жизни.

Галкин В. Н.¹, Ермощенко М. В.^{1,2}, Зикиряходжаев А. Д.^{2,3,4}, Каприн А. Д.⁵

¹ ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1» ДЗМ

² ФGAOY BO «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрaвa Poccии

³ МНИОИ им. П. А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦР» Минздрaвa Poccии

⁴ ФGAOY BO «Poccийский университет дружбы народов»

⁵ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрaвa Poccии

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИК ОНКОПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Актуальность

Злокачественные новообразования являются одной из основных причин смерти и инвалидизации населения развитых, а в последние годы и развивающихся стран. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России в 2018 г. рак молочной железы (PMЖ) составлял 20,9 %. Абсолютное число впервые в жизни установленного диагноза рака молочной железы в 2018 г. составило 70 682, в то время как в 2008 г. – 52 469 [1]. Успехи клинической онкологии привели к излечению многих тысяч онкологических больных, однако при этом возникла сложная проблема адаптации и реабилитации пациентов, перенесших противоопухолевое лечение. Инвалидизация онкологических больных является следствием функциональных, анатомически, эстетических и психологических нарушений. Именно устранение или уменьшение последствий противоопухолевого лечения может радикально улучшить показатели реабилитации онкологических больных

Целью нашей работы явилась разработка системного подхода к одномоментной хирургической реабилитации больных раком молочной железы за счет расширения спектра операций и хирургических методик, способствующих достижению стойких эстетических результатов.

Задачи:

1. разработка различных методик онкопластических резекций, применимых для соответствующих локализаций рака молочной железы;
2. оценка полученных хирургических и эстетических результатов;
3. оценка онкологических результатов. Научная новизна.

Впервые в Российской Федерации предложены методики органосохраняющих операций при раке молочной железы, позволяющие не только исключить формирование послеоперационных дефектов, но и улучшить эстетический вид молочной железы.

Выводы

Онкопластические резекции – новое направление хирургического лечения рака молочной железы, варианты которого разработаны авторами и внедрены в практическое здравоохранение в Российской Федерации (в Городской клинической онкологической больнице № 1 и МНИОИ им. П. А. Герцена).

Данный вариант хирургического лечения внесен в клинические рекомендации общероссийской общественной организации «Российское общество онкомаммологов» по диагностике и лечению рака молочной железы в раздел «Лечение рака молочной железы». Преимущества операции:

1. абластичная операция с хорошим косметическим результатом;
2. сопровождается наименьшей травматичностью, временем операции, кровопотерей и послеоперационным периодом реабилитации в отличие от радикальной мастэктомии с одномоментной реконструкцией;
3. является адекватной альтернативой радикальной мастэктомии с реконструкцией при правильном отборе больных РМЖ;
4. приводит к более быстрому психологическому восстановлению больных в связи с сохранением ощущения целостности органа.

Рекомендации: при наличии показаний к органосохраняющему лечению РМЖ и желании больной на хирургическом этапе лечения пациентке должны быть предложены методики онкопластической хирургии с целью эффективной реабилитации, профилактики психоэмоциональных стрессов и быстрого возвращения к активной социальной жизни.

Гаров Е. В.¹, Зеликович Е. И.^{1,2}, Сидорина Н. Г.¹, Зеленкова В. Н.¹, Загорская Е. Е.¹, Сударев П. А.¹,
Куриленков Г. В.¹, Калошина А. С.¹, Мищенко В. В.¹, Киселюс В. Э.¹

¹ ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»

² ФГБОУ «ДПО РМАНПО» Минздрава России

ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

Цель работы: совершенствование диагностики и реабилитации тугоухости у больных отосклерозом.

Новизна результатов исследований.

1. Разработан современный алгоритм диагностики ОС, его различных форм и локализаций, основанный на комплексе данных субъективных (клинических, отоскопических, аудиометрических) и современного объективного метода – мультиспиральная высокоразрешающая компьютерная томография (МСКТ) височных костей с последующим выполнением мультипланарной реконструкции (МПР), который позволил улучшить диагностику различных форм заболевания, определяет показания к консервативному, хирургическому методу лечения или их комбинации, а также позволяет оценить динамику и эффективность лечения.
2. На основе использования денситометрии при МСКТ височных костей и анализа результатов исследования у больных ОС представлены объективные критерии активного (отоспонгиоза) и неактивного ОС и определена длительность консервативной терапии (Патент РФ на изобретение № 2557691 от 29.06.2015 г. «Способ определения длительности лечения активных форм отосклероза»).
3. На основе разработанного алгоритма диагностики выявлено, что в настоящее время активная форма ОС (отоспонгиоза) встречается у 29,8 % больных, у 74,9 % – диагностируется смешанная форма тугоухости и у 2,9 % – кохлеарная в соответствии с классификацией ОС в зависимости от состояния порогов слуха по костному проведению (КП) [Н. А. Преображенский, О. К. Пяткина, 1973].
4. Разработана схема консервативной терапии отоспонгиоза, снижающая активность ОС, нарастание нейросенсорного компонента тугоухости, препятствующая облитерации улитки и реосификации окна преддверия, а с денситометрии при МСКТ височных костей объективно доказана ее эффективность (Патент РФ на изобретение № 2557691 от 29.06.2015 г. «Способ определения длительности лечения активных форм отосклероза»).

5. Усовершенствованы методики стапедопластики с помощью использования CO₂- лазера, облегчающие и ускоряющие выполнение стапедотомии различного размера, снижающие осложнения данного этапа операции (Патент РФ на изобретение № 2479275 от 20.04.2013 г. «Способ лазерной стапедэктомии у больных отосклерозом»).
6. Разработана хирургическая методика тендопластики аутоканями, улучшающая функциональные результаты стапедопластики, независимо от варианта применения протеза стремени, и снижающая риск развития некроза длиной ножки наковальни (Патент РФ на изобретение № 2612982 от 14.03.2017 г. «Способ тендопластики при стапедопластике у больных отосклерозом»).
7. Разработана методика интраоперационного прогнозирования развития кохлеовестибулярных расстройств при стапедопластике, снижающая риск развития послеоперационных осложнений за счет анализа их интенсивности и профилактического назначения лекарственных препаратов (Патент РФ на изобретение № 2638269 от 12.12.2017 г. «Способ интраоперационного выявления вегетативной реакции при стапедопластике и прогнозирования развития кохлеовестибулярных расстройств после стапедопластики»).
8. Разработан резак для забора хрящевого трансплантата для формирования протеза стремени из ушной раковины пациента, облегчающий и ускоряющий его изготовление (Патент РФ на полезную модель № 183426 от 21.09.2018 г. «Резак для забора хрящевого трансплантата для стапедопластики из ушной раковины пациента»).
9. На основе опыта лечения ОС разработана система реабилитации тугоухости у пациентов с ОС, включающая современную диагностику, и в зависимости от форм заболевания консервативное лечение, хирургическую, аппаратную реабилитацию или их комбинации (Патент РФ на изобретение № 2637291 от 01.12.2017 г. «Способ реабилитации тугоухости у пациентов»).

Результаты работы: методический, образовательный и научный уровень

По теме научной работы защищены 5 кандидатских диссертаций. Опубликовано 18 научных статей в журналах списка ВАК. Получены 6 патентов РФ на изобретение и полезную модель. Опубликовано 106 тезисов в сборниках российских и зарубежных конференций различного уровня.

Сделано 110 докладов на российских и зарубежных конференциях различного уровня.

Выпущено 7 методических рекомендаций. Представленные работы отмечены 6 дипломами и наградами. Проведено 3 обучающих сертификационных курса с секционным тренингом (2014, 2017 и 2020 г.).

Геворгян А. П.¹, Короткова С. А.¹, Адамян Л. В.¹

¹ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

ПЕРВИЧНАЯ ДИСМЕНОРЕЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

Новизна работы

Научной новизной данной диссертации является впервые проведенная сравнительная оценка между уровнем свободного гидроксипролина, матриксных металлопротеиназ 2 и 9, фактора некроза опухоли, лейкотриена С₄ в сыворотке крови у девочек-подростков в зависимости от тяжести клинических проявлений первичной дисменореи и наличия или отсутствия дисплазии соединительной ткани. Впервые у девочек-подростков с первич-

ной дисменореей выявлено изменение экспрессии матриксных металлопротеиназ, что свидетельствует о наличии эндотелиальной дисфункции и ее роли в развитии данной патологии. Также определена зависимость между наличием дисплазии соединительной ткани у подростков с первичной дисменореей и уровнями кардиолипидных антител IgG, в сыворотке крови у девочек с первичной дисменореей. Показана высокая эффективность комбинированного лечения с применением нестероидных противовоспалительных средств, с добавлением витаминно-минерального комплекса, содержащего кальций и витамин D.

Впервые на большом клиническом материале автор изучил частоту развития гинекологических нарушений, наличие экстрагенитальных заболеваний, состояние соединительной ткани и эндотелия у девочек-подростков. Впервые показано что, отсутствует взаимосвязь между уровнем магния в сыворотке крови и первичной дисменореей и дисплазии соединительной ткани. На основании выполненной диссертационной работы установлены новые этиопатогенетические факторы развития первичной дисменореи. Полученные данные послужили основой для разработки алгоритма обследования, лечения и ведения девочек-подростков с первичной дисменореей.

Результаты работы: организационный уровень

Практические рекомендации, сформулированные на основе данных, полученных в результате проведенной работы, применяются при ведении пациенток с ПД в отделении детской гинекологии Морозовской детской городской клинической больницы, а также внедрены в клиническую практику и учебный процесс на курсах повышения квалификации врачей, тематического усовершенствования и семинарах, проводимых кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФДПО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России.

Результаты работы: лечебный уровень

На сегодняшний день для лечения ПД препаратами первой линии являются НПВС, действие которых направлено на снижение уровня простагландинов и имеющих уровень доказательности А. Данное лечение также является оправданным, так как при ПД имеет место воспалительный процесс, наличие которого доказали проведенные нами обследования и ранее проведенные исследования наших коллег.

**Глазырина А. А.^{1,2}, Курбанова С. Х.¹, Кантемирова М. Г.^{1,2}, Свирин П. В.^{1,3}, Щедркина И. О.¹,
Харькин А. В.³**

¹ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

³ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЛИЗИСА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Новизна и оригинальность.

В настоящем исследовании описан самый большой в России опыт лечения детей с болезнью Кавасаки и осложнениями в остром периоде. Впервые в России проводился тромболизис у пациентов с БК при тромботических осложнениях с ОНМК и острым инфаркте миокарда. Проведение тромболизиса позволило снизить инвалидизацию и летальность при данной патологии у детей.

Результаты работы: организационный уровень.

В соответствии с приказом ДЗМ от 28 апреля 2014 года № 415 «Об организации ревматологической помощи в городе Москве» в соответствии с Приложением 3 на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» был создан Городской центр детской ревматологии. Городской центр детской ревматологии осуществляет консультативно-диагностическую и лечебную помощь детям с ревматическими заболеваниями и другими нозологическими формами. Многолетний опыт лечения пациентов с болезнью Кавасаки в ГБУЗ МДГКБ ДЗМ позволил стать ведущим учреждением на территории РФ по данной нозологии у детей. Сотрудники ревматологического отделения консультируют все стационары на территории РФ, помогая сократить сроки постановки диагноза, что позволяет уменьшить количество осложнений при данной патологии у детей. При наличии жизнеугрожающих осложнений БК пациенты госпитализируются в ГБУЗ МДГКБ ДЗМ, где получают все необходимую медицинскую помощь.

Результаты работы: лечебный уровень.

С 2012 года более 250 пациентов с БК получили лечение в ГБУЗ МДГКБ ДЗМ. На фоне проводимой терапии отмечается формирование следующих сердечно-сосудистых осложнений болезни Кавасаки у детей по данным нашего стационара: перикардит – 12,2 % пациентов, транзиторное расширение коронарных артерий в остром периоде – 75 % пациентов, формирование аневризм коронарных артерий – 50 % пациентов, включая гигантские аневризмы – 18,8 % пациентов; формирование аневризм периферических артерий – у 12,5 % пациентов, частичные тромбозы пораженных артерий – у 25 %, полный окклюзионный тромбоз коронарных артерий с формированием острого коронарного синдрома менее чем у 2 % пациентов.

Применение тромболитика при тромбозах артерий мелкого и среднего калибра позволили снизить летальность и инвалидизацию пациентов.

Критериями для проведения тромболитика у детей с БК в остром периоде являются:

- тромб в левой и/или правой коронарных артериях, в том числе при аневризматическом расширении данных артерий по данным ЭхоКГ;
- признаки острого коронарного синдрома по данным ЭКГ;
- клинические признаки ОНМК;
- МР-признаки ОНМК по данным МРТ головного мозга.

Говоров А. В.¹, Садченко А. В.¹, Васильев А. О.^{1,2}, Сидоренков А. В.¹

¹ «ГКБ имени С. И. Спасокукоцкого ДЗМ»

² ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

МОСКОВСКАЯ ПРОГРАММА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация работы

Целью работы, проводившейся в течение многих лет, являлось улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с раком предстательной железы (РПЖ) в городе Москве. С этой целью нами проведены собственные клинико-диагностические, эпидемиологические, аутопсийные, экспериментальные и сравнительные исследования, подчеркивающие актуальность заявленной тематики в рамках изучения вопросов диагностики и лечения пациентов с РПЖ в г. Москве.

Результаты

Клиника урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова стояла у истоков организации программы «Мужское здоровье» в г. Москве и была первой, в которой в начале 2003 г. в рамках реализации Программы начал функционировать кабинет ранней диагностики заболеваний предстательной железы (ПЖ). На протяжении многих лет кабинет осуществлял бесперебойную работу: свыше 10 000 пациентов прошли скрининг на выявление рака предстательной железы (РПЖ). В ходе проведения собственных исследований, впервые в России были исследованы методы ранней диагностики РПЖ на когорте российских мужчин с повышенным уровнем общего простат-специфического антигена и/или негативной биопсией в анамнезе с использованием индекса РСА3 и индекса здоровья простаты. Изучена роль и значение сатурационной биопсии ПЖ у пациентов с негативными биопсиями в анамнезе, но сохраняющимся подозрением на РПЖ. Исследование аспектов морфологической оценки заболеваний ПЖ легло в основу разработки электронного атласа изображений РПЖ и дистанционного анализа гистологических изображений с применением экспертных систем. Проведена серия работ по изучению оптимизации различных методов визуализации простаты, в том числе с использованием ультразвукографической системы Histoscanning и МРТ. В клиническую практику в РФ впервые внедрен новый минимально инвазивный метод лечения РПЖ – робот-ассистированная радикальная простатэктомия и криоабляция предстательной железы. Эффективность внедренной методики подтверждена серией клинико-экспериментальных исследований.

Разработана концепция оперативного лечения локализованных форм РПЖ и определены факторы прогноза успешного результата лечения.

Серия проведенных работ нашла отражение в многочисленных публикациях как в РФ, так и за рубежом, в монографиях и ряде диссертационных работ на соискание степеней доктора и кандидата медицинских наук.

Готье С. В.^{1,2}, Иванов А. С.¹, Акопов Г. А.¹, Луговский М. К.¹, Грудинин Н. В.¹, Попцов В. Н.¹, Саитгареев Р. Ш.¹, Захаревич В. М.¹, Анискевич Г. В.¹

¹ ФГБУ «НМИЦ ТИО им. акад. В. И. Шумакова» Минздрава России

² ФGAOY BO «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ДОНОРСКОМ СЕРДЦЕ ПЕРЕД ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Новизна

Впервые в нашей стране успешную трансплантацию сердца выполнил академик В. И. Шумаков 12 марта 1987 года. На тот период развитие ТС показало, что потребность в пересадке сердца не сопровождалась пропорциональным ростом количества пересадок в связи с нехваткой доноров со стандартными критериями. В настоящее время за счет повышения эффективности новых донорских программ количество трансплантаций сердца с каждым годом увеличивается. Так, за период с 2006 по 2008 год в РФ было выполнено всего 56 трансплантаций сердца, на долю НМИЦ ТиО им. ак. В. И. Шумакова приходилось 35 пересадок. А за период с 2014 по 2017 год выполнено 813 трансплантаций сердца, из них 492 выполнено в нашем центре. В 2017 году из 252 ТС на долю НМИЦ ТиО им. ак. В. И. Шумакова приходится 63,9 % (161) от общего числа трансплантаций сердца в РФ. Успешная программа трансплантации сердца в нашем центре наряду с новыми программами позволяет увеличивать число пересадок сердца в стране. В 2018 г. число ТС в НМИЦ ТиО им. ак. В. И. Шумакова составило 196, в 2019 г. – 217.

Несоответствие между потребностью и доступностью донорских органов является наиболее важным ограничивающим фактором программы трансплантации сердца по всему миру.

Достаточно большое количество донорских сердец остаются неиспользованными для трансплантаций, в связи с патологией клапанного аппарата, атеросклеротическим поражением коронарных артерий, поражением восходящей части аорты сердечного трансплантата. По этим причинам данные органы «утилизируются».

В условиях дефицита сердечных доноров со стандартными критериями встает вопрос об актуальности ТС реципиентам от доноров с расширенными критериями или так называемыми «субоптимальными донорами».

В последнее время отмечено значительное увеличение трансплантации сердец от доноров, возраст которых 60 лет и старше. В литературе встречаются проведенные исследования, посвященные ТС от возрастных доноров, в которых не было выявлено достоверно значимой разницы в результатах ТС от доноров моложе 40 лет. Большого внимания в программе трансплантации сердца занимает ТС с гипертрофией миокарда более 1,4 см, с фракцией изгнания левого желудочка менее 50 %. Редко, но все же встречаются в литературе сообщения о коррекции клапанной и коронарной патологии сердечного трансплантата. Описаны единичные наблюдения пластики, протезирования митрального клапана, протезирования аортального клапана, аортокоронарного шунтирования донорского сердца.

Goland S. и соавторы (2008 г.) считают, что в условиях имеющегося дефицита донорских органов выполнение трансплантации сердца оправдано при строгом соблюдении принципа «субоптимальный донор-субоптимальный или urgentный реципиент».

Результаты работы

Подготовлено к трансплантации 24 реципиента, среди которых 17 (71 %) мужчин и 7 (29 %) женщин в возрасте от 16 до 64 лет, составляя в среднем $47,5 \pm 11,4$ лет. При поступлении самой частой жалобой реципиентов была одышка в покое ($n=13$) и при минимальной физической активности ($n=10$). Отеки голеней и стоп были выявлены у 13 реципиентов, только отек стоп у 6, отеки до бедер у 1 реципиента.

В связи с тяжестью состояния реципиентов, находившихся в листе ожидания ТС, принято решение о трансплантации сердца от «субоптимальных доноров».

Во время трансплантации, учитывая изменения клапанного аппарата и магистральных сосудов сердечного трансплантата, были выполнены следующие вмешательства:

1. супракоронарное протезирование восходящего отдела аорты протезом Vascutec-28 и Gelewave-28 ($n=2$);
2. протезирование аортального клапана механическим клапаном «Мединж-25» и «Мединж-23» ($n=2$);
3. протезирование митрального клапана механическим клапаном «Мединж-29» ($n=2$);
4. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом ($n=4$), «Мединж 28», «Мединж-34», «Мединж-30» ($n=2$);
5. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом MedtronicProfile 3D-28, ушивание расщепления ЗМС и ПМС ($n=1$);
6. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом «Мединж-32» в сочетании с пластикой створок митрального клапана по Альфиери;
7. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом с протезированием хорд нитью ePTFE в трех наблюдениях. Опорные кольца использовались «Мединж-28» ($n=2$) и «Мединж-30» ($n=1$);
8. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом «Мединж-30» с протезированием хорд нитью ePTFE, ушивание расщепления ЗМС ($n=1$);
9. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом «Мединж-30» с протезированием хорд нитью ePTFE, ушивание расщепления ЗМС и пластика трикуспидального клапана по Бойду;
10. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом и аннулопластика трикуспидального клапана опор-

ным кольцом (n=4), кольца для митрального клапана использовались «Мединж-28» (n=3) и «Мединж-30» (n=1), для ТК – «Мединж-28» (n=2), «Мединж-30» и «Мединж-34»;

11. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом и пластика трикуспидального клапана по DeVega и Бойду (n=2). Опорные кольца использовались «Мединж- 30» (n=2);
12. аннулопластика митрального клапана опорным кольцом «Мединж-28» с протезированием хорд нитью ePTFE и протезирование аортального клапана механическим протезом «Мединж-21».

Заключение

При глобальном дефиците донорских органов кардиотрансплантация от так называемых «субоптимальных» доноров является одним из наиболее действительных путей повышения доступности и количества операций, в первую очередь у реципиентов, требующих неотложной помощи.

Гемодинамически значимые пороки клапанного аппарата и магистральных сосудов сердца являлись противопоказанием для отбора сердечного трансплантата. Учитывая возможность реконструктивных операций на клапанном аппарате сердца, значительное количество донорских сердец может быть эффективно использовано. Оценивая удовлетворительные непосредственные результаты продемонстрированных наблюдений, можно говорить, что реализация указанного направления позволит уменьшить госпитальную смертность реципиентов, улучшить непосредственные результаты ТС и позволит обеспечить наиболее эффективное использование ценного донорского ресурса.

**Гринь А. А.^{1,2}, Дзукаев Д. Н.³, Львов И. С.¹, Кайков А. К.¹, Кордонский А. Ю.¹, Пейкер А. И.³,
Реутова А. А.³, Юндин С. В.², Шкода А. С.³**

¹ ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ»

² ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова»
Минздрава России»

³ ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ»

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДИАГНОСТИКИ, МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ И РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Состояние проблемы

Проблема своевременной диагностики и лечения пациентов с травмами и дегенеративными заболеваниями позвоночника, несмотря на современные достижения в медицине, не теряет своей актуальности для г. Москвы. Неуклонно растет число пациентов, требующих проведения декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств на позвоночнике. Так, в настоящее время ежегодно уже 1000 пациентам с травмами позвоночника и 5 500–6 000 с дегенеративными заболеваниями требуется хирургическое лечение в условиях учреждений Департамента здравоохранения г. Москвы. В последние годы значительно улучшилась оснащенность стационаров современным диагностическим и хирургическим оборудованием. Каждая нейрохирургическая операционная имеет в своем арсенале микроскопы, бинокулярные лупы, электронно-оптические преобразователи, микрохирургиче-

ские наборы, оборудование для проведения нейрофизиологического мониторинга, специальные операционные столы. Большинство операционных оснащены эндоскопическим оборудованием, нейронавигацией. Во всех клиниках г. Москвы вошло в стандарт применение микрохирургических техник при операциях на позвоночнике. Тем не менее, несмотря на достаточно высокую степень оснащенности операционных, современные минимально-инвазивные технологии (перкутанные, эндоскопические) активно не используются. Огромный спектр хирургических вмешательств на всех отделах позвоночника выполняют с применением рутинных технологий, что является причиной более высокого процента осложнений, снижения реабилитационного потенциала, длительной госпитализации и увеличения длительности болевого синдрома после выписки. В условиях нарастающей потребности в нейрохирургических операциях, это создает условия для длительного ожидания пациентами хирургического лечения с последующим снижением удовлетворенности от проведенной операции и ухудшением качества жизни в послеоперационном периоде.

Цель работы: разработать и внедрить в повседневную рутинную практику нейрохирургического отделения новые технологии диагностики, минимально инвазивного хирургического лечения и ранней реабилитации пациентов с травмами и дегенеративными заболеваниями позвоночника для сокращения сроков лечения и улучшения качества жизни больных.

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

В настоящем исследовании представлены собственные разработки уникальных методик выполнения ряда хирургических вмешательств, а также самый большой в РФ четвертый опыт применения всего арсенала минимально инвазивной хирургии при травмах и дегенеративных заболеваниях всех отделов позвоночника, включая применение робот-ассистенции. Также разработаны и представлены как алгоритм диагностики и предоперационного планирования при подготовке пациентов к минимально инвазивному вмешательству, так и принципы ранней реабилитации после проведенного вмешательства. Данные меры позволили существенно улучшить результаты лечения этих пациентов, сократить средний стационарный койко-день с возможностью осуществления более ранней социально-трудовой адаптации.

Результаты работы: общая характеристика больных с 2015 по 2019 год в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского было выполнено 3380 операций при травмах и дегенеративных заболеваний позвоночника, в ГБУЗ «ГКБ № 67 имени Л. А. Ворохобова ДЗМ» – 4489 операций. Более чем 60 % больных операции были выполнены с применением микрохирургической техники. Поскольку использование микрохирургической технологии является рутинным для стационаров г. Москвы, данная группа пациентов была исключена из исследования. Таким образом, с 2015 по 2019 год с применением транскутанных и эндоскопических технологий, а также робот-ассистенции и нейронавигации авторами работы были оперированы 620 пациентов с травмами и заболеваниями позвоночника (табл. 1).

Таблица 1. Распределение оперированных пациентов в зависимости от патологии и выбранной технологии минимально инвазивного вмешательства

	Травма позвоночника	Аномалия Киммерле	Грыжа межпозвоночных дисков	Стеноз позвоночного канала	Всего
Транспортные технологии	175	30	8	–	213
Робот – ассистенция	27	–	–	65	92
Эндоскопические технологии	201	–	114	–	315
Всего	403	30	122	65	620

Заключение

Таким образом мы представили значительный опыт применения новых, в том числе разработанных и запатентованных авторами работы, минимально инвазивных технологий в хирургии травматических повреждений и ряда дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Отличительной особенностью данной работы является внедрение этих технологий в рутинную практику на всех этапах оказания помощи пациенту – начиная с поступления в приемное отделение и вплоть до первичной реабилитации пациента. Уже на уровне приемного отделения мы обследуем пациентов в соответствии с имеющимся алгоритмом с фокусированием на выполнение минимально инвазивного вмешательства. В дальнейшем при выборе технологии выполнения операции мы склонялись в пользу наименее инвазивного. Так, к настоящему моменту при выполнении задних стабилизирующих операций на шейном отделе позвоночника мы полностью отказались от срединных доступов и установку винтовых систем выполняем минимально инвазивно. При операциях по поводу переломов грудного отдела позвоночника все передние декомпрессивно стабилизирующие вмешательства мы выполняем исключительно с эндоскопической ассистенцией или ретроплеврально, а если требуется транспедикулярная стабилизация, то мы выбираем применение перкутанных систем. При вмешательстве на поясничном уровне мы также отдаем предпочтение транскутанным технологиям даже в случае необходимости выполнения ламинэктомии: для декомпрессии выполняем минидоступ 3–4 см, а винты устанавливаем чрескожно. После внедрения в работу перкутанной эндоскопии при выборе метода операции по поводу грыжи диска на поясничном уровне преимущество отдаем также минимально инвазивной технологии. Достаточно демонстративным является снижение среднего койко-дня пациентов с патологией позвоночника, который с внедрением методов минимально инвазивного лечения удалось снизить за последние 5 лет практически в 2 раза (рис. 1).

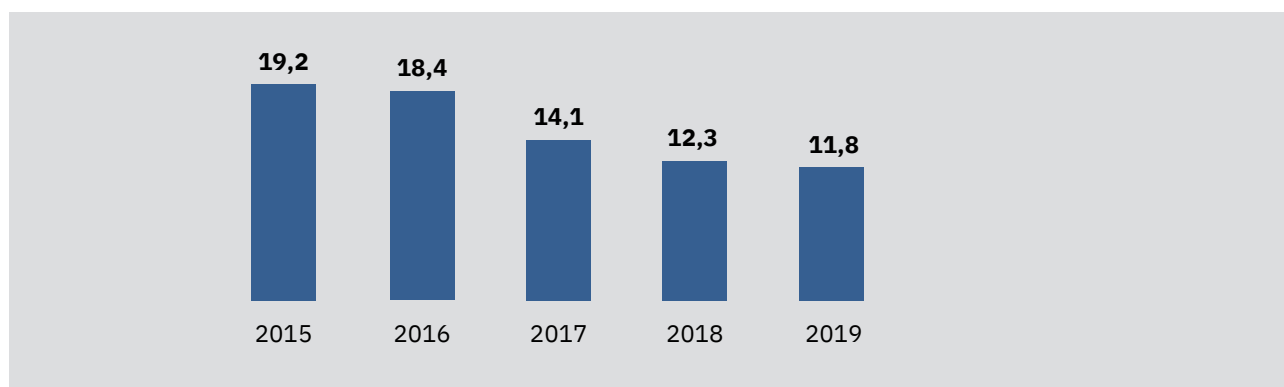


Рисунок 1. Динамика среднего койко-дня пациентов с патологией позвоночника в НИИ СП им. Склифосовского за период с 2015 по 2019 гг.

Таким образом, авторами были оперированы 620 пациентов с применением минимально инвазивных методов. Из нашего исследования был исключен самый большой пласт наблюдений – декомпрессивно-стабилизирующие вмешательства с применением микрохирургических технологий, поскольку последние применяются в рутинном порядке практически повсеместно. Многочисленные сравнительные исследования, которые были опубликованы авторами этой работы в ведущих журналах и представлены на 26 конференциях и съездах, показали, что применяемые минимально инвазивные технологии позволили улучшить качество жизни пациентов не только в раннем послеоперационном периоде, но и спустя 1 год и более после операции.

Гуменюк С. А.^{1,2}, Дежурный Л. И.^{1,3}, Закиров Р. Р.¹

¹ ГБУЗ «НПЦ ЭМП ДЗМ»

² ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УДП РФ

³ ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ НАВЫКОВ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ МЕГАПОЛИСА

При травмах и неотложных состояниях у пострадавших в течение короткого времени могут развиваться тяжелые и даже необратимые нарушения в организме, а кровопотеря и клиническая смерть, вызванная остановкой сердца, могут привести к гибели пострадавшего на месте происшествия. Оказание первой помощи в ряде случаев способно сохранить жизнь и здоровье пострадавших, но большинство мероприятий первой помощи должно выполняться немедленно.

Выполнить мероприятия первой помощи могут очевидцы происшествия, работники организаций, водители транспортных средств, т. к. никакая система оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе не в состоянии обеспечить мгновенное прибытие машины скорой медицинской помощи на место происшествия. Это имеет значение и в Москве, где прибытие машины скорой медицинской помощи по ряду причин зачастую отсрочено на десятки минут. Несмотря на важность оказания первой помощи, население недостаточно владеет навыками ее оказания.

Это обусловило актуальность выполнения работы на тему: «Совершенствование и внедрение навыков оказания первой помощи населению мегаполиса».

В работе авторы ставят целью научное обоснование и создание эффективной системы обучения первой помощи в условиях мегаполиса.

Для изучения текущего состояния проблемы и научного обоснования системы обучения первой помощи в условиях мегаполиса проведен комплексный и сравнительный анализ 11 нормативно-правовых актов в сфере оказания первой помощи. Изучена структура и наполнение 9 утвержденных программ обучения первой помощи, изучены 75 учебных пособий по первой помощи на предмет их соответствия действующему законодательству и современным правилам оказания первой помощи.

Анализ нормативно-правовой базы, действующих программ обучения первой помощи и учебных пособий показал, что в России существует большое количество программ подготовки и учебных пособий по первой помощи для различных категорий потенциальных участников оказания первой помощи. Но подготовлены они без наличия единой идеологии, зачастую содержат рекомендации, противоречащие современному законодательству, российским и международным требованиям по оказанию первой помощи, устаревшие или неправильные методики оказания первой помощи. Это обуславливает высокую актуальность унификации обучения правилам оказания первой помощи, приведения системы обучения к единым требованиям, стандартизации подготовки.

Для устранения выявленных недостатков были разработаны, прошли рецензирование и апробацию программы обучения и учебно-методические материалы.

ЗДОРОВАЯ УЛЫБКА – ОТ НАВЫКА К ПРИВЫЧКЕ

Концепция проекта

У населения необходимо сформировать правильное ответственное отношение к своему здоровью, вырабатывать привычки, поддерживающие организм в здоровом состоянии. Только при таком условии возможен успех мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний. Усилия в этом направлении должны быть со стороны как медицинских работников, так и со стороны общества в целом, а также каждого индивида в отдельности. Медицинские работники, являясь менеджерами по здоровью, осуществляют работу не только с заболевшими пациентами, но и превентивно со здоровыми пациентами.

Работа по формированию здорового образа с целью поддержания стоматологического здоровья ведется в двух направлениях с детьми и их родителями. Данные программы осуществляются на интерактивной основе с использованием интернет-платформ. Процесс подразумевает наличие у каждого участника индивидуального менеджера по стоматологическому здоровью, который присылает напоминания о необходимости выполнения профилактических и гигиенических процедур, контролирует меню подопечного, оперативно отвечает на вопросы. Результаты усвоенных знаний и навыков подлежат обязательному рейтингованию с помощью «лайков», которые участники программы выставляют друг другу, также выставляет рейтинг участникам и команда специалистов, которая работает с данной группой. Результаты обсуждаются в чате, где корректируются и дополняются рекомендациями. Для маленьких детей и их родителей предлагаются совместные квесты по обучению методам гигиены полости рта и правилам рационального питания. По результатам пройденных этапов организуются конференции по скайпу. Одновременно запускается социальная реклама по просвещению населения об актуальности стоматологических профилактических программ. Взаимодействие менеджеров по здоровому образу жизни и участников профилактических программ на регулярной основе закладывает фундамент для последующих доверительных партнерских отношений между пациентами и медицинскими работниками. Также длительный контакт участников программ необходим для формирования устойчивых навыков здорового образа жизни. Убедить пациента изменить свои привычки или приобрести новые – очень трудный и долгий процесс, связанный с врожденной боязнью перемен, которая присуща человеку. Этот процесс идет медленными, повторяющимися шагами и на первых стадиях обратим. Человек должен пройти следующие ступени для выработки полезной привычки: от знания – через понимание – до убеждения. Далее следуют практические этапы – выработка навыков выполнения каких-либо манипуляций, которая только путем многократных упражнений превращается в привычку – и тогда все происходит автоматически.

Целесообразно также мотивировать не только самих пациентов, но и тех, кто их окружает, формируя благоприятное окружение. Это педагоги, работники других детских учреждений. Необходимо объяснить им цель и задачи профилактики в стоматологии, рассказать, как они могут и должны организовать работу в своих учреждениях для того, чтобы у детей формировалось правильное отношение к своему здоровью.

Долидзе Д. Д.^{1,2}, Лебединский И. Н.¹, Мумладзе Р. Б.², Багателия З. А.^{1,2}, Варданян А. В.²,
Гогитидзе Н. Н.¹, Мельник К. В.²

¹ ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

² ФГБОУ ДПО «РМАНПО Минздрава России»

НОВЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Новизна и оригинальность

Представленная комплексная методика хирургического лечения больных с различными заболеваниями щитовидной железы разрабатывалась на основании существующего традиционного подхода из шейного доступа поэтапно. В рамках этого способа начиная с 2004 года оформлено 6 изобретений РФ и 1 полезная модель. Кроме того, подана заявка на изобретение в Евразийское патентное ведомство. По различным направлениям представленной методологии защищены 1 докторская и 3 кандидатских диссертации, прошел апробацию и готовится к утверждению еще 2 научно-квалификационных исследования. Результаты опубликованы в более 80 научных работах и представлены на 37 конференциях разного уровня. Подготовлено 3 методические рекомендации.

Результаты работы: организационный уровень

В хирургической клинике ГКБ им. С. П. Боткина первая усовершенствованная методика операции на щитовидной железе, применяемая у больных с различными заболеваниями, была внедрена в 2003 г. Актуальность и необходимость подобных действий и усовершенствований была подсказана результатами лечения больных в целом эндокринной хирургии, и решена и поддержана руководством хирургической клиники и кафедры хирургии, расположенной на базе больницы. В дальнейшем каждое усовершенствование находило свое место в работе отделения эндокринной хирургии. В предложенном комплексном способе последние крайне важные изменения были сделаны в 2018–2019 гг. Они были также запатентованы и внедрены в практику. С 2003 года по настоящее время в отделении выполнено более 3400 операций, в том числе представленными методическими подходами.

Результаты работы: лечебный уровень

Представленный комплексный подход включает способы, применяемые при хирургическом лечении больных с различными заболеваниями щитовидной железы. По используемым методическим подходам, объему операций и нозологическим формам, по поводу которых выполняются хирургические вмешательства, последние можно условно разделить на 3 категории:

1. экстрафасциальная геми- и тиреоидэктомия при аденоме, узлом или диффузном токсическом зобе, а также нераспространенной тиреоидной карциноме (в том числе при загрудинном расположении щитовидной железы);
2. экстрафасциальная тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией при раке щитовидной железы с метастазами в лимфатических узлах VI зон шеи или необходимостью их профилактического удаления;
3. экстрафасциальная тиреоидэктомия с футлярно-фасциальном иссечением клетчатки шеи при раке щитовидной железы с метастазами в лимфатических узлах V зон шеи.

Древаль О. Н.¹, Митичкин А. Е.^{2,3}, Лазарев В. А.¹, Джинджихадзе Р. С.^{1,2}, Камбиев Р. Л.²,
Поляков А. В.¹, Богданович И. О.²

¹ ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ»

³ ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Оригинальность по сравнению с другими центрами. Впервые в процессе выполнения данной работы сформулированы теоретические принципы и разработаны практические положения современного направления в медицине минимально инвазивной микрохирургии при заболеваниях головного мозга. Впервые на большой серии наблюдений пациентов с мешотчатыми аневризмами и объемными образованиями головного мозга разработаны показания к различным видам минидоступов.

В ходе выполнения работы разработан индивидуализированный подход в хирургии головного мозга с использованием различных минидоступов.

Впервые усовершенствованы различные минимально инвазивные доступы и сформулированы основные принципы микрохирургической техники через минидоступы.

Уточнен оптимальный алгоритм комплексной нейровизуализационной диагностики для планирования минидоступов. Впервые уточнена роль индивидуального планирования и определены ее критерии.

На репрезентативной группе пациентов проведен анализ результатов лечения и оценена эффективность минидоступов в хирургическом лечении мешотчатых аневризм и объемных новообразований головного мозга.

Проведен сравнительный анализ традиционных расширенных доступов с минидоступами. В этих группах оценены функциональные и косметические исходы. Выявлены ранее не представленные сведения об отдаленных результатах использования минидоступов. Благодаря сравнительному анализу сформулированы новые положения о преимуществе использования минимально инвазивных доступов при заболеваниях головного мозга.

Впервые в процессе научной работы разработан малотравматичный способ доступа к церебральным аневризмам и модифицирован трансорбитальный трансбровный доступ, посредством экстрадуральной резекции переднего наклоненного отростка. Впервые обоснован выбор доступа в хирургии аневризм средней мозговой артерии в зависимости от размера аневризмы, наличия кровоизлияния, состояния больного и длины М1 сегмента средней мозговой артерии.

Установлены статистически значимые критерии безопасности и эффективности минидоступов по сравнению с традиционными расширенными доступами.

Доказана эффективность и безопасность минидоступов при сосудистой и онкопатологии головного мозга с использованием индивидуального планирования.

Определены причины развития послеоперационных осложнений и разработаны рекомендации по их предотвращению.

Установлено, что минимально инвазивные доступы позволяют получить сравнимые клинические результаты с традиционными доступами. В ходе работы выявлено, что снижение длительности и травматичности операций позволило обеспечить раннюю активизацию пациентов и сокращение койко-дня, что приводит к снижению затрат на лечение пациентов с мешотчатыми аневризмами сосудов головного мозга и объемными образованиями головного мозга.

Результаты работы: организационный уровень

В тесном сотрудничестве ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ» и кафедры нейрохирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования Минздрава России» определена тактика и сформированы критерии оказания помощи пациентам с мешотчатыми аневризмами, объемными образованиями и каверномами головного мозга. Методологическую основу научно-исследовательской работы составляет комплекс методов научного познания – общенаучные и специальные методы исследования. Из общенаучных методов применены методы эмпирического исследования (наблюдение, сравнение, измерение) и общие методы (анализ).

Дроздов В. Н.¹, Александров А. Н.², Мелконян Г. Г.², Обухова О. А.², Бардушкин В. В.³, Пьянов И. В.³, Малахов Н. С.³, Самойленко И. В.², Первова Е. В.², Шатохина Е. А.¹

¹ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»

² ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ»

³ НИУ «МИЭТ»

ОПТИМИЗАЦИЯ ИЗМЕРЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ЭКС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРЕХОДНИКА К ПОСТОЯННОМУ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРУ

Новизна и оригинальность по сравнению с другими центрами.

Данный метод основан на изобретении врача кардиохирурга ГКБ № 4 (патент на изобретение № 2405590 от 10 декабря 2010 года), что подтверждает мировой приоритет и отсутствие аналогов в мировой практике. Впервые в Российской Федерации для научного исследования в области кардиостимуляции применен искусственный пациент. Исследование носит предварительный характер и является первым (догоспитальным) этапом выполняемого в настоящее время исследования.

Результаты работы: организационный уровень

Работы ведутся сотрудниками больницы в сотрудничестве с Национальным исследовательским университетом «МИЭТ». Дизайн проекта и выполняемые работы консультируются у ряда практических специалистов московских и российских клинических лечебно-профилактических учреждений.

Результаты работы: предполагаемый лечебный уровень

Применение системы, которая основана на стандартах измерения, идентичных параметрам, используемым для постоянной стимуляции ЭКС, возможность визуализировать внутрисполостную ЭГМ ЭКС с разрешением, аналогичным имплантируемому ЭКС:

1. позволит на интраоперационном этапе запрограммировать более корректные параметры стимуляции;
2. будет служить средством профилактики различных осложнений нарушений чувствительности, например, undersensing, oversensing (farfield, double caunter, cross talking, noise reversion, fusion, psevdofusion, миопотенциальной ингибиции, а синхронной стимуляции);

3. обеспечит более безопасное течение послеоперационного периода и уменьшит необходимость внеочередного (дополнительного) контроля ЭКС на раннем послеоперационном этапе;
4. предоставит возможность в случае необходимости измерить параметры, которые присутствуют в имплантированном ЭКС и отсутствуют в серийном PSA-устройстве.

При получении результатов в клинической практике, соответствующих проведенному эксперименту, может быть выявлена проблема клинически значимого различия используемых стандартов, что позволит предложить пути их преодоления, улучшив российские стандарты и, соответственно, производимое российское оборудование, положительно повлияв на российскую медицинскую практику, а также на экспортный потенциал российского медицинского оборудования.

**Ефанов М. Г.¹, Алиханов Р. Б.¹, Казаков И.В.¹, Ванькович А. Н.¹, Мелехина О. В.¹, Кулезнева Ю. В.¹,
Елизарова Н. И.¹, Королева А. А.¹, Коваленко Д. Е.¹, Цвиркун В. В.¹, Хатьков И. Е.^{1,2}**

¹ ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

² ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ И ОТКРЫТЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Цель исследования

Сравнительная оценка первоначального опыта робот-ассистированных и открытых резекций печени и желчных протоков по поводу воротной холангиокарциномы.

Научная новизна работы

В настоящей работе представлен единственный в России опыт робот-ассистированных радикальных операций у пациентов с воротной холангиокарциномой. Проведена сравнительная оценка наиболее крупного в мире опыта робот-ассистированных обширных резекций печени с реконструкцией желчных протоков с традиционными открытыми операциями при воротной холангиокарциноме.

Перспективы клинического применения

1. Анализ первоначального опыта оправдывает применение роботического комплекса для радикальной резекции у селективных пациентов с воротной холангиокарциномой в условиях специализированных отделений хирургической гепатологии, располагающих достаточным опытом традиционного радикального хирургического лечения этой опухоли и экспертным уровнем минимально инвазивной хирургии.
2. Исследование, показавшее состоятельность концепции технической возможности роботической хирургии воротной холангиокарциномы согласно системе оценок новых хирургических технологий IDEAL (начальные стадии освоения: idea, development), создает предпосылки для дальнейшего накопления опыта и оценки его результатов с учетом прохождения кривой, обучения.

Жилина С. С.^{1,2}, Притыко А. Г.^{1,2}, Кожанова Т. В.^{1,2}, Мещерякова Т. И.¹, Лукаш Е. Н.¹, Маркова С. И.¹,
Абрамов А. А.¹

¹ ГБУЗ «НПЦ Спец. мед. помощи детям ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

ИЗУЧЕНИЕ СПЕКТРА КЛИНИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ И ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИКЕ: ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

Аннотация

Цель настоящей работы – анализ структуры наследственной и врожденной патологии, определение объема генетических исследований и научное обоснование организационно-функциональной модели медико-генетической помощи пациентам в многопрофильной специализированной детской клинике.

В настоящей работе представлены результаты работы медико-генетической службы многопрофильной специализированной детской клиники, подведомственной Департаменту здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ»), которая успешно функционирует с 1995 года. Впервые среди учреждений здравоохранения г. Москвы в ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» в рамках НИР было инициировано молекулярно-генетическое исследование идиопатических форм эпилепсии, которое началось с внедрения генетического тестирования пациентов с подозрением на синдром Драве (секвенирование по Сенгеру гена SCN1A). Впервые в Москве в генетической лаборатории в ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» было инициировано исследование по молекулярно-генетической диагностике ранних инфантильных эпилептических энцефалопатий с использованием технологии секвенирования последующего поколения (NGS – next generation sequencing). Нами была разработана панель из 34 генов, мутации в которых ассоциированы с развитием судорог у детей. Впервые на основе выявленных мутаций предложены рекомендации по таргетной терапии ранних инфантильных эпилептических энцефалопатий, а также персонафицированный подход к выбору тактики ведения пациентов (терапевтическое и хирургическое сопровождение) в зависимости от выявленной мутации. В генетической лаборатории ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ» по сравнению с другими учреждениями здравоохранения г. Москвы во время госпитализации проводятся цитогенетическое исследование (стандартное кариотипирование по лимфоцитам крови), секвенирование отдельных генов по Сенгеру (краниосиностоzy и синдром врожденной центральной гиповентилиции) и современные методы генетического тестирования (полноэкзомное секвенирование) при редких прогрессирующих наследственных заболеваниях. Врачами лабораторными генетиками проводится биоинформатическая обработка и клиническая интерпретация полученных данных секвенирования ДНК от пациентов, госпитализированных в клинику.

На основании проведенного анализа и представленных клинических случаев показана высокая потребность в обследовании и лечении детей с врожденными и наследственными заболеваниями в многопрофильной специализированной педиатрической клинике. Установлено большое разнообразие нозологических форм наследственных болезней. Показано, что подтверждение более, чем 50 % случаев генетических заболеваний цитогенетическими и молекулярно-генетическими методами дает возможность провести полноценный клинико-генетический анализ для выявления генофенотипических корреляций и планировать дальнейшее медицинское наблюдение за ребенком. Выявление врожденных и наследственных заболеваний у пациентов многопрофильного клиниче-

ского центра позволяет значительно улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам, а также существенно снизить объем социально-экономического и этического груза путем разработки целенаправленных профилактических мероприятий. Организация медико-генетической службы в ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ» обеспечивает возможность оказания квалифицированной медицинской помощи детскому контингенту пациентов в современных структурах медицинских учреждений. Высокая востребованность медико-генетического консультирования и лабораторной генетической диагностики наследственных и врожденных заболеваний обосновывает необходимость сохранения в многопрофильных клинических больницах самостоятельных медико-генетических подразделений, которые должны взаимодействовать с медико-генетическими службами регионального и федерального уровня.

Результаты работы: методический, образовательный и научный уровень

В качестве образовательного и методического пособия изданы книги. Жилина С. С.,

Бурков И. В., Климчук О. В., Притыко А. Г. Синдромальные краниосиностозы (патогенетические, клинические и генетические аспекты, лечение) // Врожденные пороки черепа и лица у детей. – М.: Буки Веди, 2017. – Глава 7. – С. 230–269; 23. Сулейманов А. Б., Мещерякова Т. И., Притыко А. Г. Врожденные расщелины губы и неба // Врожденные пороки черепа и лица у детей. – М.: Буки Веди, 2017. – Глава 8. – С. 270–331; Хандогина Е. К., Терехова И. Д., Жилина С. С., Майорова М. Е., Шахтарин В. В., Хандогина А. В. Генетика человека с основами медицинской генетики: учебник для медицинских училищ и колледжей – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 192 с.

В качестве образовательного и методического пособия издано учебно-методическое пособие. Г. Р. Мутовин, С. С. Жилина, Н. Н. Заваденко, М. С. Беленикин. Признаки и болезни с традиционным и нетрадиционным наследованием. – М.: Специальное издательство медицинских книг, 2016. – 104 с.

Результаты работы и клинические случаи были представлены в виде устных и стендовых докладов на ежегодных международных научно-практических конференциях «NGS в медицинской генетике», г. Суздаль (2016–2019), на XI Всероссийском съезде неврологов и IV конгрессе Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, г. Санкт-Петербург (2019),

на ежегодных московских городских съездах педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии, г. Москва (2017–2019), на II Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии диагностики наследственных болезней», г. Москва (2017), на XVII Российском конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии», г. Москва (2018),

на Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы педиатрии», г. Красноярск (2018), на Всероссийской цитогенетической конференции с международным участием, г. Москва (2018), на XII Научно-практической конференции «Актуальные вопросы специализированной медицинской помощи детям: актуальные вопросы педиатрии, детской хирургии и психоневрологии», г. Москва (2019), на IX Междисциплинарном научно-практическом конгрессе с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей», г. Москва (2019).

Результаты работы и клинические случаи опубликованы в ведущих журналах ВАК и зарубежной научной литературе. Выпущены и распространяются среди практикующих врачей методические рекомендации ЛЗМ. Жилина С. С., Кожанова Т. В., Мещерякова Т. Н., Абрамов А. А., Лукаш Е. Н., Осипова К. В., Айвазян С. О., Притыко А. Г., Заваденко Н. Н., Заваденко А. Н. Генетическая диагностика наследственных форм эпилепсии: методические рекомендации. – М.: ДЗМ. – 2018. – 38 с.

В регионах проводятся консультации пациентов врачами-генетиками в рамках Благотворительного проекта компании «НОВАТЭК».

Результаты работы в качестве образовательного процесса входят в состав лекционного материала для студентов 4 и 5 курсов педиатрического факультета и врачей-ординаторов. Слушателей циклов факультета усовершенствования врачей ФГАОУ ВО «РНММУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России».

Журавлева М. В.^{1,2}, Кузнецова Е. В.³, Каменева Т. Р.^{3,4}, Куликов А. Н.³, Ларюшкина Е. Д.^{3,4},
Ивжиц М. А.⁵, Ромашов О. М.⁶, Родионов Б. А.⁷, Митрохин С. Д.⁸

¹ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»

² ФГБУ «НЦЭСМП Минздрава России»

³ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

⁴ ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ»

⁵ ГБУЗ «ГКБ № 24 ДЗМ»

⁶ ГБУЗ «ГКБ № 40 ДЗМ»

⁷ ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

⁸ ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ»

РЕГИСТРОВОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «ФАВИПИРАВИР» У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Новизна, оригинальность

Службой клинической фармакологии ДЗМ был разработан и внедрен Регистр пациентов с COVID-19 (далее – Регистр), которым в условиях стационарной помощи был назначен «Фавипиравир». В 17 медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, были назначены сотрудники, ответственные за контроль по назначению «Фавипиравира», а также сбор информации и ведение Регистра. На 24.09.2020 г. в Регистр были внесены сведения о 1038 пациентах, получающих «Фавипиравир» в медицинских организациях Москвы. 883 пациента уже закончили лечение, и их данные были проанализированы.

Регистр по «Фавипиравиру» является первым опытом, обобщившим данные реальной клинической практики использования этого препарата в Москве. При анализе данных Регистра были поставлены следующие задачи:

1. выявить тенденции влияния пола, возраста, коморбидности, площади поражения легких по данным компьютерной томографии (КТ) или рентгенографии (РГ) на тяжесть течения COVID-19 и клинические исходы;
2. изучить клиническую эффективность «Фавипиравира»;
3. изучить безопасность «Фавипиравира».

Результаты работы: организационный и лечебный уровень

Данные регистра демонстрируют благоприятный профиль безопасности «Фавипиравира», что позволяет рекомендовать использовать данный препарат не только в условиях круглосуточного стационарного наблюдения, но и на амбулаторном этапе.

Однако зная, что «Фавипиравир» применяется менее года, очевидна необходимость продолжения ведения Регистра и проведения дальнейших клинических пострегистрционных исследований для накопления реальной клинической информации.

Результаты работы: методический, образовательный и научный уровень

Результаты работы доложены на «Школе клинического фармаколога» 24.09.2020 г., г. Москва; на заседании клинического комитета ДЗМ по вопросам терапии и ведения пациентов с COVID-19 25.09.2020 г.; в лекции для терапевтов поликлиник ДЗМ по вопросам фармакотерапии пациентов с COVID-19 29.09.2020 г.

Подана заявка на публикацию статьи «Регистровое наблюдательное исследование по оценке эффективности и безопасности лекарственного препарата «Фавипиравир» у пациентов с COVID-19 в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» в «Русский медицинский журнал» («РМЖ»).

Зырянов С. К.^{1,2}, Родоман Г. В.^{1,3}, Бондарева И. Б.², Ивжиц М. А.^{1,2}

¹ ГБУЗ «ГКБ № 24 ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РУДН МОН»

³ ФГБОУ «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ»

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГРУПП ОСОБОГО РИСКА

Целью нашей работы явилась разработка современных клиничко-фармакологических подходов к повышению эффективности и безопасности фармакотерапии у недоношенных новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ, а также пациентов старшего возраста. Для достижения поставленной цели нами были решены следующие задачи:

1. оптимизация схем лечения недоношенных новорожденных с инфекционным процессом на основании полученных данных микробиологического мониторинга и учетом имеющихся национальных рекомендаций;
2. оптимизация схем лечения взрослых пациентов в критическом состоянии с инфекционным процессом на основании полученных данных микробиологического мониторинга и учетом имеющихся национальных рекомендаций;
3. внедрение терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ) как инструмента, повышающего эффективность и безопасность терапии у вышеперечисленных групп пациентов в ГКБ № 24;
4. разработка режимов дозирования меропенема с учетом гестационного и постконцептуального возраста новорожденного с использованием методов популяционной фармакокинетики и байесовского моделирования;
5. разработка режимов дозирования меропенема с учетом почечной функции у пациентов пожилого и старческого возраста с использованием методов популяционной фармакокинетики и байесовского моделирования;
6. оценка безопасности использования вальпроевой кислоты off label под контролем ТЛМ у недоношенных новорожденных. Опыт применения в стационаре 2015 г.

Научно – практический вклад и новизна работы

1. Впервые проведен динамический мониторинг этиологии инфекционного процесса у недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.
2. Впервые на основе данных локальной антибиотикорезистентности разработаны протоколы антибактериальной терапии инфекций у недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

3. Впервые применен терапевтический лекарственный мониторинг у недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела с целью оптимизации и повышения эффективности и безопасности лечения антибактериальными препаратами (меропенем).
4. Впервые разработаны индивидуализированные режимы применения меропенема у новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела на основе методов популяционной фармакокинетики.
5. Оценены фармакокинетические параметры меропенема у взрослых пациентов в критическом состоянии пожилого и старческого возраста.
6. Оценена безопасность применения вальпроевой кислоты у недоношенных новорожденных.

Выводы

1. Этиология инфекционного процесса у недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела и пациентов старшей возрастной группы характеризуется высоковариабельным микробным пейзажем с чрезвычайно высоким уровнем антибиотикорезистентности, в связи с чем в стартовые режимы антибиотикотерапии должны быть включены антибактериальные препараты, преодолевающие выявленные механизмы микробной устойчивости.
2. Проведение терапевтического лекарственного мониторинга концентрации антибактериальных и противосудорожных препаратов позволяет оптимизировать режимы дозирования применяемых лекарственных средств и повысить ее безопасность.
3. Байесовский адаптивный контроль с обратной связью и моделирование популяции будут способствовать повышению эффективности и безопасности лечения антибактериальными препаратами в данных группах пациентов.

**Иванова А. Е.¹, Архангельский В. Н.¹, Аксенова Е. И.¹, Сабгайда Т. П.¹, Семенова В. Г.¹,
Кочкина Е. В.¹**

¹ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

ЦИКЛ РАБОТ «РЕЗЕРВЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МОСКВЫ»

Актуальность работы определяется концепцией устойчивого развития Москвы как крупнейшего мегаполиса России и одного из крупнейших мегаполисов мира. В русле этой концепции демографическое развитие столицы должно быть гармонизировано с проектами экологического, социального, экономического, культурного, градостроительного и иных аспектов развития городской среды, которые учитывают перспективы изменения численности, возрастного состава жителей, семейной структуры, репродуктивного и самосохранительного поведения населения, роста продолжительности жизни и улучшения ее качества за счет сохранения здоровья.

Демографическому развитию Москвы в силу значимости этой темы посвящено значительное число научных исследований, прикладных работ, обеспечивающих управленческие решения, разработок по отдельным актуальным вопросам. Настоящая работа отличается, прежде всего, постановкой цели и ее реализацией.

Новизна, оригинальность

Уникальность работы определяется:

- ее научной концепцией,
- методологией оценки деятельности здравоохранения для лиц, принимающих решения;
- инструментом мониторинга и менеджмента медицинских организаций в части управления ситуацией либо по результатам, либо по отклонениям.

Научная концепция заключается в том, чтобы на основе комплекса исследований различных аспектов демографического развития Москвы в их взаимосвязи и социально-экономической обусловленности, выявить резервы демографического развития столицы, зависящие от эффективной деятельности здравоохранения, в соответствии с которой впервые анализируются не отдельные аспекты демографического развития, а ситуация и тенденции ее развития в комплексе. При этом мегаполис рассматривается во всем его территориальном многообразии, в разрезе муниципальных образований, а не только в целом.

Впервые дана оценка влияния здравоохранения на продолжительность жизни населения Москвы на основе анализа смертности от предотвратимых (управляемых причин). Эффективность функционирования столичного здравоохранения подтверждена:

- опережающим снижением смертности от предотвратимых причин в сравнении с общей смертностью;
- более высокими темпами сокращения потерь, управляемых контролем за поведенческими факторами риска;
- снижением вклада предотвратимой смертности в общих потерях продолжительности жизни населения.

Разработан инструментарий, позволяющий перейти от слежения за ситуацией к выявлению проблемных зон в оказании медицинской помощи населению на уровне медицинских организаций и контролю результатов принятых мер по критериям потерь здоровья от управляемых причин на этапах профилактики, выявления заболеваний и качественного лечения.

Исаев А. В.¹, Комкова В. Б.¹, Бакланов С. Г.¹, Калинина Т. Ю.¹

¹ ГБУЗ «ГП № 9 ДЗМ»

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПОДОЗРЕНИЕМ К ВРАЧУ-ОНКОЛОГУ

Цель работы

В ноябре 2019 года, благодаря участию в проекте «Бережливая поликлиника» и консультативной поддержке РЦ «ПМСП ДЗМ», сотрудникам ГБУЗ «ГП № 9 ДЗМ» удалось проанализировать имеющиеся результаты работы врача-онколога за прошедший период времени (январь – ноябрь 2019 г.), оценить текущее состояние проблемы, выявить корневые причины и сформулировать задачи для последующего решения. После проведения детального анализа, используя инструменты графической визуализации (диаграмма Исикавы), перед командой проекта сформулированы следующие цели: 1) сокращение максимальных сроков маршрутизации пациентов с онкоподозрением с девяти до четырех дней; 2) усовершенствование и систематизация процесса передачи информации о пациентах с онкоподозрением врачу-онкологу и осуществлением перехода с бумажного носителя информации

на электронный; 3) усовершенствование и сокращение времени обработки полученной информации от диагностических служб и специалистов врачом-онкологом с трех часов до одного часа.

Результаты работы

С 01.03.2020 г. вступил в силу Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 15.01.2020 г. № 16 «Об оказании медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы», в котором указано, что срок проведения обследования пациента с подозрением на злокачественное заболевание не должен превышать трех календарных дней.

Успешная защита нашего проекта на актуальную тему «Усовершенствование процесса маршрутизации пациентов с онкоподозрением к врачу-онкологу» позволило нам заблаговременно выстроить работу в рамках вышеуказанного приказа.

В нашем случае разработанная схема взаимодействия между специалистами прекрасно себя продемонстрировала при выявлении онкозаболеваний молочной железы в ходе маммографии, когда уже на следующий день, а может даже и в этот же, пациентка вызывается врачом-онкологом на прием и проходит необходимое дообследование на УЗ-аппарате с последующей консультацией, укладываясь в сроки 1–2 дня.

Добившись решения первой задачи, мы сосредоточились на анализе и обработке входящей информации, поступающей к врачу-онкологу. Для того чтобы информация с онкоподозрением не терялась и могла быть эффективно использована, нами был разработан электронный журнал учета и контроля маршрутизации пациента с онкоподозрением. В данный журнал вносится информация о пациенте (Ф.И.О., полис ОМС, возраст, диагноз онкоподозрения, вид первичного исследования, выявившего онкоподозрение, план дообследования и сроки его выполнения, дату повторной явки на прием к онкологу, дату направления пациента (при необходимости) в специализированное онкоучреждение, возможные комментарии и отметки нарушения сроков обследования. Ведение подобного журнала позволило нам контролировать все этапы маршрутизации пациента с онкоподозрением, избегая потери данных и искусственного затягивания сроков необходимого обследования. Более того, у пациента, находящегося в постоянном контакте с курирующим его врачом-онкологом менее выражено психоэмоциональное напряжение, что создает более благоприятные условия для взаимного сотрудничества и последующей подготовки к специализированному онкологическому лечению в случае подтверждения диагноза онкозаболевания.

Разработанная нами система маршрутизации пациента с онкоподозрением, с защищенной оперативной передачей информации с онкоподозрением между специалистами учреждения в электронном виде, ее анализ, обработка и хранение в электронном виде врачом-онкологом, а также непосредственное курирование всех пациентов с онкоподозрением позволили сократить сроки обследования пациента на уровне поликлиники до трех дней. Особенно важно отметить, что внедрение данной системы не потребовало дополнительных финансовых вложений, технического оснащения и расширения кадровых ресурсов.

Данная система уверенно нашла свое применение в ежедневной поликлинической практике и с успехом может быть внедрена во многих учреждениях первичной медико-санитарной помощи Московского здравоохранения.

Комелягин Д. Ю.^{1,2}, Петухов А. В.¹, Яматина С. В.¹, Дубин С. А.¹, Владимиров Ф. И.¹, Громова Т. Н.¹,
Благих О. Е.¹, Стрига Е. В.^{1,3}, Благих К. А.¹, Староверова Е. Н.¹

¹ ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ»

² ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ»

³ ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России»

ИННОВАЦИОННЫЕ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ЯЗЫКА

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

Впервые разработан четкий алгоритм диагностики сосудистых мальформаций языка, на основании которого определены показания к тому или иному протоколу лечения каждой формы сосудистой мальформации языка.

На основании данных УЗИ и МРТ патологических тканей впервые систематизированы формы сосудистых мальформаций, классифицированы формы лимфатической и лимфовенозной мальформаций языка.

Впервые применен метод лечения детей с поверхностной мелкокистозной формой лимфатической и лимфовенозной мальформациями языка при помощи полупроводникового лазера, работающего с двумя различными длинами волн, избирательно действующими на лимфу и кровь. Впервые установлены показания и противопоказания к проведению данного метода лечения.

Разработана методика определения качества жизни детей с данной формой патологии до и после лечения.

Результаты работы: организационный уровень

Коллективом челюстно-лицевых хирургов отделения челюстно-лицевой хирургии ДГКБ св. Владимира г. Москвы на основании десятилетнего опыта ведения больных с сосудистыми мальформациями языка разработан алгоритм диагностики данных заболеваний у детей.

Алгоритм диагностики.

1. Общий осмотр, сбор анамнеза, оценка качества жизни.
2. Общеклинические методы обследования.
3. Исследование свертывающей системы крови.
4. Ультразвуковое исследование мягких тканей в области мальформаций.
5. Ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи и транскраниальная доплерография.
6. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головы и шеи с в/в введением контрастного вещества.
7. Фиброларингоскопия.

На основании данных обследования и определения формы мальформаций языка у детей разработан алгоритм лечения сосудистых мальформаций языка.

Алгоритм лечения

- При поверхностной и глубокой форме или только поверхностной форме без макроглоссии лимфатической и лимфовенозной мальформаций языка – удаление поверхностной формы при помощи лазера.
- При поверхностной и глубокой форме лимфатической и лимфовенозной мальформаций языка с макроглоссией:
 1. пластика языка с целью устранения макроглоссии;
 2. удаление поверхностной формы при помощи лазера.
- При венозной мальформации языка – обработка мальформаций 3 % р-ром этоксисклерола в один или несколько этапов.

Результаты работы: лечебный уровень

С 2013 по 2020 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии ДГКБ св. Владимира г. Москвы было пролечено порядка 890 пациентов с сосудистыми аномалиями головы и шеи. Пациенты с сосудистыми мальформациями языка составили 4,0 % (36 детей). В ходе проведенной работы выделены следующие формы сосудистых мальформаций языка, с которыми данная группа больных проходила лечение в нашем стационаре.

1. Поверхностная форма лимфатической или лимфовенозной мальформаций языка.
2. Поверхностная и глубокая формы лимфатической или лимфовенозной мальформаций языка.
3. Поверхностная и глубокая формы лимфатической или лимфовенозной мальформаций языка с макроглоссией.
4. Лимфоартериовенозная мальформация языка.
5. Венозная мальформация языка.

Всем детям проводилось лечение в соответствии с разработанным алгоритмом диагностики и лечения. У 100 % детей получен хороший клинический результат. Хорошим считался результат, при котором отсутствовали функциональные и косметические нарушения, патологические ткани были удалены в максимально возможном полном объеме, улучшалась социальная адаптированность ребенка. Осложнений в ранний и поздний послеоперационные периоды не наблюдалось.

Максимальный срок наблюдения составил 6 лет.

По методике лазерного лечения получен патент на изобретение № 2676832.

Камолов Б. Ш.¹, Чикаева Р. Ш.¹

¹ *Общероссийский национальный союз «Ассоциация онкологов России»*

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО СОЗДАНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОНКОЛОГИИ

Клинические рекомендации – это систематически разрабатываемые документы с целью поддержки принятия решения практикующим врачом и пациентом для обеспечения надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации, разрабатываются по отдельным заболеваниям/состояниям и содержат основанную

на доказанном клиническом опыте информацию по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, профилактики данных заболеваний/состояний, иных факторов, влияющих на результаты их лечения.

Клинические рекомендации разработаны Ассоциацией онкологов России в соответствии с учетом следующих нормативных правовых актов имеют расширенное и доработанное наполнение:

Статья 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации»;

Приложение № 2 к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 104н «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре».

Организация и Управление.

В июле 2019 года был дан старт проекту по созданию клинических рекомендаций. Командой авторов впервые были объединены компетенции экспертов ведущих НМИЦ и общественных организаций РФ. Был создан алгоритм взаимодействия, который позволил эффективно наладить командную работу нескольких сотен человек.

Взаимодействие с Центром экспертизы и контроля качества медицинской помощи

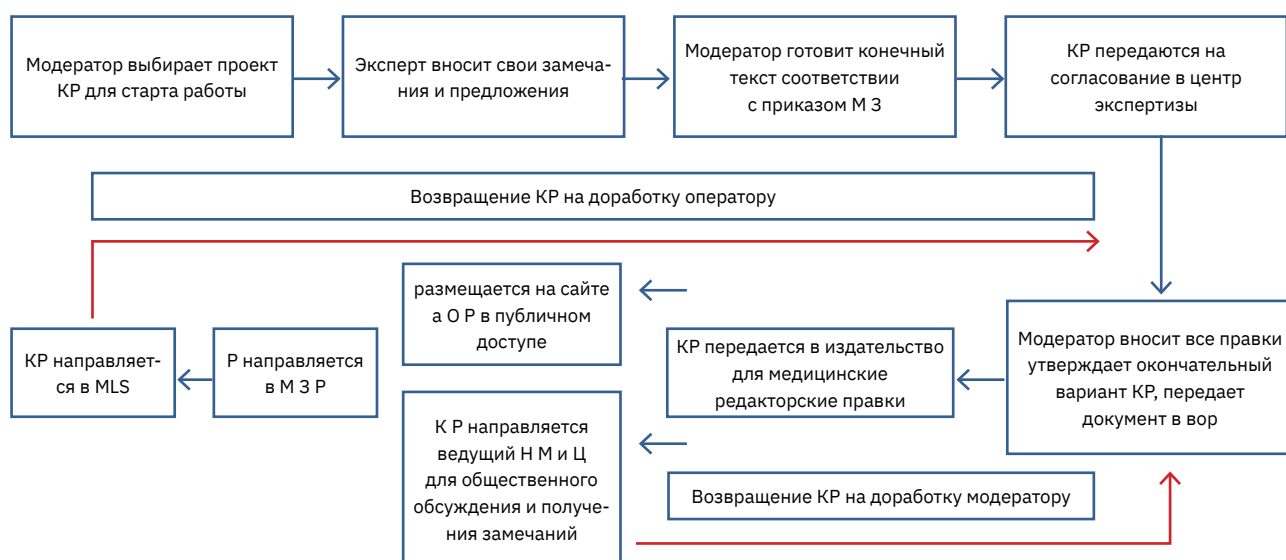
Российское Общество Онкоурологов	Российское Общество специалистов по опухолям головы и шеи	Российское Общество по колоректальному раку	Российское Общество клинической онкологии	Ассоциация акушеров-гинекологов РОСОРС	Ассоциация специалистов по проблемам меланомы	Восточно-европейская группа по изучению сарком	Общество специалистов поддерживающей терапии (RASCC) в онкологии и Российское Общество онкологов
----------------------------------	---	---	---	--	---	--	--

Каждое Общество согласовывает КР своих локализаций, в соответствии с установленным перечнем. Участвуют в процессе разработки КР 19 Общественных организаций

Утвержденные рабочие группы готовят проекты КР на согласование Обществам

"НМИЦ радиологии МНИОИ им. П. А. Герцена НМИЦ радиологии МРНЦ им. А. Ф. Цыба"	ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина" Минздрава России	НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова (г. Санкт-Петербург)	ФГБУ "РНЦРХТ им. ак. А. М. Гранова" Минздрава России	Томский НМИЦ	ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России (г. Ростов)	ФГБУ "РНЦРР" Минздрава России	Эксперты и представители обществ
--	--	---	--	--------------	---	-------------------------------	----------------------------------

68 рабочих групп, в состав которых входят представители главных НМИЦ и обществ



К работе были привлечены эксперты общественных организаций, вот перечень некоторых из них:

- Российское общество онкоурологов
- Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи
- Российское общество специалистов по колоректальному раку
- РУССКО
- Российское общество онкопатологов
- Российское общество урологов
- Ассоциация акушеров-гинекологов РОСОС
- Ассоциация нейрохирургов
- Ассоциация стоматологов
- Ассоциация специалистов по проблемам меланомы
- Общество специалистов поддерживающей терапии в онкологии (RASSC)
- Российская ассоциация эндокринологов
- Восточно-европейская группа по изучению сарком
- Российское общество дерматовенерологов
- Российской общество онкомаммологов ROOM
- Российское общество рентгенологов и радиологов (POPP)
- Российское общество онкогематологов
- Национальное гематологическое общество
- Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

А также эксперты ведущих НМИЦ и профильных мед. учреждений:

- НМИЦ радиологии МНИОИ им. П. А.Герцена
- НМИЦ радиологии МРНЦ им. А. Ф. Цыба
- Онкоцентр им. Н. Н. Блохина
- НИИ онкологии им. Н. Н. Трапезникова
- НИИ клинической и экспериментальной радиологии
- НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова г. Санкт-Петербург
- ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А. М. Гранова» Минздрава России
- Томский НМИЦ
- ФГБУ «РНИОИ» Минздрава России г. Ростов
- ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России
- ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ»
- НМИЦ хирургии А. В. Вишневского
- Государственный научный центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих
- ГБУЗ ЧОКЦОияМ
- НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н. Н. Бурденко Минздрава России
- «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ»
- ФГБУ «ФСНКЦ ФМБА России»

Это позволило в сжатые сроки разработать 68 клинических рекомендаций.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ

Перспективы развития отделения стационара кратковременного пребывания по профилю «хирургия».

Создание единого центра амбулаторной хирургии, в котором будут объединены как консультативные подразделения (первичный прием и наблюдение в катамнезе), так и стационар кратковременного пребывания.

Увеличение коечного фонда отделения СКП по наиболее востребованным профилям оказания медицинской помощи.

Увеличение количества проводимых операций в отделении.

Дополнение списка нозологий в профилях медицинской помощи, представленных в отделении СКП.

Разработка и внедрение алгоритмов лечения пациентов с более тяжелой хирургической патологией.

Научно-исследовательская работа. Написание статей. Выступление с докладами на хирургических конференциях и симпозиумах.

Развитие образовательной деятельности, обучение врачей, ординаторов и интернов.

Совершенствование хирургических навыков, осваивание новых методов хирургического лечения.

Заграничная стажировка в профильных учреждениях, оказывающих медицинскую помощь по принципу «хирургия одного дня». Обмен опытом и внедрение новых современных технологий в работу отделения.

Заключение

Социальная значимость проекта неоспорима. Отсутствие круглосуточного пребывания в больнице, комфортные условия пребывания, минимальные сроки госпитализации, максимально быстрое восстановление пациентов и возвращение к привычному образу жизни, снижают эмоциональный стресс пациентов и их родителей от нахождения в стационаре. Сегодня лучший мировой опыт в полной мере реализован в нашем отделении «Хирургический стационар кратковременного пребывания». Это позволило поднять оказание плановой хирургической помощи на новый уровень развития.

В связи с вышеизложенным, хирургический стационар кратковременного пребывания, на наш взгляд, является «золотым стандартом» оказания помощи детям с плановой хирургической патологией.

Корсунский А. А.^{1,2}, Крапивкин А. И.¹, Макулова А. И.^{1,3}, Брунова О. Ю.¹, Вайнштейн Н. П.^{1,3},
Макарова Л. М.¹, Рехвиашвили М. Г.¹, Тукабаев Г. П.¹, Фоменко С. А.¹, Абасеева Т. Ю.¹

¹ ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ»

² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»

³ ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ С ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ЦЕНТРЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ НЕФРОЛОГИИ И ДИАЛИЗА

Цель

Центр неонатальной нефрологии и диализа был организован в структуре Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ» в целях объединения и координации деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения, включенных в единую систему оказания медицинской помощи новорожденным с острым почечным повреждением в экстренном порядке с целью снижения летальности у новорожденных и детей первых месяцев жизни, в том числе родившихся недоношенными, с острым почечным повреждением и улучшения результатов лечения данной группы детей.

Задачи центра:

организация процессов проведения заместительной почечной терапии на базе медицинских учреждений города Москвы, в том числе гемодиализом и гемофильтрацией и их модификациями, перитонеальным диализом;

участие в консилиумах, лечение новорожденных и недоношенных детей первых месяцев жизни в связи с острым почечным повреждением или высоким риском его развития.

Функции центра:

1. осуществление маршрутизации новорожденных и недоношенных детей первых месяцев жизни с острым почечным повреждением, которым необходимо оказание экстренной медицинской помощи;
2. организация и проведение консилиумов, лечение новорожденных и недоношенных детей первых месяцев жизни в связи с острым почечным повреждением или высоким риском его развития, в том числе в форме дистанционных консилиумов;
3. помощь в организации проведения диализа у новорожденных и недоношенных детей первых месяцев жизни;
4. внедрение в практику новых достижений и научных разработок в области экстренной медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям первых месяцев жизни, с острым почечным повреждением или высоким риском его развития. Осуществление взаимосвязи и преемственности в работе с другими медицинскими организациями.

Заключение

Создание центра неонатальной нефрологии и диализа на базе многопрофильного стационара ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ» привело к снижению показателей летальности у крайне тяжелых и очень тяжелых пациентов, а также к ускорению ранней диагностики ОПП, отработки алгоритма ведения данных пациентов

в остром периоде, координация медицинской помощи детям с острой почечной патологией на различных уровнях оказания медицинской помощи в городе Москве.

Костюк Г. П.¹, Бурыгина Л. А.², Пак М. В.¹, Курмышев М.В.^{1,3}, Савилов В. Б.З,
Юрченко И. Э.¹, Стародубцев С. В.¹

¹ ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»

² ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»

³ ПНД № 15 ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И НЕЙРОКОГНИТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «КЛИНИКА ПАМЯТИ»

Новизна и оригинальность работы

Впервые в России в январе 2016 года на базе ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ» открылось медико-реабилитационное отделение «Клиника памяти» для оказания лечебно-профилактической помощи пожилым пациентам с синдромом мягкого когнитивного снижения. Сформирован шестинедельный курс комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации (КПНР) и алгоритмы работы, позволяющие тиражировать данную медицинскую услугу в сеть «Клиник памяти».

Создание на базе медицинских организаций «когнитивной сети» (структурных подразделений, соответствующих стандартам «Клиники памяти») гармонично дополняет цикл проектов, направленных на поддержание активного долголетия старшего поколения, одновременно решая задачу сдерживания бремени, связанного с постарением населения.

Учитывая высокую востребованность и результативность программы, разработанной в «Клинике памяти», с 2018 по март 2020 года было открыто еще 7 клиник в структуре ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» и ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ».

Основной целью авторского коллектива в выдвижении работы на соискание премии является представление перед Департаментом здравоохранения города Москвы актуальности данной работы, ее эффективности, ее востребованности и наличия перспективного практического и научно-исследовательского потенциала.

Результаты работы: организационный (алгоритмы) и лечебно-профилактический

Длительность лечебно-профилактического курса составляет шесть недель.

Структура курса стандартизирована и состоит из 3-х этапов:

- диагностический этап (1-я неделя);
- лечебно-профилактический этап (со 2-й по 6-ю неделю);
- заключительный этап (конец 6-й недели).

Каждый этап имеет строгое расписание диагностических, лечебно-профилактических мероприятий.

По итогу курса осуществляется анализ результативности каждого случая на основании динамики показателей контрольных шкал.

Мониторинг и анализ является необходимым механизмом управления качеством при оказании лечебно-реабилитационных мероприятий.

Для осуществления постгоспитального мониторинга и дальнейшего наблюдения пациентов, прошедших Программу, в конце шестой недели пациенты получают методические материалы для самостоятельной работы. Контроль выполнения заданий проводится через четыре - шесть месяцев. Этот механизм позволяет произвести оценку когнитивных функций пациента и определить при необходимости дату повторного курса.

Крюков А. И.¹, Царапкин Г. Ю.¹, Туровский А. Б.², Колбанова И. Г.¹, Товмасын А. С.¹, Мусаев К. М.¹

¹ ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»

² ГБУЗ «ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ»

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МАЛОИНВАЗИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Цель настоящего исследования – повысить эффективность хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух посредством разработки оригинальных методик малоинвазивного, органосохраняющего интраназального доступа к пораженному верхнечелюстному синусу с помощью лазерного излучения.

Достигнутые результаты

1. На основании данных гистологического и рентгенологического исследований впервые проведена комплексная оценка состояния остиомаатального комплекса при кистозном поражении верхнечелюстной пазухи.
2. Впервые разработана методика хирургического доступа к верхнечелюстной пазухе при кистозном ее поражении через *crista conchalis* верхнечелюстной кости и доказана ее эффективность и безопасность (Патент на изобретение № 2558993).
3. Впервые разработана методика хирургического доступа к верхнечелюстной пазухе при кистозном ее поражении через нижний носовой ход «Способ эндоскопического пункционного лазерного удаления кисты верхнечелюстной пазухи» и доказана ее эффективность и безопасность (Патент на изобретение № 2693449).

Кунельская Н. Л.¹, Байбакова Е. В.¹, Заоева З. О.¹, Кулакова Е. А.¹, Чугунова М. А.¹, Янющкина Е. С.¹,
Никиткина Я. Ю.¹

¹ ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»

ОТОЛИТОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРУ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Аннотация работы

Периферический вестибулярный аппарат является частью системы равновесия. Он представлен комплексом рецепторных образований, находящихся в отолитовом рецепторе (в саккулюсе и утрикулюсе) и в рецепторах полукружных каналов. Отолитовые рецепторы ответственны за восприятие линейных ускорений и вектора гравитации. Отолитовая дисфункция играет ключевую роль в патогенезе доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ).

ДППГ является наиболее распространенной периферической вестибулопатией и служит причиной для обращения к врачам сурдологам-оториноларингологам в 25 % случаев (А. Бронштейн, Т. Лемперт, 2010).

Несмотря на высокую распространенность заболевания, этиологические факторы его возникновения разработаны недостаточно, поэтому на сегодняшний день 85 % случаев ДППГ расценивают, как идиопатические (von Brevern M., 2004). Это приводит как к отсутствию профилактических мер возникновения и рецидива ДППГ, так и к отсутствию этиотропного лечения. Выявление этиологических факторов заболевания по-прежнему является актуальной задачей.

Лечение ДППГ осуществляют посредством проведения вестибулярной реабилитации. В настоящее время это единственный метод лечения ДППГ, который носит симптоматический характер, не оказывая влияния на причины возникновения заболевания. В практике нередки случаи сочетанного мультиканального поражения, перемещение отолитов в другие полукружные каналы в процессе репозиции, сложные варианты отолитиаза, такие как куполитиаз горизонтального полукружного канала (ГПК), которые требуют подбора наиболее эффективных маневров вестибулярной реабилитации для каждого типа отолитиаза (Rodrigues D., 2018).

Кроме того, актуальной задачей остается проведение дифференциального диагноза ДППГ с различными вариантами центрального позиционного синдрома (ЦПС): вестибулярной мигренью, миофасциальным шейным синдромом, органическими изменениями в структурах мозжечка (Chu C., 2015).

Изучение ультраструктуры отолитов показало, что они на 95 % представлены неорганическим кальцием, а процессы биосинтеза активно продолжают на протяжении всей жизни (Vibert D., 2008). Это позволило предположить, что изменение метаболизма кальция может играть роль в нарушении фиксации отолитов в отолитовых рецепторах преддверия, являясь предрасполагающим фактором возникновения и рецидива ДППГ (Yang C., 2018, Jeong S., 2013). Кроме того, появилась возможность изолированной оценки функционального состояния отолитового рецептора с помощью регистрации окулярных вестибулярных миогенных вызванных потенциалов (oVMBP) (Xu H., 2016).

Цель работы: разработать оптимальный лечебно-диагностический алгоритм для пациентов с ДППГ в зависимости от типа отолитиаза на основе оценки степени выраженности отолитовой дисфункции и выявления факторов риска развития и рецидива заболевания.

Достигнутые результаты

1. Разработан диагностический алгоритм для пациентов с ДППГ, основанный на комплексе современных объективных методов исследования: отоневрологическое исследование по методике Благовещенской; регистрация спонтанного нистагма, битермальный битемпоральный калорический тест, позиционные тесты – Дикса-Холпайка, roll-тест с регистрацией полученных результатов посредством видеонистагмографии; регистрация окулярных и цервикальных ВМВП, исследование лабораторных показателей метаболизма кальция: общего кальция сыворотки крови; интактной молекулы паратгормона; 25(OH)D; кальция в суточной моче; исследование минеральной плотности кости (МПК), который определяет показания к различной тактике лечения данной патологии, а также позволяет прогнозировать рецидив заболевания (Патент РФ на изобретение № 2634038. Заявка № 2017102963 от 30.01.2017 г.).
2. Для оптимизации лечения различных вариантов отолитиаза при ДППГ произведена оценка эффективности известных репозиционных маневров и оптимизирован алгоритм вестибулярной реабилитации при поражении каждого из полукружных каналов.
3. Доказано, что использование вибрационного воздействия (при проведении маневра Kim) при лечении купулolithиаза (агеотропного ДППГ ГПК) улучшало исход вестибулярной реабилитации у пациентов с данным типом ДППГ. Вибрационное воздействие не оказывало существенного влияния на лечение других вариантов отолитиаза.
4. Выявлены этиологические факторы вторичного ДППГ. Достоверно доказано, что нарушение метаболизма кальция не является фактором риска развития вторичного ДППГ. Наши данные подтверждают, что в роли этиологических факторов вторичного ДППГ выступают заболевания внутреннего уха (вестибулярный нейронит, болезнь Меньера), травматическое воздействие (черепно-мозговая травма, дентальная имплантация), заболевания среднего уха (хронический средний отит).
5. Выявлены патогенетические механизмы развития идиопатического ДППГ и его рецидива. Доказано, что распространенность нарушений метаболизма кальция (дефицит 25(OH)D) достоверно выше у пациентов с идиопатическим ДППГ по сравнению с вторичным ДППГ. При анализе показателей метаболизма кальция определено, что у пациентов (женщины в менопаузе, мужчины старше 50 лет) с рецидивом идиопатического ДППГ в течение 12 месяцев распространенность сочетанных нарушений метаболизма кальция была выше по сравнению с пациентами, не имевшими рецидива заболевания.
6. Разработан алгоритм дифференциальной диагностики ДППГ и ЦПС.
7. Разработан способ оценки степени нарушения функции утрикулуса у пациентов с ДППГ. При динамической регистрации окулярных и цервикальных ВМВП (оВМВП и цВМВП) было выявлено отсутствие нарушения функции саккулуса у пациентов с ДППГ. Таким образом, исследование именно оВМВП является наиболее чувствительным и специфичным для регистрации отолитовой недостаточности у пациентов с ДППГ. Выявлено также снижение вольтажа пиков оВМВП на пораженной стороне у всех пациентов с ДППГ до лечения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что функция утрикулуса нарушена у всех пациентов с ДППГ до лечения.
8. Изучены факторы риска рецидива ДППГ. Разработан способ прогнозирования риска развития рецидива ДППГ. На основании сохранения клинически значимой (>35 %) асимметрии амплитуды оВМВП на седьмой день после успешно проведенного лечения можно предсказать риск развития рецидива ДППГ. Сочетанные нарушения метаболизма кальция (дефицит 25(OH)D, гипокальцемия, гипокальциурия) служат факторами риска рецидива ДППГ. Коррекция выявленных нарушений метаболизма кальция приводит к снижению частоты рецидива ДППГ.
9. Разработана индивидуальная программа вестибулярной реабилитации пациентов с ДППГ с подбором оптимальных упражнений для самостоятельного выполнения в случае рецидива заболевания.

Курцер М. А.¹, Латышкевич О. А.², Савельева Г. М.^{1,2}, Бреслав И. Ю.³, Григорьян А. М.³,
Штабницкий А. М.³, Панина О. Б.⁴, Сичинава Л. Г.^{1,2}, Евтеев В. Б.², Спиридонов Д. С.^{1,2},

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

² ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы»

³ АО «МД ПРОЕКТ 2000»

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРАСТАНИИ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ПЛАЦЕНТЫ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Новизна, оригинальность

В настоящем исследовании представлен самый большой в Москве систематизированный опыт Центра планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы по ведению пациенток с вращением предлежащей плаценты и рубцом на матке после КС.

Впервые определены факторы риска вращающейся предлежащей плаценты у пациенток с рубцом на матке. Выявлены наиболее значимые диагностические критерии патологии прикрепления плаценты по данным УЗИ и МРТ. Обоснованы наиболее эффективные методы профилактики/остановки интраоперационного кровотечения.

Предложена инновационная органосохраняющая хирургическая техника. Доказано, что донное кесарево с метростомией в совокупности с эндоваскулярными методами остановки кровотечения статистически значимо снижают объем интраоперационной кровопотери, позволяя реализовать органосохраняющий подход к родоразрешению пациенток с вращением плаценты.

Результаты работы: организационный уровень

Исследования, проведенные в Центре планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы (главные врачи: до 2013 г. – М. А. Курцер, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук; с 2013 г. по настоящее время – О. А. Латышкевич, кандидат медицинских наук) и в Перинатальном медицинском центре группы компаний «Мать и дитя» (сейчас – «Клинический госпиталь MD GROUP») (директор, главный специалист, главный акушер-гинеколог – М.А. Курцер, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук) за последние 10 лет, позволили разработать комплексный подход к ведению пациенток с рубцом на матке и вращением плаценты, который обеспечивает решение поставленной задачи. Исследования проводились в тесном сотрудничестве с коллективами кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России» и кафедры акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова». Дизайн исследования включал: вопросы антенатальной диагностики вращающейся плаценты (факторы риска, наиболее значимые диагностические критерии по данным УЗИ и МРТ), разработку наиболее эффективных методик профилактики/остановки интраоперационного кровотечения и инновационных хирургических техник.

Разработан и внедрен в практику Московского здравоохранения алгоритм ведения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке и вращением плаценты.

¹ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

² ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

³ ГБУЗ «ГП № 209 ДЗМ»

⁴ ГБУЗ «ГП № 69 ДЗМ»

⁵ ГБУЗ «ГП № 45 ДЗМ»

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Новизна работы

Разработка программы, направленной на снижение количества осложнений при наиболее распространённых формах хирургических инфекций кожи и мягких тканей в практике амбулаторного хирурга. Создание модели эффективного управления качеством неотложной хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях путем стандартизации.

Методы и материалы

В ходе осуществления проекта планируется:

1. рассмотреть имеющиеся на текущий момент теоретические и практические разработки, а также управленческие моменты стандартизации в амбулаторной хирургии;
2. найти элементы системного стандартизированного подхода, непосредственно влияющие на качество хирургической помощи в условиях амбулаторного звена;
3. определить перспективы создания ситуационных моделей для амбулаторной стандартизации, как базы развития системы воздействия на качество хирургической помощи;
4. разработать векторы развития системы стандартизации хирургической работы в амбулаторных условиях;
5. разработать методологию по совершенствованию системы, создать модель обратной связи.

Выводы

Таким образом, внедрение элементов стандартизации в экстренную хирургическую помощь, оказываемую в условиях поликлиник, позволит реально снизить перегруз круглосуточных хирургических коек отделений гнойной хирургии. При внедрении оценочного листа, позволяющего детализировать возможность выполнения операции в условиях поликлиники, отмечается увеличение оперативной активности, снижение осложнений. Разработанный концепт-план может стать универсальной моделью стратегического развития для совершенствования деятельности в дальнейшем.

Малюгин Б. Э.¹, Дога А. В.¹, Измайлова С. Б.¹, Вартапетов С. К.¹, Паштаев А. Н.¹, Антонова О. П.¹,
Коновалова М. М.²

¹ ФГАУ «НМИЦ „МНТК Микрохирургия глаза” им. акад. С. Н. Федорова»

² ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ И ОПТИКО- РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ОСНОВЕ ЛАЗЕР- АССИСТИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Новизна и актуальность исследований в области применения лазерных систем при трансплантации роговицы подтверждены рядом патентов РФ (9) и большим количеством публикаций в ведущих отечественных (17) и зарубежных (1) журналах, а также докладами на российских (22) и международных конференциях (12).

Результаты

Разработанная система комплексного лечения кератэктазий различного генеза, основанная на имплантации в строму роговицы полимерных сегментов для коррекции ее формы, позволяет не только стабилизировать патологический процесс, но и повысить зрительные функции пациента.

Эффективность технологии иллюстрирует клинический пример № 1. Пациентка А. 1970 г. р. обратилась в «МНТК МГ» в 2020 году с жалобами на снижение остроты зрения OS.

Из анамнеза: миопия слабой степени с детства, пользовалась очковой коррекцией. В 2013 году провела лазерную коррекцию зрения OU (LASIK) по м/ж. После операции оба глаза видели хорошо, затем зрение начало постепенно снижаться. В 2019 году выставлен диагноз OU вторичный кератоконус по м/ж. Проведено хирургическое лечение 2019 OD кросслинкинг по м/ж. В 2020 году диагноз подтвержден в «МНТК МГ».

Корригированная острота зрения левого глаза была равна 0,3.

Status oftalmicus: роговица прозрачная, асферична. Передняя камера средней глубины, зрачок круглый 3 мм. Хрусталик прозрачный. Рефлекс с глазного дна равномерно розовый, ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды нормального калибра, в макулярной зоне без видимой патологии.

Диагноз: OS – вторичный кератоконус, что подтверждено данными ОКТ и кератотопографии.

Вклад в здравоохранение г. Москвы.

В период с 2013 по 2020 гг. во ФГАУ НМИЦ «МНТК „Микрохирургия глаза” имени академика С. Н. Федорова» МЗ РФ благодаря применению методов кератопластики с использованием ФСЛ прооперировано и реабилитировано 320 пациентов-жителей г. Москвы. Успех операций во многом был обусловлен оригинальными разработками применяемых операций на основе отечественных лазерных установок и программного обеспечения к ним.

Медицинские технологии, разработанные в процессе работы легли в основу курсов повышения квалификации врачей (в системе дополнительного профессионального образования) по темам «Кератопластика» и «Современные технологии селективной трансплантации роговицы». Курсы организованы на базе учебных подразделений ФГАУ НМИЦ «МНТК „Микрохирургия глаза” имени академика С. Н. Федорова» МЗ РФ. За последнее время на них

прошли обучение 10 врачей различных ЛПУ Москвы, что позволило тиражировать разработанные технологии и оказывать высокотехнологичную офтальмологическую помощь большому количеству жителей г. Москвы страдающих заболеваниями роговицы.

Перспективные направления

Низкая острота зрения в связи с засветами из-за дефектов радужки снижает качество жизни. Интраокулярная коррекция таких дефектов широко применяется в офтальмохирургии, но не является методом выбора в лечении некоторых групп пациентов (например, после удаления онкологических образований радужки) из-за потенциального травмирования уже прооперированной ранее зоны радужки и возможных способов фиксации ИХД.

Цель работы: создать и экспериментально обосновать технологию внутрироговичного диафрагмирования на основе фемтосекундных технологий с применением оригинальных красителей.

Результаты эксперимента *ex vivo*: 1) формирование роговичного тоннеля с помощью отечественного фемтосекундного лазера для выполнения процедуры кератопигментации является прецизионным, прогнозируемым и безопасным процессом (рис. 22); 2) гелеобразная структура вводимого вещества способна обеспечить стабильную компактную фиксацию в пространстве роговичного тоннеля (рис. 23); 3) ни один из исследуемых образцов не оказывает стимулирующего действия на пролиферативную активность культуры клеток, а также не приводит к выраженному повреждению ДНК клеток; имплантат на основе гидролизата коллагена: слабая экспрессия инициаторных белков апоптоза Caspasa 8 и Цитохром С, отсутствие экспрессии ВАХ и эффекторных белков Caspasa 3/7; 5) самогерметизирующийся роговичный рез по типу «замка» для входа в роговичный тоннель препятствует миграции, выходу и потере красящего вещества, обеспечивая стабильную фиксацию краски в тоннеле и достаточный диафрагмирующий эффект.

Мелконян Г. Г.^{1,2}, Шулутко А. М.³, Грязнов С. Е.¹, Буриев И. М.¹,

¹ ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ»,

² ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава,

³ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»

ТРАНСОРАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ ШЕИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Новизна и оригинальность

По сравнению с другими хирургическими доступами к щитовидной железе миниинвазивные доступы к щитовидной железе условно можно разделить на шейные и внешние (отдаленные). Шейные либо предполагают использование эндоскопических технологий, либо нет. Все внешние доступы выполняются с использованием эндоскопических инструментов. В отличие от трансорального доступа, все вышеуказанные подходы осуществляются через кожные разрезы в тех или иных областях (шейная, подмышечная, грудная, заушная). Наиболее распространенные в клинической практике отдаленные доступы – подмышечный и комбинация подмышечного и грудного. Создание и поддержание рабочего тоннеля и рабочей полости в зоне хирургического интереса осуществляется либо методом лифтинга, либо нагнетанием газа. Также в клинической практике, преимущественно в зарубежной, применяют роботическую хирургию с доступом в том числе через полость рта.

Трансоральный доступ к щитовидной железе через нижний свод преддверия рта обладает абсолютной косметичностью, поскольку отсутствуют вообще какие-либо разрезы на коже. В послеоперационном периоде не требуется перевязок. Доступ предполагает кратчайший путь к щитовидной железе, а, стало быть, меньшую по протяженности и травматичности отслойку тканей по сравнению с подмышечным, грудным и заушным. В связи с этим

нет потребности в дренировании раны и сведен к минимуму послеоперационный болевой синдром, что, в свою очередь, уменьшает время пребывания пациента в стационаре. Создание рабочей полости с помощью инсуффляции газа под низким давлением обеспечивает комфортное оперирование. Не требуется дорогостоящая конструкция для эндолифтинга, как, например, для подмышечного безгазового доступа. Естественно, несравнима экономическая выгода в отличие от

роботической хирургии. В целом, трансоральный эндоскопический доступ осуществим в любой среднестатистической операционной, оборудованной для лапароскопических вмешательств. Из трансорального доступа возможен любой объем вмешательства на щитовидной железе, в отличие от молатерального подмышечного доступа, который подразумевает лишь гемитиреоидэктомию. Также доступно выполнение центральной шейной лимфодиссекции при дифференцированных формах рака щитовидной железы. Предоперационная санация полости рта и периоперационная антибактериальная профилактика сводит к нулю процент инфекционных осложнений, несмотря на то, что операция через полость рта относится к условно-чистой (2 класс), как, впрочем, и многие плановые общехирургические вмешательства, например, холецистэктомия. В отличие от открытой, классической операции на щитовидной железе использование при трансоральном доступе видеоэндоскопа с оптическим увеличением позволяет оперировать более прецизионно и безопасно относительно таких важных структур, как возвратный гортанный нерв и околощитовидные железы. Немаловажным является и такой «побочный» положительный момент, как ответственное отношение пациента к санации полости рта и ротоглотки в ходе предоперационной подготовки. Естественно, трансоральный доступ имеет свои критерии включения и исключения, о которых будет сказано ниже, но, безусловно, этот доступ станет методом выбора у большой группы пациентов с хирургической патологией щитовидной железы.

По сравнению с другими учреждениями здравоохранения города Москвы

В структуре медицинских учреждений города Москвы, оказывающих специализированную хирургическую помощь пациентам с патологией щитовидной и околощитовидных желез в рамках обязательного медицинского страхования, лишь в единичных центрах внедрены в клиническую работу хирургические вмешательства на эндокринных органах шеи из отдаленных внешней эндоскопических доступов. В большинстве своем это подмышечный и подмышечно-грудной доступы. Трансоральная операция на щитовидной и околощитовидных железах впервые в Москве выполнена и в последующем внедрена в клиническую практику городской клинической больницы № 4 командой авторов заявки. К настоящему времени нет публикаций о применении данной методики оперирования в других лечебных учреждениях города Москвы. Также авторами впервые в мире выполнена сочетанная операция у одного пациента – трансоральная паратиреоидэктомия справа и лапароскопическая околоопухолевая резекция головки поджелудочной железы по поводу синдрома множественной эндокринной неоплазии 1-го типа.

Результаты работы. Организационный уровень

Разработан алгоритм отбора пациентов с хирургической патологией щитовидной и околощитовидных желез, которым возможно выполнение трансорального вмешательства. Алгоритм включает отбор по четырем группам критериев: анатомические, клинические, соматические и социальные.

Анатомические критерии являются относительными. В ходе экспериментальной работы на трупном материале было установлено, что форма базальной дуги нижней челюсти оказывает влияние на технику формирования первичного рабочего канала и рабочей полости в зоне хирургического интереса. Так, оптимальными являются короткая и широкая форма и промежуточная форма базальной дуги. Технические трудности могут возникнуть при длинной и узкой форме (выступающий подбородок). Однако эти трудности сопряжены лишь с увеличением времени и уменьшением технической комфортности доступа к щитовидной железе и не являются критическими.

К клиническим критериям включения относятся данные дооперационного обследования щитовидной/околощитовидных желез:

- размер солитарного образования или размер наибольшего образования при многоузловом поражении щитовидной железы не должен превышать 5 см., объем щитовидной железы не более 45 мл;
- первичный гиперпаратиреоз, аденома околощитовидной железы;
- ультразвуковой классификационный тип в диапазоне TIRADS 2 –TIRADS 4b;

- диагностическая категория цитологического исследования по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии в диапазоне Bethesda

II – Bethesda IV;

- эутиреоидное состояние;
- отсутствие ранее выполненных вмешательств на щитовидной и околощитовидных железах.

Исключения по данным

В настоящее время к абсолютным критериям дооперационного обследования мы отнесли рак щитовидной железы. Соматические критерии включения подразумевают отсутствие или компенсацию тяжелой сопутствующей патологии ответственное отношение пациента к санации полости рта и носоглотки с обязательным заключением стоматолога и оториноларинголога, отсутствие ранее выполненных оперативных вмешательств по другим поводам в области нижнего свода преддверия рта и передней поверхности шеи.

Социальный критерий отбора также относителен, но для определенной категории пациентов играет немаловажную роль. Это желание избежать рубцов на коже. Особенно это актуально для пациентов, ведущих активную социальную жизнь и для пациентов, склонных к келоидному рубцеванию.

Результаты работы. Лечебный уровень.

Первая трансоральная эндоскопическая операция на щитовидной железе была выполнена в ГКБ № 4 28 марта 2018 года. К моменту оформления данной работы выполнена 21 операция. Небольшое количество операций объясняется скрупулезным отбором пациентов на этапе освоения методики, а также тем, что исторически в объеме оказываемой хирургической помощи в ГКБ № 4 г. Москвы не входили операции на щитовидной железе. С приходом новых сотрудников с 2017 года в практику больницы внедряется тиреоидная хирургия.

Все пациенты отбирались на операцию согласно строгому следованию алгоритма включения. Проводилось подробное информирование больных о новом методе с указанием всех возможных нюансов, включая вероятную конверсию и осложнения. Со всеми пациентами было оформлено добровольное информированное согласие на операцию. По большей части предоперационная подготовка не отличалась от стандартной при плановых операциях. Единственным отличием была обязательная санация полости рта в течение суток до операции с помощью полоскания антисептическим раствором. На девятой по счету операции потребовалась конверсия вследствие неконтролируемого кровотечения из бассейна верхней щитовидной артерии. Во всех случаях, кроме конверсии, дренирование на шее не выполнялось. У двух пациентов после операции верифицирован папиллярный рак T1N0M0. У пациентов с паратиреоидными показателями общего, ионизированного кальция и паратиреоидного гормона нормализовались в срок 7–10 дней после операции. В одном случае тиреоидэктомии по поводу диффузного токсического зоба отмечен парез ВГН с восстановлением голосовой функции через 2 месяца после операции. Гематома в проекции удаленной доли отмечена в одном случае – регрессировала на фоне консервативных мероприятий, без пункционного вмешательства. После операции пациентам разрешалось пить уже в день операции и есть на следующий день. Активизировались практически все пациенты через несколько часов после операции. Обезболивание наркотическими препаратами не требовалось ни одному пациенту, обезболивание препаратами группы НПВС выполнялось по требованию и только в первые сутки после операции. Полоскание полости рта антисептиком осуществлялось в течение 2–3 дней после операции. Антибактериальная профилактика проводилась всем пациентам только периоперационно. Среднее время пребывания пациента в стационаре после операции составило $3,4 \pm 1,2$ дня, однако это время в ряде случаев было искусственно затянуто, учитывая новую методику и необходимость более пристального наблюдения.

Мензул В. А.

ФГКУЗ «ГВКГ Войск Национальной Гвардии»

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ СЕТЧАТЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ С УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Новизна и оригинальность по сравнению с другими центрами

С целью решения вышеописанной проблемы была разработана авторская методика пересадки кожи.

Новейшим подходом к экономному методу пересадки кожи с использованием сетчатых трансплантатов является аутодермопластика с помощью перфорированного аутодермотрансплантата, разработанная и запатентованная доктором В. А. Мензулом в 2016 г. как «Способ подготовки трансплантата, перфоратор для его осуществления и способ лечения ожоговых ран»; (патент № 2594446, 2016, RU; PCT WO 2017/213534 A1). Преимущества метода:

- сочетает в себе преимущества пересадки кожи сетчатыми трансплантатами и неперфорированными трансплантатами (отсутствие сетчатого рисунка рубца в сочетании с увеличением площади закрываемых трансплантатом участков);
- возможность разрезать трансплантат на ромбовидные ячейки с кожной перемычкой в центре;
- уменьшает площади, подлежащие эпителизации в каждой ячейке;
- перемычки в ячейках являются дополнительным источником регенерации тканей и эпителизации.

Результаты работы

Для осуществления предлагаемой авторской технологии пересадки кожи у больных с глубокими ожогами автором было разработано и запатентовано следующее материально-техническое оснащение: электродерматом дисковый в трех исполнениях (100 мм, 65 мм, 45 мм). Имеет сменные ножи одноразового использования. Оснащен аккумуляторным мотор-редуктором и питанием от сети. Патент № 151212 от 24.01.2015 г. ТУ 32.50.13.190-001-11586614395-2018.

Митичкин А. Е.^{1,2}, Анциферов М. Б.³, Аракелов С. Э.⁴, Щеголев А. А.⁵, Папоян С. А.^{2,5},
Оболенский В. Н.^{4,5}, Оснач С. А.⁴, Молочников А. Ю.⁴, Сыромятников Д. Д.², Мелкиян А. М.^{2,5}

¹ ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России»

² ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ»

³ ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ»

⁴ ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ»

⁵ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

КОНЦЕПЦИЯ ЦЕНТРА СПАСЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Новизна и оригинальность исследования

Впервые в московской медицине создан междисциплинарный межклинический центр спасения конечностей на базе двух крупных московских больниц – отделения сосудистой хирургии регионального сосудистого центра ГКБ им Ф. И. Иноземцева и отделения гнойной хирургии ГКБ № 13.

Результаты работы

Всего было произведено 148 гибридных вмешательств (петлевая эндартерэктомия из общей бедренной и подвздошных артерий с стентированием последней (92) и петлевая эндартерэктомия из общей бедренной и поверхностно бедренной артерии с балонной ангиопластикой или стентированием последней (56). Непосредственный хороший результат получен у всех больных. Средний прирост ЛПИ составил 0,31. Конечность сохранена всем больным. Из осложнений в послеоперационном периоде отмечалась лимфоррея у пяти больных. Интраоперационные осложнения – разрыв подвздошной артерии – у двух пациентов. Средний койко-день пребывания в стационаре составил $5 \pm 1,1$ дня. Прослежены отдаленные результаты у 115 больных. Проходимость подвздошного сегмента в сроки до 1 года составила 89,7 %, поверхностной бедренной артерии – 85 %, трехлетняя проходимость составила 79 и 70 %, соответственно. В отдаленном периоде конечность удалось сохранить всем больным, что, безусловно, сказалось на качестве жизни пациентов, а также их социальном статусе и возможностях.

Михалева Л. М.^{1,2}, Бирюков А. Е.^{1,2}, Мидибер К. Ю.^{1,2}

¹ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 ДЗМ»

² ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека»

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Новизна и оригинальность исследования

В настоящем исследовании представлен уникальный опыт патологоанатомической диагностики РРЖ, удаленного эндоскопическими органосохраняющими методами (ЭРСО/ЭДПО). Разработан алгоритм патологоанатомического исследования РРЖ, на основе которого возможно выполнять оценку эффективности проведенной эндоскопической операции с рекомендациями по дальнейшему ведению пациента.

Результаты работы

В тесном сотрудничестве с ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека» были изучены 35 образцов ткани РРЖ, удаленные методами ЭРСО/ЭДПО. Был использован комплекс современных методов исследования: клинико-морфологический, морфометрический и иммуногистохимический.

Опубликовано 13 научных работ по теме исследования, из них 7 – по результатам проведения конференций.

Основные положения исследования представлены на 27, 28 и 30 Европейских конгрессах по патологической анатомии (2015 г., 2016 г., 2018 г.); VII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии 2016» (Санкт-Петербург, 2016 г.); научной конференции с международным участием «Актуальные вопросы морфогенеза в норме и патологии» (Москва, 2016 г.); научной конференции «Достижения и инновации в современной морфологии» (Минск, 2016 г.); V съезде Российского общества патологоанатомов (Челябинск, 2017 г.). Результаты исследования внедрены в практическую работу ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 Департамента здравоохранения города Москвы».

Морозов С. П.¹, Безымянный А. С.², Сорокина Е. В.³, Владимирский А. В.¹, Ледихова Н. В.¹,
Панина Е. В.¹, Шулькин И. М.¹, Гомболевский В. А.¹, Трофименко И. А.¹, Чернина В. Ю.¹

¹ ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»

² ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А. С. Пучкова ДЗМ»

³ ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 121 ДЗМ».

МОБИЛИЗАЦИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЭПИДЕМИИ COVID-19 В МАСШТАБЕ МЕГАПОЛИСА

Цель исследования: систематизировать подходы и результативность стратегии работы службы лучевой диагностики города Москвы в условиях пандемии COVID-19.

Научная новизна заключается в разработке и реализации Стратегии работы службы лучевой диагностики города Москвы в условия пандемии COVID-19.

Разработаны:

- мероприятия по реализации Стратегии, основанные на комплексном применении цифровых технологий;
- организационно-управленческие решения для оптимизации деятельности отделений лучевой диагностики;
- мероприятия по информатизации службы лучевой диагностики и эффективному применению информации профессиональным сообществом;
- клиническая концепция применения лучевых методов исследования, концепция клинически подтвержденного случая COVID-19, и классификация степени тяжести поражений легочной ткани при COVID-19, по данным компьютерной томографии;
- модель амбулаторных КТ-центров, поддерживаемых референс-центром лучевой диагностики;
- способы автоматизации работы врачей-рентгенологов с применением технологий искусственного интеллекта;
- система обучения и информирования медицинских работников лучевой диагностики в условиях пандемии COVID-19.

Практическая значимость

В целях реализации исследования обеспечены:

- бесперебойность работы службы лучевой диагностики, эффективный инфекционный контроль, оптимальное и бережливое использование ресурсов, в том числе кадровых;
- высокая производительность, эффективность и безопасность труда медицинского персонала;
- доступность, безопасность и качество диагностических исследований для пациентов, а также оптимальная логистика пациентов.

Заключение. Реализация стратегии обеспечила:

- готовность службы лучевой диагностики столицы к работе высокой интенсивности в условиях возрастающей нагрузки на фоне потерь среди медицинского персонала;

- эффективное сдерживание распространения инфекции;
- доступную, своевременную и качественную диагностику, обоснованную маршрутизацию пациентов;
- рациональное и бережливое использование всех видов ресурсов.

Мосолов С. Н.¹, Цукарзи Э. Э.¹, Потапов И. В.¹, Масленников Н. В.¹

¹ ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ (ТМС) В ПСИХИАТРИИ (СЕРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Новизна

В серии проведенных оригинальных исследований было определено место отдельных методик ТМС в алгоритмах терапии различных психических расстройств. В частности, в рандомизированном контролируемом исследовании при терапевтически резистентных депрессиях эффективность метода оценивалась в сравнении с электросудорожной терапией, являющейся золотым стандартом лечения тяжелых резистентных депрессий. Два других исследования посвящены изучению метода при различных клинических состояниях у пациентов с шизофренией. В первом из них, по дизайну клиничко-нейропсихологическому, метод впервые исследовался при депрессиях при шизофрении. Наконец, в последнем, двойном-слепом плацебо-контролируемом исследовании две различные методики ТМС сравнивались с псевдо-ТМС.

Результаты исследования

Курс терапии ТМС и ЭСТ прошли соответственно 37 и 34 пациента ТРД. В группе ТМС 4 больных выбыли до шестой процедуры, 5 пациентов – между седьмой и десятой и 2 – после десятой процедуры. В группе ЭСТ 3 пациента выбыли до четвертого сеанса, 7 больных – после пятого сеанса. Все выбывшие пациенты были включены в окончательный анализ.

В результате проведенного лечения к концу курса терапии достичь положительного эффекта, заключающегося в выраженном или существенном улучшении состояния больных по шкале CGI-I, удалось у 19 из 37 больных (51,35 % случаев) в группе ТМС и у 22 из 34 больных (64,7 % случаев) в группе ЭСТ. По шкале Гамильтона число респондеров как в группе ТМС, так и ЭСТ оказалось несколько больше и составило соответственно 20 из 37 больных (54,5 % случаев) и 24 из 34 больных (70,6 % случаев). Число больных, достигших ремиссии (<7 баллов по шкале Гамильтона), при применении ТМС составило 27,03 %, при применении ЭСТ – 41,18 % (P<0,05).

Динамика психопатологических расстройств в группе респондеров (19 больных) при ТМС характеризовалась постепенной литической редукцией аффективного, идеаторного и двигательного компонентов депрессивной триады, улучшением настроения, редукцией апатии и двигательной заторможенности, повышением общей активности, интеллектуальной и физической продуктивности, постепенной нормализацией сна, аппетита, уменьшением тревоги, редукцией идей малоценности, самообвинения, суицидальных мыслей и явлений психической анестезии. При этом к окончанию курса лечения в целом по группе отмечалось снижение общего балла депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона с $26,08 \pm 3,1$ баллов до $13,78 \pm 2,32$ баллов (P<0,05). Первые признаки улучшения состояния начинали отмечаться у больных к середине курса (седьмой день лечения) и достигали максимума к окончанию терапии (15–16 дни). При этом отдельные депрессивные симптомы реагировали на проводимую терапию по-разному. Так, наибольшей редукции подвергались такие симптомы, как пониженное настроение, снижение активности и интересов, заторможенность и в меньшей степени тревога, агитация, соматизированные и ипохондрические расстройства.

Наибольший эффект имел место у больных тоскливой и апатической депрессией соответственно 66,66 и 63,63 %. Менее эффективным было применение ТМС при анестетической депрессии (54,14 %). Наименьший эффект отмечался у больных тревожной и ипохондрической депрессией, соответственно 33,33 и 25 % эффективности.

В группе ЭСТ отмечалась опережающая редукция депрессивной симптоматики с более быстрым достижением терапевтического эффекта по сравнению с ТМС. Статистически значимые различия в выраженности общего балла депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона отмечались уже к седьмому дню лечения в группе ЭСТ, в то время как в группе ТМС только к окончанию курса терапии (15–16 дни).

При сравнительном анализе эффективности ТМС и ЭСТ при различных синдромальных вариантах депрессии обращает на себя внимание, что ЭСТ была одинаково эффективна при тоскливой, тревожной и апатической депрессии, в то время как ТМС оказалась более эффективной при тоскливой и апатической депрессии и менее эффективной при тревожной депрессии. ЭСТ существенно превосходила ТМС в лечении тревожных депрессий ($P < 0,05$).

Эти же закономерности прослеживаются при сравнительном анализе динамики отдельных психопатологических симптомов при применении ТМС и ЭСТ. Из представленных данных видно, что ЭСТ по сравнению с ТМС оказывала более выраженное воздействие на кластер собственно аффективных симптомов, к числу которых относится пониженное настроение, идеи вины и суицидальные тенденции. Так, редукция идей виновности и суицидальных мыслей по шкале Гамильтона при применении ЭСТ была практически в 2 раза больше, чем при применении ТМС. Как при применении ТМС, так и при ЭСТ наблюдалась выраженная редукция идеомоторной заторможенности. Значимое снижение выраженности симптоматики отмечалось к окончанию курса терапии как в группе больных с ТМС, так и с ЭСТ. В то же время по влиянию на тревогу и агитацию ЭСТ значительно превосходила ТМС. Коэффициент редукции тревоги/заторможенности при применении ЭСТ был существенно выше, особенно в первую неделю лечения.

Для катamnестической оценки через 3 месяца после окончания терапии оказались доступны 24 пациента из группы ТМС и такое же количество из группы ЭСТ. Данные катamnестического наблюдения за больными показали, что улучшение состояния оказалось стойким у большинства респондеров, как в группе ТМС, так и в группе ЭСТ. На фоне продолжающейся тимоаналептической терапии за этот период времени ухудшение состояния с усилением депрессивных расстройств было зафиксировано у 3 из 24 больных (15,8 % случаев), прошедших курс терапии ТМС, и у 5 из 24 больных (22,7 %) с ЭСТ ($P > 0,05$). В то же время различия между группами, достигавшие уровня значимости к окончанию терапии (средний балл шкалы Гамильтона в группе ТМС – $14,9 \pm 1,06$ и в группе ЭСТ – $11,8 \pm 2,13$; $p = 0,0412$), при проведении катamnестической оценки таковыми уже не являлись. В группе ЭСТ наблюдалось небольшое утяжеление симптомов депрессии (средний балл $-12,6 \pm 1,34$), а в группе ТМС – ее дальнейшая обратная динамика (средний балл $-13,5 \pm 0,93$).

Таким образом, данные сравнительного рандомизированного исследования показали, в целом, сопоставимость по глобальной клинической эффективности циклической ТМС и ЭСТ при затяжных, резистентных к психофармакотерапии депрессиях. При этом были выявлены существенные различия в эффективности этих методов при лечении различных синдромальных вариантов депрессии.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Новизна полученных результатов

Разработана и патогенетически обоснована научная концепция профилактики гестационных осложнений у беременных с ХБП, существенно обогащающая идею персонификации стратегии перинатального риска. Доказано ее прикладное значение.

Предложен менеджмент беременности и родов у пациенток с ХБП с учетом оценки индивидуального риска неблагоприятных исходов гестации в зависимости от стадии заболевания, степени протеинурии, компенсированности артериальной гипертензии, степени анемии, гипергомоцистеинемии, персистенции мочевых инфекций.

Показана эффективность динамического скрининга беременных с ХБП с использованием доступных лабораторных показателей (скорость клубочковой фильтрации, суточная протеинурия, показатели артериального давления, креатинин, гомоцистеин, триглицериды сыворотки крови, гемоглобин, ангиогенный коэффициент (соотношение уровней sFlt1/PLGF)).

Впервые доказана эффективность использования ангиогенного коэффициента в дифференциальной диагностике преэклампсии с дебютом или обострением нефрологического заболевания, имеющего, как известно, общность клинических и лабораторных проявлений.

Получены приоритетные данные о морфофункциональном состоянии фетоплацентарного комплекса. Подтверждена зависимость формирования и степени тяжести плацентарных нарушений от почечной дисфункции.

Организационный уровень работы

Разработан и внедрен в практическое здравоохранение города Москвы и Московской области алгоритм обследования и профилактики гестационных осложнений беременных с ХБП, учитывающий патогенез их развития в периоды прегравидарной подготовки, ведения беременности, родоразрешения и послеродового наблюдения.

Наши исследования способствовали составлению алгоритма обследования, ведения беременности и профилактики акушерских и перинатальных осложнений у пациенток с ХБП, который может быть разделен на несколько этапов (Рис. 21–24):

1-й этап – планирование беременности с учетом стадии, активности нефрологического заболевания и акушерского анамнеза, именно на этом этапе происходит отбор пациенток с благоприятным акушерским прогнозом, именно в это время создается индивидуальный протокол наблюдения и профилактики осложнений с применением антиагрегантов и антикоагулянтов (АК) у пациенток с экстремальными рисками гестационных осложнений: почечной недостаточностью, хронической АГ, высокой ПУ, ПЭ в анамнезе.

2-й этап – персонифицированный мониторинг и лечение во время беременности на фоне приема ацетилсалициловой кислоты (АСК) и антикоагулянтов (АК) у наиболее тяжелых пациенток: ХПН, ХАГ, высокая ПУ. Мониторинг позволяет своевременно выявлять осложнения, осуществлять их лечение, оценивать эффективность лечения, определять показания к досрочному родоразрешению.

3-й этап на основании все того же мониторинга лабораторных и УЗ-показателей оценивает эффективность лечения и определяет время и способ родоразрешения пациентки, способ анестезии, необходимость экстренности родоразрешения, а также проведение дополнительных обследований в раннем послеродовом периоде.

И, наконец, 4-й этап – определение тактики после выписки из акушерского стационара: обследование и медикаментозное сопровождение на данном этапе, включающее продолжение антикоагулянтной (АК) терапии у наиболее тяжелых больных еще в течение 5-6 недель с целью нефропротекции и профилактики тромбозов, переход на препараты, запрещенные вследствие их тератогенности.

Лечебный уровень исследования.

Разработанный алгоритм доказал свою эффективность, когда был применен в 68 случаях наблюдений у 66 женщин, которые без его использования имели соотношение благоприятного и неблагоприятного исхода беременности как 50,4 к 49,6 %.

На фоне использования алгоритма наблюдения с профилактическим применением антикоагулянтов и ацетилсалициловой кислоты (АСК) удалось снизить неблагоприятные исходы беременности с 50,4 до 2,9 % случаев (в 17,4 раза).

Достаточность теоретического обоснования, а также надежность выполненной работы доказывают: большой объем исследований, сопоставление данных с популяционной выборкой из более чем 77 тысяч родов; обширное количество (более 25) опубликованных статей, публикации одной монографии, двух пособий для врачей, двух зарегистрированных патентов. Степень внедрения в практику доказывают многочисленные доклады на ведущих съездах и форумах акушеров-гинекологов, нефрологов и урологов, а также проведенные «Школы прегравидарной подготовки и ведения беременности при хронической болезни почек», в том числе и на базе девяти женских консультаций города Москвы.

**Османов И. М.^{1,2}, Захарова И. Н.³, Сычев Д. А.³, Кучина А. Е.³, Бережная И. В.³, Кафарская Л. И.²,
Чаплин А. В.², Кошкин Ф. А.⁴, Желудкевич А. А.⁴**

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

³ ФГБОУ ДПО «РМАНПО Минздрава России»

⁴ Лаборатория «Геномед»

МИКРОБИОТА ГРУДНОГО МОЛОКА

Смысл, новизна, практическая значимость

Формирование микробиома младенца оказывает существенное влияние на его здоровье и иммунитет в долгосрочной перспективе. Грудное молоко содержит разнообразные бактерии и является источником для формирования кишечной микробиоты для ребенка, что подчеркивает важность грудного вскармливания. Микробиота кишечника лиц, находящихся на грудном вскармливании по сравнению с лицами, не вскармливаемыми грудью, различается как в младенчестве, так и во взрослом возрасте. Мы стремились охарактеризовать микробиотическое разнообразие грудного молока россиянок, а также подтвердить или опровергнуть данные зарубежных коллег о различиях в составе микробиоты грудного молока на уровне родов и видов у женщин при различном способе родоразрешения и стадиях лактации.

Это первое масштабное исследование микробиоты грудного молока в РФ.

Результаты работы

В исследование были взяты образцы, на которое пришлось более 2000 прочтений. Суммарное число образцов молока, результаты секвенирования которых прошли контроль качества, составило 238 (из них молозиво – 194, зрелое молоко – 44).

Суммарное число родов прокариот, обнаруженных хотя бы в одном образце молока, было равно 490.

Отрицательный контроль выделения ДНК был преимущественно представлен бактериями рода *Burkholderia*. Последовательности, соответствующие данным бактериям из отрицательного контроля, были удалены из всех образцов.

Альфа-разнообразие микробного сообщества, подсчитанное по методу Шеннона, было статистически значимо выше в образцах зрелого молока по сравнению с образцами молозива (критерий Манна-Уитни, $p=0,0356$).

Среди обнаруженных родов микроорганизмов в образцах молока численно преобладали представители родов *Staphylococcus* и *Streptococcus* (средняя относительная численность их в образце – 38,8 и 37,0 % соответственно).

Представители данных родов были обнаружены во всех без исключения образцах молока. Другими родами, для которых была характерна высокая частота обнаружения и высокая концентрация были *Gemella*, *Corynebacterium*, *Acinetobacter*, *Rothia* и *Haemophilus*. Представители рода *Lactobacillus* были обнаружены в 44,1 % образцов, рода *Bifidobacterium* – в 17,7 %. Необходимо отметить, что представители рода *Acinetobacter* достигали очень высоких численностей в отдельных образцах (Рис. 1). Так, в одном образце молозива их относительная представленность составила 65 %, а в одном образце зрелого молока – 39 %.

Статистический анализ проводился с использованием пермутационного многомерного дисперсионного анализа (PERMANOVA), воплощенного в алгоритме ADONIS. Дистанции между образцами вычислялись по методу Bray-Curtis. Была показана статистически значимая разница между микробным составом молозива и зрелого молока ($p=0,002$).

Анализ микробиоты молозива показал статистически значимую разницу в зависимости от типа родоразрешения: естественные роды, кесарево сечение или экстренное кесарево сечение ($p=0,0015$).

Таким образом, полученные нами результаты согласуются с данными зарубежных авторов: в образцах грудного молока преобладали представители родов *Staphylococcus* и *Streptococcus* (средняя относительная численность их в образце – 38,8 и 37,0 %, соответственно). Нами продемонстрирована статистически значимая разница между микробным составом молозива и зрелого женского молока. При анализе бактериального разнообразия молозива показана зависимость состава микробиоты от вида родоразрешения (естественные роды, плановое или экстренное кесарево сечение ($p=0,0015$)). Анализ клинических данных показал, что средний возраст женщин при естественных родах составлял 28 лет, а при кесаревом сечении – 30 лет. Средняя продолжительность грудного вскармливания при вагинальных родах составляла 9 месяцев, а при кесаревом сечении – 8 месяцев.

СИСТЕМА СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Целью работы являлось практическая реализация системы профилактики и допуска к физической активности спортсменов и физически активных лиц, заложенной в основных нормативных и рекомендательных актах.

Результатом явилось создание четко отлаженной практической реализации системы профилактики, включающую:

- разделение потоков между амбулаторно-поликлиническими и медицинскими учреждениями по профилю «спортивная медицина»;
- внедрение новых методик скрининга с использованием высоких технологий, позволяющие четко дифференцировать проявления спортивной адаптации от схожих с ними патологических изменений;
- внедрение новых, научно обоснованных алгоритмов, позволяющих дифференцировать физиологическое ремоделирование от патологической трансформации спортивного сердца;
- разработка и широкое использование алгоритмов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации спортивной травмы;
- система определения ранних признаков перетренированности, с рекомендациями по ее профилактике и коррекции тренировочного процесса;
- научно обоснованная и практически апробированная система контроля оценки и выдачи заключений по результатам обследования спортсменов.

Актуальность проблемы

Приоритетные направления текущей политики государства тесно связаны со здоровым образом жизни населения, физической активностью и спортом, а также активной профилактикой заболеваний, вызванных гиподинамией. Это социально-значимое направление охватывает более 4,2 млн москвичей, занимающихся физкультурой и спортом, среди которых около 1,7 млн человек обучается в общеобразовательных учреждениях, примерно такое же количество является членами спортивных школ и секций.

Численность профессиональных спортсменов, являющихся основой сборных и гордостью нашей страны – около 500 тысяч. Около 300 тысяч людей с ограниченными возможностями, для которых движение – это жизнь, как в прямом, так и в переносном смысле, занимаются паралимпийскими спортивными дисциплинами.

Также ежегодно растет количество людей, занимающихся физкультурой и спортом, сдающих нормативы комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО): в 2017 г. их число составило 1,7 млн человек, в 2018 г. – 1,9 млн человек, а в 2019 г. – более 2-х млн человек.

При этом необходимо помнить, что интенсивная физическая активность является не только профилактическим и лечебным средством, но и триггером для многих скрытых, латентно текущих заболеваний. Кроме того, неконтролируемая физическая активность с неадекватным количеством и качеством восстановительных мероприятий сама может привести к развитию патологических процессов.

Все это требует разработки системы допуска к физической активности, наблюдения подобных лиц, разработку грамотного медико-биологического сопровождения. Внедрение научно обоснованных, доказанных систем скрининга способно привести к снижению уровня летальности среди спортсменов и физически активных лиц.

Новизна и оригинальность

Центр является ведущим научно-практическим специализированным учреждением по профилю «спортивная медицина» здравоохранения Москвы на базе которого специалистами центра реализовано:

- собственная организационная потоковая структура углубленных медицинских обследований (УМО), позволяющая пропускать наибольшее количество спортсменов в единицу времени;
- собственная, научно обоснованная и практически апробированная система оценки и выдачи заключений по результатам обследования спортсменов;
- наибольшее среди медицинских учреждений РФ количество публикаций, методических пособий, монографий по данной проблеме;
- значительное количество работ и выступлений на мировом уровне с демонстрацией наших результатов, схем и алгоритмов.

Система диагностики и профилактики (инструментальный скрининг, клиническая оценка, восстановительные мероприятия и др.) замкнуты в единое целое. В силу этого наблюдается тесная координация работы практических спортивных врачей, клинических специалистов, врачей лабораторной, функциональной и ультразвуковой диагностики, сотрудников (врачей, сестер и инструкторов) восстановительных и реабилитационных подразделений.

**Орлов Б. Б.¹, Юрий А. В.¹, Сидельцев А. В.¹, Гавруков Д. С.¹, Астанков Р. А.¹, Тищенко Д. А.¹,
Курихин И. В.²**

¹ ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ЕТЕР- ГЕРНИОПЛАСТИКА КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Новизна, оригинальность

Европейским обществом герниологов в 2018 году был предложен алгоритм выбора метода герниопластики для вентральных грыж. Алгоритм удобен в использовании, однако он не учитывает наличие диастаза прямых мышц живота для маленьких грыж, а также не учитывает размеры диастаза, его клинические проявления, дискомфорт пациента из-за внешнего вида диастаза при грыже передней брюшной стенки любого размера. В актуальных на 2020 год рекомендациях Европейского и Американского общества герниологов по лечению первичных вентральных грыж в редких случаях или при особых обстоятельствах относительно диастаза прямых мышц живота следует выделить 3 момента:

1. диастаз прямых мышц живота может вызывать такие же жалобы, как вентральная грыжа;
2. наличие диастаза прямых мышц живота при маленьких вентральных грыжах является фактором риска рецидива грыжи;

3. одновременное восстановление диастаза прямых мышц живота с ликвидацией грыжи не является обязательным и обсуждается с пациентом. На данный момент нет ни одного крупного исследования, описывающего эффект симультанных операций, т. к. в имеющихся исследованиях отсутствуют данные о показаниях к восстановлению диастаза (боли в области диастаза, неудовлетворенность внешним видом и др.).

Результаты работы: организационный уровень

На базе ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ» в марте 2019 года были внедрены предбрюшинные и подкожный (SCOLA – subcutaneous onlay laparoscopic approach) методы эндовидеохирургической герниопластики. С марта 2019 по сентябрь 2020 года на базе 2-го хирургического отделения ГКБ им. С. С. Юдина выполнено 209 операций данными методами, из них 202 предбрюшинных герниопластик и 7 подкожных герниопластик. Мы

проанализировали результаты различных методов предбрюшинной эндовидеохирургической герниопластики, а именно: eTEP-герниопластика паховой грыжи (inguinal eTEP), eTEP-герниопластика вентральной грыжи (Rives-Stoppa) и eTAR-герниопластика. Мы обобщили данные историй болезней пациентов, оперированных с использованием методик eTEP и eTAR, и провели оценку результатов герниопластики в краткосрочном периоде у пациентов, оперированных описанными методиками в ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ» с момента внедрения этих методик в практику центра в марте 2019 г. Для этого мы произвели статистический анализ базы данных оперированных больных с помощью программ Microsoft Office Excel 2019 и STATISTICA 10 Portable. Также мы проанализировали видео оперативных вмешательств методиками inguinal eTEP, eTEP Rives-Stoppa, eTAR-герниопластики.

Нашей задачей было подробное описание использованных методик, оценка краткосрочных результатов (ранний и поздний послеоперационный период), выполненных пациентам оперативных вмешательств методами eTEP и eTAR эндовидеохирургическим доступом в ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ» с марта 2019 года по настоящее время, оценка эффективности внедрения методик. Для этого была произведена групповая выборка. Критерием включения был факт проведенной по методикам eTEP или eTAR герниопластики в ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ» в период с 22.03.2019 по 16.09.2020 г. по поводу вентральных, в том числе послеоперационных и рецидивных, а также двусторонних паховых грыж. Критериями исключения были возраст <18 лет, несогласие пациента участвовать в исследовании.

В периоперационном периоде пациенты находились в комфортных палатах. Пациенты со сходной патологией группировались в данных палатах, в одной палате размещались до четырех пациентов одновременно. В первые дни после операции пациентам выполнялось УЗИ мягких тканей и брюшной полости на предмет выявления ранних послеоперационных осложнений. По истечении 30-дневного срока после операции пациенты приглашались для контрольного осмотра и УЗ-обследования. УЗИ мягких тканей – метод, зависящий от разрешения аппарата и опыта специалиста, выполняющего исследование. К работе с данными пациентами были привлечены специалисты достаточной квалификации. При оценке использовался аппарат Toshiba Aplio MX. При неявке пациента на контрольный визит его также исключали из исследования.

После отбора в исследование вошли 202 пациента. Все операции были выполнены силами 11 хирургов, которые ранее не использовали методики эндовидеохирургической предбрюшинной герниопластики. Во всех описанных случаях использовались одни и те же инструменты и материалы: инструменты и лапароскопическое оборудование фирмы Karl Storz, гармонический скальпель, макропористые полипропиленовые сетчатые протезы, полиэфирные нити V-Loc PBT (нерассасывающаяся мононить с однонаправленными зубцами) 2/0 для ушивания диастаза прямых мышц живота, рассасывающийся шовный материал Vicryl 3/0 для ушивания брюшины при необходимости.

Результаты работы: лечебный уровень

Среди пациентов были 101 мужчина и 101 женщина. Средний возраст пациентов составил 54 года как у женщин, так и у мужчин. Диапазон возрастов составил от 25 до 79 лет. ИМТ пациентов варьировал от 18,59 до 47,26, средний показатель – 30,06 (29,68 у мужчин и 30,44 у женщин). Среди всех 202 оперативных вмешательств 143 (70,8 %) были по поводу первичных дефектов передней брюшной стенки, 52 (25,7 %) были послеоперационными. Всего выполнено 20 операций по поводу рецидива, 13 из которых по поводу рецидивной послеоперационной грыжи (т. е. включены в число 52 операций, указанных ранее), а оставшимся семи пациентам была выполнена операция по поводу рецидива первичной грыжи. У 124 пациентов (61,4 %) также был диагностирован диастаз прямых мышц живота. Учитывая наличие 12 операций, при которых использовались сразу две методики (inguinal eTEP + Rives-Stoppa или eTAR), общее число использования различных методик – 214. Всего выполнено 138 Rives-

Stoppa, 45 eTAR-герниопластик (19 односторонних и 26 двусторонних eTAR), 31 inguinal eTER. Семь из этих операций сопровождались симультанной холецистэктомией. Среднее время выполнения операции – 180 минут.

В послеоперационном периоде антибактериальная терапия была назначена 27 пациентам (13,4 %). Назначение обезболивающих препаратов после операции потребовалось 162 (80,2 %) пациентам. В первые сутки после операции интенсивность болевого синдрома, выраженная по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) от 0 до 10, составляла от 1 до 5 баллов. Сроки приема обезболивающих препаратов варьировались от 0 до 9 суток. Средний срок приема препаратов составил 3 дня. После окончания приема препаратов болевой синдром считался полностью купированным.

На следующий день после операции и через 30 дней при контрольном визите выполнялось УЗИ мягких тканей. У 39 пациентов (19,3 %) в первые дни после операции были выявлены серомы без клинических проявлений. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 13 пациентов (6,4 %): 4 симптоматические серомы, 1 рецидив, 1 гематома ретромультикулярного пространства, 1 гематома п/о раны, 1 случай перфорации тонкой кишки, 2 ТЭЛА мелких ветвей, 3 случая нозокомиальной пневмонии у пациентов, продолжительность операции которых составляла более 420 минут. Гнойных осложнений не было. Летальных исходов не было. Средний срок госпитализации составил 5 дней.

Заключение. Ближайшие результаты герниопластики грыж передней брюшной стенки обнадеживают: количество послеоперационных осложнений невелико, болевой синдром выражен незначительно, купируется в послеоперационном периоде. Возвращение всех пациентов к привычному образу жизни завершилось в течение первого месяца наблюдения. Мы планируем продолжить наблюдение за этими пациентами, новой контрольной точкой станет срок 1 год после проведенного оперативного вмешательства, обновление базы данных уже началось.

Ошуркова О. Н.¹, Ошуркова А. Е.¹, Ошурков Е. Е.¹, Степанова Е. А.^{2,3},

¹ ООО «ДиваОра Групп»

² ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»

³ ФГБОУ ВО «УГМУ Минздрава России»

ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ГЛАЗ «ЛЕЧИ-ИГРАЙ» (МЕЖДУНАРОДНОЕ НАЗВАНИЕ «EYEIMPROVER»)

Результаты работы

В плодотворном сотрудничестве вместе с Центром подготовки космонавтов им. Ю. Гагарина, с Институтом офтальмологии и педиатрии, а также Научно-практического центра «Бонум» удалось создать уникальный мобильный прибор для глаз «ЛЕЧИ-ИГРАЙ», который позволяет проводить тренировки как в стационарном, так и в домашнем режиме. Особенно актуально в период эпидемии коронавируса, удаленной работы, дистанционного обучения, когда повсеместно возрастают зрительные нагрузки у взрослых и детей.

Данный тренажер подходит для взрослых и детей, позволит повысить остроту зрения, снять напряжение глаз при занятиях на компьютере или планшете, при чтении книг, при просмотре телевизора или работе с документами. Подходит для детей 3+, а также для лиц пожилого возраста (при возрастных изменениях).

Способствует улучшению зрения при астигматизме, амблиопии, косоглазии, близорукости и дальнозоркости, а также после операции для закрепления эффекта. Тренажер подходит для людей и со 100 % зрением, для профилактики, гимнастики, повышения остроты зрения, снятия усталости и напряжения. Основной принцип использования «ЛЕЧИ-ИГРАЙ» – игровая форма занятий, мобильность, простота применения. Работает от 3-х батареек AAA. Не требуется специализированный персонал для использования, а также нет необходимости в специальных условиях. Изделие позиционируется как тренажер для самостоятельных тренировок.

Тренажер соединяет в себе работу двух приборов. В отличие от стационарных приборов он мобилен, прост в использовании и эффективен за счет игровой формы занятий. Действует за счет изменения расстояния до фокусируемого объекта, а также за счет импульсной цветостимуляции цилиарной мышцы. Не содержит линз. Курс применения от 3-х до 12 месяцев.

В исследовании использовалось устройство с красным оплотипом по предложенной производителем методикой: 10 ежедневных сеансов по 3 минуты. Прибор также использовался в кабинетах охраны зрения для лечения и тренировки аккомодации как самостоятельно, так и в сочетании с другими приборами и методиками при лечении различных аномалий рефракции (близорукость, дальнозоркость), амблиопия средней и слабой астении, астигматический синдром, спазм аккомодации и других нарушений у детей. Применение данного тренажера обеспечило положительный эффект от проводимого лечения. Данный прибор использовался для проведения тренировок и занятий у более 1000 детей. В большинстве случаев происходило улучшение работы цилиарной мышцы, повышения остроты зрения, увеличение объема аккомодации. Пациенты отмечали улучшение четкости изображения, повышение зрительной работоспособности.

Пациенты проявляли заинтересованность в тренировках на данном устройстве, в связи с игровой методикой, что тоже является немаловажным в эффективности проводимых занятий. Тренажер легкий в использовании и не требует индивидуальной настройки, в связи с тем, что он применяется с индивидуальной оптикой (очки, линзы), что существенно сокращает время на подготовку к занятиям или групповым тренировкам. Рекомендовано разнообразить оплотипы или сделать их сменными. В целом, замечаний по качеству и конструкции к производителю не имеется.

Папышева О. В.¹, Есипова Л. Н.², Радзинский В. Е.³, Старцева Н. М.³, Оленева М. А.⁴,
Лукановская О. Б.², Чепорева О. Н.⁴, Тажетдинов Е. Х.⁴

¹ ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ»

² ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н. Э. Баумана ДЗМ»

³ ФГБОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

⁴ ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ»

ПРОГРАММИРОВАННЫЕ РОДЫ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: МИНИМИЗАЦИЯ РИСКОВ – УЛУЧШЕНИЕ МАТЕРИНСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Цель исследования – улучшение материнских и неонатальных исходов на основании рационального выбора технологии родоразрешения при ГСД.

Материалы и методы

Для выполнения выбранной цели были поставлены следующие задачи:

1. на основе сравнения исходов родов провести ретроспективный анализ акушерских и перинатальных осложнений после различных методов родоразрешения у представленного контингента пациенток;
2. провести углубленную диагностику состояния матери и плода у пациенток с ГСД, для отказа от досрочного родоразрешения;
3. оптимизировать критерии отбора беременных с ГСД для проведения ПР;

4. усовершенствовать методику ПР с учетом факторов перинатального риска. Исследование проводилось на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН – ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ» филиал «Родильный дом № 25» и ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н. Э. Баумана ДЗМ».

Создание объединенного эндокринологического центра в составе многопрофильных учреждений позволило:

1. сконцентрировать практически всех беременных с ГСД московского мегаполиса;
2. осуществить непрерывное наблюдение и лечение пациенток на амбулаторном и стационарном этапах;
3. своевременно госпитализировать в соответствии со степенью риска;
4. совершенствовать методики родоразрешения этих пациенток.

Результаты и обсуждение

Проведенный на большом клиническом материале сравнительный анализ материнских и перинатальных исходов позволил сформировать основные подходы к родоразрешению пациенток с ГСД, в том числе с использованием метода программированных родов.

Нами не было выявлено статистически достоверных различий в состоянии здоровья новорожденных в группах со спонтанным началом родовой деятельности и программированных родов, за исключением СДР (2,5 % в группе «ПР» против 3,1 % в группе «СР», $p < 0,05$). Более того, отмечено достоверное снижение заболеваемости новорожденных в группе программированных родов по сравнению с плановым кесаревым сечением гипогликемией в 2 раза (2,9 и 6 %, соответственно, $p < 0,05$) и СДР – в 2,5 раза (2,5 и 6,5 %, соответственно, $p < 0,05$). Несмотря на частоту макросомии в группе ПР при ГСД (26 %), показатели нарушения церебрального статуса, родового травматизма соответствовали физиологическим родам и не превышали среднепопуляционные. Также не было выявлено статистически достоверных различий в частоте перевода новорожденных на II этап выхаживания во всех трех группах (Табл. 6).

Разработанная и внедренная стратегия родоразрешения женщин с ГСД позволяет достоверно улучшить исходы беременности и родов и способствует сохранению репродуктивного потенциала популяции.

1. Углубленная диагностика состояния матери и плода у пациенток с ГСД позволяет проводить родоразрешение к срокам, близким к физиологическим.
2. Полученные результаты свидетельствуют об обоснованности критериев отбора беременных для ПР.
3. Разработанная и внедренная методика ПР является альтернативой КС, тем самым позволяет снизить частоту абдоминального родоразрешения.
4. ПР минимизируют риски материнских и неонатальных осложнений пациенток с ГСД.

ЦЕНТР ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. ИНТЕГРАЦИЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЗАМКНУТЫЙ ЦИКЛ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Цель работы

Интеграция мультидисциплинарного подхода в замкнутый цикл лечения осложнений сахарного диабета в условиях многопрофильного медицинского учреждения.

Новизна

1. Создан координационный центр по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с синдромом диабетической стопы в рамках имеющегося ресурсного потенциала учреждения.
2. Создана модель внедрения и трансляции высоких технологий для диагностики и лечения осложнений сахарного диабета.
3. Создан центр управления качеством медицинской помощи пациентам с осложнениями сахарного диабета.
4. Разработан и внедрен в практику замкнутый цикл лечения синдрома диабетической стопы: от скрининга до реабилитации (профилактика – выявление – лечение – преемственность – мониторинг – результат).

На уровне каждого этапа оказания медицинской помощи разработаны конкретные критерии и алгоритмы наблюдения и лечения пациентов по «замкнутому циклу»:

1. разработаны критерии отбора на консультацию в Центр;
2. сформирован реестр пациентов.
3. разработаны алгоритмы работы с пациентами, скрининга и диагностики СДС;
4. по результатам скрининга формируется профилактически-лечебный план ведения пациента (индивидуальная карта маршрутизации);
5. по результатам стационарного лечения формируется план объема и сроков наблюдения;
6. разработан чек-лист наблюдения после оперативного лечения.

Результаты практической деятельности

1. Снизилось среднее время пребывания на койках профильных хирургических отделений пациентов с СДС – с 14,1 до с 9,2 койко-дней (в среднем на 4,9 койко-дня).
2. Количество высоких ампутаций у пациентов с СДС снизилось на 50 %, отмечено незначительное увеличение малых ампутаций (+6 %) за счет увеличения числа эндоваскулярных хирургических вмешательств у пациентов с СДС с 31 до 171 (на 530 %) (за период с 2018 по 2019 год).

3. Предоперационный койко-день при лечении пациентов с СДС снизился с 3,3 до 1,4 (в среднем на 2 дня) за счет активной работы амбулаторного звена.
4. Снижена летальность пациентов с СДС в отделении гнойной хирургии с 5,8 до 4,5.
5. Продолжается динамический мониторинг в Центре диабетической стопы 358 (69 %) пациентов прошедших скрининг.

Пиголкин Ю. И.¹, Шигеев С. В.¹, Золотенкова Г. В.¹

¹ ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы»

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ

Цель исследования: разработка методов диагностики биологического возраста человека на основе характеристики морфологических изменений кожи, хрящевой и костной тканей с использованием методов машинного обучения.

Научная новизна.

Научной новизной является комплексный подход, базирующийся на использовании различных интеллектуальных методов обработки информации и последующем совокупном анализе получаемых данных.

Впервые на основании комплексного подхода в рамках теории функциональных систем на основе учений о тождестве и дифференциации сформулировано новое научное направление: судебно-медицинское определение возраста при идентификации личности при ЧС с массовыми человеческими жертвами. Научно обоснована теория цифровой судебно-медицинской диагностики возраста. Выявлены общие закономерности развития и показаны некоторые отличия возрастной адаптации различных тканей и органов, включающие явления гетерохронии, гетеротопии и гетерогенности. Гомеорезис тканей и органов (хрящевой, костной, нервной ткани, кожи, микроциркуляторного русла головного мозга, сосудисто-нервного аппарата спинного мозга) осуществляется на принципах иерархичности, кооперирования, дополнительности и дискретности.

Впервые в проведенном исследовании алгоритмы машинного обучения были успешно использованы для поиска закономерностей, скрытых корреляций полученных данных, характеризующих возрастную морфологию исследованных объектов.

Полученные результаты расширяют и углубляют представления о происходящих морфологических (гистоморфологических) изменениях, их закономерностях.

На основании проведенных исследований, базирующихся на комплексном подходе объективизированы биологические маркеры возраста. Определена иерархия значимости признаков при проведении судебно-медицинских идентификационных исследований по установлению возраста.

Впервые в судебной медицине для решения задачи диагностики возраста идентифицируемого объекта используются методы машинного обучения, впервые на основе комплексного подхода с адресным применением цифровых технологий произведено комплексирование и кооперирование разнородной и сложно структурированной информации о возрастных изменениях различных тканей и органов.

Впервые научно обоснованы и сформулированы научные требования комплексной с использованием ММО методики судебно-медицинской оценки возраста, обеспечивающие достоверность и воспроизводимость экспериментальных данных, возможность их сравнительного количественного анализа.

Результаты исследований позволяют определить направление дальнейших исследований: совершенствование методов количественной возрастной морфологии, молекулярной аутопсии, цифровых технологий и формирования концепта технологической базы для регистрации идентификационных биологических признаков.

Заключение.

В своей работе для анализа комплекса признаков мы использовали алгоритмы, позволяющие изучать нелинейные зависимости, например, SVM с правильно подобранным ядром, деревья решений и основанные на них методы, такие как Random Forest или Catboost. Для визуализации подобных данных методы t-SNE и UMAP работают ожидаемо лучше классических методов, таких как, например, PCA, используемого в аналогичных работах и показавшего ощутимо менее информативный результат (точность классификации +/- 30 лет) (Buk Z., Kordika P., Bruzek J. et al. 2012).

Использование современного метода UMAP в совокупности с уже зарекомендовавшим себя ранее t-SNE позволило нам получить более точные результаты: определение заданной возрастной группы со средней точностью до 87 %. Данный результат подтверждает эффективность использованных в работе алгоритмов (SVM, GNB, HC, Random Forest, методы множественного обучения или нелинейного снижения размерности: алгоритмы t-SNE и UMAP) для решения подобного рода задач – классификации данных для судебно-медицинской диагностики возраста.

Эффективность работы алгоритмов зависит от количества признаков. В целом, при наличии 25–30 уже достигается максимальная точность. Далее точность резко падает до линейных или почти линейных классификаторов. При этом деревья решений продемонстрировали способность самостоятельно отбирать признаки в процессе работы. В независимости от количества они выбирают самые информативные. Подобное обстоятельство подтверждает преимущество использования данного алгоритма для нашей целевой задачи.

Наши исследования показали, что сокращение признаков пространства является необходимой мерой и не приводит к потере качества классификации. Из всех рассмотренных в данной работе классификаторов алгоритм случайного леса (Random Forest) продемонстрировал перспективность дальнейшего использования для решения задач установления возраста в судебно-медицинской экспертной практике. Максимальная точность и достоверность конечного результата достигалась при комплексной оценке возрастных изменений различных тканей и органов: построение алгоритмов по объединенной базе.

Проведенное исследование позволило сформировать с помощью методов интеллектуального анализа набор наиболее информативных гистоморфометрических признаков возрастных изменений и создать цифровую базу данных – ключевой модуль программно-аппаратного комплекса, которая представляет собой конструктивную основу для накопления и систематизации данных при судебно-медицинской оценке возраста. Формирование списка информационно значимых признаков позволяет унифицировать последующие научные исследования в области возрастной морфологии и тем самым расширять «тренировочный» массив данных для построения прогнозов. Ведь именно сложный массив данных (огромное количество разнообразных признаков) при малом числе наблюдений является главным сдерживающим моментом активного внедрения ММО в медицину.

Разработанная судебно-медицинская методика диагностики возраста с использованием современных интеллектуальных методов обработки информации значительно расширяет доказательную базу, сокращает затраты временных ресурсов экспертов на процесс определения возрастной группы индивида, предоставляя соответствующий инструментарий для поддержки принятия решения, позволяющий определять возрастную группу со средней точностью до 87 %.

Изучение возрастных особенностей органов и тканей с помощью кластеризации цифровых значений позволяет уточнить границы возрастных интервалов.

Полученные результаты продемонстрировали эффективность использования ММО не только для решения задачи установления возраста, но и целесообразность вовлечения искусственного интеллекта в область судебно-медицинских научных знаний. В проведенном исследовании алгоритмы машинного обучения были успешно

использованы для поиска закономерностей полученных данных о возрастной морфологии исследованных объектов. Данный аспект отражает обоснованность использования ММО для научно-исследовательских целей, в том числе и для поиска скрытых корреляций.

Возрастные изменения изученных тканей и органов, генетически детерминированные интенсивностью функционирования и реализацией приспособительных механизмов, имеют общие закономерности: наличие стадий развития (созревания), стабилизации, инволюции и некоторые отличия, изучение которых посредством интегральной оценки морфометрических признаков методами интеллектуального анализа позволяет установить границы возрастных интервалов с максимальной выраженностью возрастных изменений:

- хрящевая ткань – до 19 лет, от 20 до 35 лет, 36–50 лет, старше 60 года;
- костная ткань – до 18 лет, 18–30 лет, 30–50 лет, старше 50 лет;
- кожа – до 16 лет, 30–60 лет (30–40 лет; 40–50 лет; 50–60 лет), старше 75 лет.

На основании проведенного сравнительного анализа методов машинного обучения для решения задач судебно-медицинской экспертизы по установлению возраста был произведен отбор алгоритмов (деревья решений и их модификации) и доказана их высокая эффективность.

С помощью методов интеллектуального анализа проведен отбор наиболее информативных признаков возрастных изменений, сформирована цифровая база - ключевой модуль программно-аппаратного комплекса, которая представляет собой конструктивную основу для накопления и систематизации данных при судебно-медицинской оценке возраста.

На основании выполненных научных исследований предложен обобщенный алгоритм решения задачи расчета биологического возраста и разработана структурно-функциональная организация программно-аппаратного комплекса.

Разработанная судебно-медицинская методика диагностики возраста с использованием современных интеллектуальных методов обработки информации значительно расширяет доказательную базу, сокращает затраты временных ресурсов экспертов на процесс определения возрастной группы индивида, предоставляя соответствующий инструментарий для поддержки принятия решения, позволяющий определять возрастную группу с 10-летним интервалом со средней точностью до 87 %. Она может применяться в условиях, частично искаженных и неполных данных, дистанционно, в online-режиме.

Погонин А. В.¹, Верткин А. Л.², Зайратьянц О. В.², Володарский Д. К.³, Завьялов В. В.², Кебина А. Л.²,
Кнорринг Г. Ю.², Носова А. В.², Романенко И. И.², Сычева А. С.²

¹ ГБУЗ «ГКБ им.С. И. Спасокукоцкого ДЗМ»

² ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России»

³ РОО «Амбулаторный врач»

СИСТЕМА ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Актуальность

- Опыт многолетнего сотрудничества стационара и кафедры, образовательные разработки коллектива позволили сформировать методологию амбулаторного приема, основанного на реальных потребностях первичного

звена: раннее выявление, лечение и профилактику социально значимых заболеваний, являющихся основной патологией, определяющей высокую инвалидность и смертность, а также алгоритмы диагностики «популярных» симптомов и синдромов, ведение больных с неотложными состояниями в клинике внутренних болезней, в том числе в период коронавирусной инфекции.

В период вынужденной изоляции, вызванной пандемией дистанционные технологии явились единственным инструментом в непрерывном профессиональном образовании врачей, которое и было организовано и обеспечено простым доступом авторским коллективом.

Новизна

В период пандемии в короткие сроки авторским коллективом ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого и МГМСУ им. А. И. Евдокимова создана уникальная образовательная инфраструктура для современного многофункционального интерактивного дистанционного обучения врачей первичного звена, ключевым элементом которого являются системные знания, необходимые для первичного звена здравоохранения.

Результаты работы

Методические результаты

Разработан и апробирован единый методический подход к дополнительному дистанционному образованию врачей первичного звена.

Собран и продолжает пополняться уникальный опыт методики работы врача в условиях пандемии с учетом уникальных патоморфологических данных.

Участники авторского коллектива выиграли грант президентских программ на создание клинико-морфологического электронного атласа «COVID-19 и его последствия», который содержит научно обоснованную и постоянно обновляемую информацию по амбулаторному ведению, реабилитации и профилактике осложнений соматических больных не менее 8 групп основных заболеваний, перенесших коронавирусную инфекцию, включая коморбидных пациентов.

Разработана и внедряется компьютерная скрининговая программа для поликлиник «Помощник терапевта» для раннего выявления хронических заболеваний <https://www.gippocrate.ru/>. Создается национальное руководство по амбулаторной терапии.

Начала работу онлайн-школа «Амбулаторный врач» <https://edu.ambulatory-doctor.ru/>. Разработана и внедряется уникальная дистанционная образовательная программа «Гиппократ» продолжительностью 188 академических часов – это систематическое изложение современной амбулаторной терапии в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Московский акселератор

В период возобновления традиционного обучения планируется проведение очно-заочных мероприятий для врачей первичного звена.

Подкосов О. Д.¹, Казахмедов Р. М.¹, Осташенко В. М.¹, Алиев М. М.¹, Крестников А. Н.¹,
Божанов В. А.¹

¹ ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ

Новизна и оригинальность

В данной работе представлен самый большой в России опыт лечения пациентов с посттравматическим остеомиелитом с использованием алгоритмов и протоколов двухэтапного метода, разработанных в Боткинской больнице.

Результаты работы: лечебный уровень

В ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина разработан и применяется в течение последних 5 лет уникальный современный двухэтапный способ лечения остеомиелита костей конечностей с дефектами с применением локальной антибактериальной терапии. Этот способ позволяет добиться полной эрадикации патогенных микроорганизмов из костной ткани и восстановить целостность кости.

Принципы двухэтапного метода лечения остеомиелита костей с дефектами.

1 этап – радикальное удаление остеомиелитического очага и замещение костного дефекта цементным антибактериальным спейсером. В случае, если костный дефект с сохранением стенок, применяется антибактериальный спейсер в виде бус, при наличии сегментарного дефекта кости устанавливается блоковидный спейсер.

2 этап – удаление спейсера и комбинированная костная пластика (антибактериальный синтетический костный материал и аутогенный губчатый костный трансплантат). Для фиксации кости при сегментарных дефектах используется погружной или наружный остеосинтез в зависимости от состояния кожных покровов.

Двухэтапный способ лечения основывается на том, что цементный антибактериальный спейсер костного дефекта не только выполняет санирующую функцию, но и подготавливает «плацдарм» для костной пластики, так как образующая вокруг спейсера мембрана предотвращает резорбцию костного трансплантата и осуществляет транспорт биологически активных веществ.

Были изучены ранние и отдаленные результаты лечения пациентов, проведено сравнение с группой пациентов, у которых не применялся двухэтапный метод лечения.

У больных с хроническим остеомиелитом и костными дефектами, у которых применялся двухэтапный метод лечения, практически не наблюдалось рецидива инфекции в течении 3–5 лет в отличие от пациентов, к которым применялись паллиативные и нерадикальные методики лечения.

Заключение: Двухэтапный способ лечения остеомиелита костей с костными дефектами является операцией выбора, может стать золотым стандартом при лечении одной из самых сложных пациентов с гнойной хирургической патологией – инфекцией костей. Метод позволяет добиться стойкой ремиссии инфекционно-воспалительного процесса, избежать инвалидизации и социальной изоляции пациентов.

Потекаев Н. Н.¹, Жукова О. В.^{1,3}, Новожилова О. Л.¹, Мельниченко О. О.¹, Миченко А. В.¹,
Кочетков М. А.¹, Томилин А. А.¹, Фриго Н. В.¹, Микрюков А. В.¹

¹ ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»

² ФДПО ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

³ ФГАОУ ВО «РУДН»

РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ПО ЭФФЕКТИВНОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ И ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ И ДРУГИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ

Цель работы: разработка и реализация мероприятий, направленных на раннее выявление меланомы кожи и других злокачественных новообразований кожи в рамках оказания медицинской помощи пациентам в условиях крупного мегаполиса г. Москвы.

Материалы и методы. Материалами, использованными в работе, явились:

- нормативные документы (приказы, распоряжения) ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», объединенные в единый управленческий механизм, на основе которого была создана «Организационная модель по эффективному выявлению и диагностике меланомы и других злокачественных новообразований кожи у жителей города Москвы»;
- данные отчетных форм ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», в том числе: «Отчет кабинета профилактики злокачественных новообразований кожи», «Отчет о работе Центра неинвазивной диагностики кожи (ЦНДК)», а также сведения о пациентах, направленных из ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ».

Новизна, оригинальность. На основе уникального, разработанного и внедренного на базе МНПЦДК ДЗМ управленческого механизма впервые в России создана региональная «Организационная модель по эффективному выявлению и диагностике меланомы и других злокачественных новообразований кожи у жителей города Москвы». Модель представляет собой систему скрининга и верификации меланомы кожи и других ЗНК с помощью комплекса инновационных неинвазивных (аппаратная фото- и видеодерматоскопия, высокочастотное ультразвуковое исследование кожи, люминесцентное сканирование, запатентованные в качестве полезных моделей аппаратно-программные комплексы цифровой фотометрии), инвазивных (патоморфологическое исследование) технологий и телемедицины (удаленное взаимодействие с узкопрофильными специалистами в Москве, России, а также в странах ближнего и дальнего зарубежья).

Преимущества:

- существенное повышение выявляемости меланомы кожи на I и II стадиях
- предотвращение метастазирования опухоли во внутренние органы
- улучшение прогноза и качества жизни пациентов
- предупреждение инвалидизации и смертности от онкологических заболеваний в городе Москве
- значительное снижение расходов средств госбюджета на комплекс лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий

Исследования проведены в рамках:

- комплексной программы Департамента здравоохранения города Москвы «Научное обеспечение медицинской помощи» на 2017–2019 годы, тема НИР «Разработка и внедрение в московское здравоохранение инновационных методов и подходов к профилактике, диагностике и терапии заболеваний кожи и подкожно жировой клетчатки»;
- программы ДЗМ «Научное обеспечение столичного здравоохранения» на 2020–2022 годы, тема НИР «Диагностика, лечение, тактика ведения пациентов с заболеваниями кожи и подкожно жировой клетчатки, новообразованиями кожи. Внедрение полученных результатов в московское здравоохранение».

Результаты работы: организационный уровень

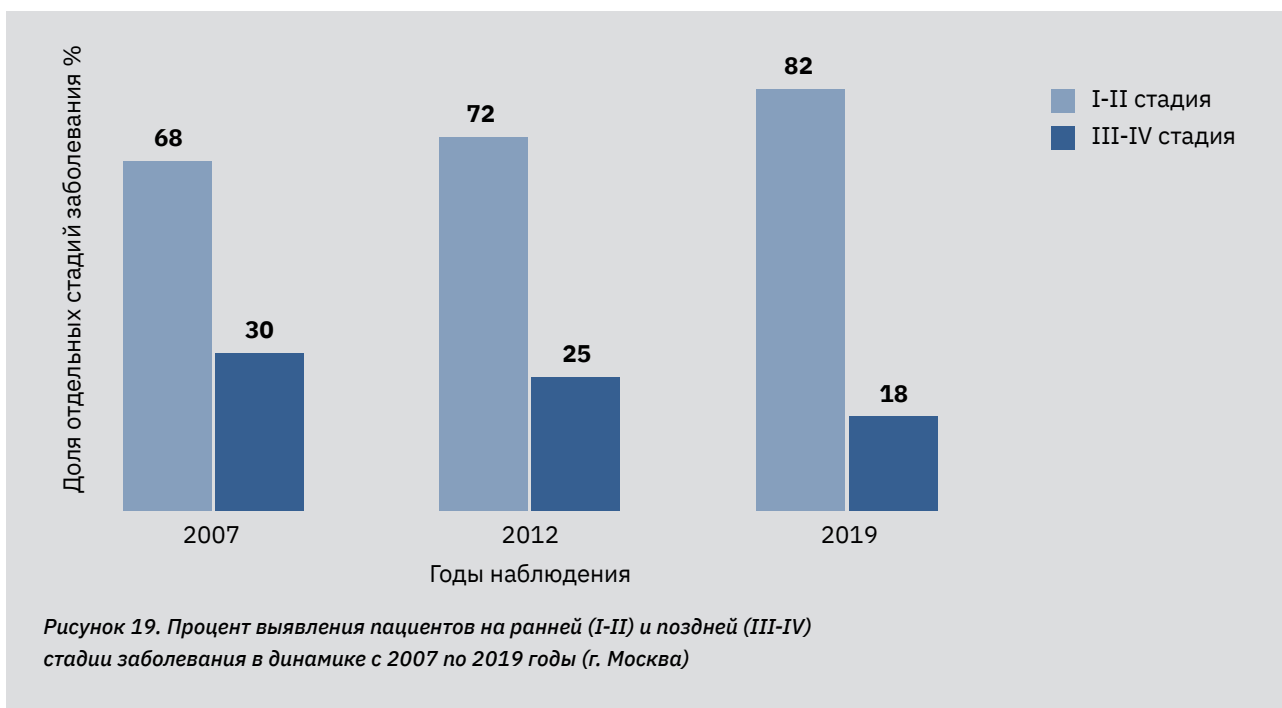
В рамках реализации обозначенных выше задач по борьбе с онкологическими заболеваниями в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» была осуществлена разработка и реализация организационной модели по эффективному выявлению и диагностике меланомы и других злокачественных новообразований кожи у жителей города Москвы.

«Дорожная карта» проекта включала ряд этапов.

- Первый этап – подготовительный – разработка нормативно-правовой документации (2018–2019 гг.).
- Второй этап – Организация работы «Кабинетов профилактики ЗНК» и «ЦНДК». Запуск пилотного проекта в части дистанционного консультирования пациентов с подозрением на ЗНК (2019 г.). Разработка «Организационной модели по эффективному выявлению и диагностике меланомы и других злокачественных новообразований кожи у жителей города Москвы».
- Третий этап – подведение итогов реализации «Организационной модели» (промежуточных и долгосрочных) (2019–2022 гг.).
- Четвертый этап – внедрение системы дистанционного консультирования пациентов во всех филиалах ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» (2020–2022 гг.).
- Пятый этап – анализ результатов внедрения «Организационной модели». Разработка предложений по дальнейшему совершенствованию медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи (2022–2023 и последующие годы).

Заключение

В результате проводимых мероприятий, направленных на предотвращение распространения злокачественных новообразований кожи и их раннее выявление, с 2007 по 2018 годы в городе Москве отмечена явная позитивная тенденция к раннему выявлению меланомы кожи, и если в 2007 году процент пациентов, выявленных на ранних (I–II) стадиях заболевания составлял 68 %, то в 2019 году – уже 82 % (рис. 19).



К этому следует добавить, что если с 2007 по 2012 год (5 лет) доля пациентов, выявленных на ранних (I–II) стадиях заболевания, повысилась на 5,7 %, то в последующий период, с 2012 по 2019 год (7 лет), – уже на 14 % (т. е. в 2,5 раза), в чем большую роль сыграло образование в 2011 году Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии, активная позиция руководства и сотрудников Центра в отношении раннего выявления новообразований кожи у жителей города Москвы и разработка модели организации оказания медицинской помощи пациентам в учреждении дерматологического профиля.

Таким образом, в настоящий момент в Москве создана и успешно функционирует «Организационная модель по эффективному выявлению и диагностике меланомы и других злокачественных новообразований кожи у жителей города Москвы».

Модель позволяет реализовать комплекс скрининговых, диагностических и образовательных мероприятий, направленных на раннее выявление злокачественных новообразований кожи, включая меланому, способствует снижению случаев гипердиагностики злокачественных новообразований кожи за счет экспертного консультирования сложных случаев в Центре неинвазивной диагностики кожи, обеспечивает повышение квалификации врачей-дерматовенерологов.

Разработанная, внедренная в московское здравоохранение и успешно реализуемая благодаря своевременному выявлению злокачественных новообразований кожи модель позволяет снизить показатели заболеваемости ЗНК среди населения города Москвы, улучшить прогноз жизни пациентов и обеспечить существенную экономию средств ОМС благодаря значительному уменьшению направления непрофильных пациентов в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «онкология». Кроме того, за счет раннего выявления меланомы кожи экономятся средства, затрачиваемые на лечение пациентов с меланомой кожи 3–4 стадий заболевания.

На основе результатов, полученных при реализации представляемой «Организационной модели», проект планируется внедрить на Федеральном уровне.

ИННОВАЦИОННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ СС И НМП ИМ. А. С. ПУЧКОВА КАК МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РАЗВИТИЮ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Новизна проекта и опыт других медицинских организаций города Москвы

Исходя из более чем годовой практики применения системы перманентного обучения медицинских работников на Станции, считаем целесообразным и необходимым поделиться опытом разработки и внедрения нашего проекта. Приводимая информация может быть полезна руководителям медицинских организаций, профессионалам медицинского менеджмента, специалистам в области организации здравоохранения и медицинского образования.

С момента начала разработки проекта и до настоящего времени нам не удалось встретить сообщений, так или иначе освещающих подобного рода практики крупных медицинских организаций как города Москвы, так и страны.

Необходимо отметить, что представленный нами проект основан на классических образовательных системах, методиках и технологиях – образовательных программах, на которых выросло не одно поколение медиков, интегрированных с современными образовательными технологиями – обучающих мероприятиях различных форматов, базирующимися на современных образовательно-информационных платформах с дистанционным обучением и симуляционными техниками.

Тем не менее, составляющий суть проекта комплекс апробированных и широко применяемых на практике образовательных методик, технологий и инструментов в примененном нами сочетании и с показанным уровнем вовлеченности сотрудников медицинской организации является, на наш взгляд, в определенной мере инновационным.

Необходимо отметить особую роль внедренной за 2019-й год системы перманентного обучения с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в период работы Станции в условиях распространения новой коронавирусной инфекции. Это и оперативное информирование медицинских работников, эффективное доведение до специалистов актуальных тематических материалов, сопровождение изменений в технологиях работы, а также участие элементов образовательной инфраструктуры в управленческих административных процедурах и процессах Станции.

Еще раз отметим, что нам не удалось встретить публикаций, содержащих аналогичные комплексные практики кадрового и системного менеджмента в крупных медицинских организациях. Затруднимся также привести примеры медицинских организаций как московского региона, так и страны в целом, где образовательная активность сотрудников была бы сведена в единую систему, обладающую в равной степени гибкостью образовательных технологий, широтой охвата и значительным спектром предлагаемых возможностей, так и возможностями влиять на эффективность управления медицинской организацией в целом, особенно в сложившихся в текущем году условиях.

Содержание проекта и результаты внедрения на организационном уровне

Конфигурация организационных и образовательных мероприятий и инструментов Станции развернута на базе медицинской организации, осуществляющей обучение, то есть в организации, имеющей действующую лицензию на осуществление образовательной деятельности, и осуществляющей ее в качестве дополнительного вида деятельности.

В СС и НМП им. А. С. Пучкова создано соответствующее структурное подразделение – учебно-организационный отдел, к числу функций которого, помимо непосредственного осуществления образовательной деятельности, относится планирование (совместно с кадровой службой) регулярного повышения квалификации медицинских работников, а также поддержка специалистов СС и НМП им. А. С. Пучкова, добровольно вступивших в модель отработки основных принципов непрерывного медицинского и фармацевтического образования и планирующих переход на обучение в формате НМО.

Получение медицинскими организациями, в частности в городе Москве, лицензий на образовательную деятельность, демонстрирует сложившуюся практик смещения медицинского, а точнее дополнительного медицинского образования (сферы, где, как ни в какой другой, уникальна роль практического обучения), в сторону медицинских и научных медицинских организаций разной формы и ведомственной принадлежности.

Система обучения СС и НМП им. А. С. Пучкова спроектирована и разработана как система мер для обеспечения непрерывного повышения уровня профессиональной компетенции медицинского персонала Станции посредством предоставления возможности поэтапного и (или) одновременного освоения различных видов образовательных программ и курсов, модулей и мероприятий, приобретение профессиональных знаний, умений, навыков, с учетом имеющихся образования, квалификации, опыта практической деятельности.

Разумовский А. Ю.^{1,2}, Чубарова А. И.^{1,2}, Траубе М. А.¹, Алхасов А. Б.^{2,3}, Митупов З. Б.^{1,2},
Степаненко Н. С.^{1,2}, Ситникова М. И.¹, Мартынова Н. А.¹, Нагорная Ю. В.^{1,2}

¹ ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

³ ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России»

ЛЕЧЕНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

На большом клиническом материале в рамках одного медицинского учреждения проведен комплексный анализ применения различных способов закрытия ОАП у детей. Разработана и внедрена в практику технология минимально инвазивного клипирования ОАП у недоношенных новорожденных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела, в условиях отделения реанимации. Разработан и внедрен в практику оригинальный набор инструментов для клипирования ОАП у недоношенных новорожденных детей. Проанализированы непосредственные результаты клипирования ОАП у недоношенных новорожденных. Проанализированы результаты торакоскопического клипирования ОАП у детей. Разработан дифференцированный подход в лечении детей с ОАП в зависимости от тяжести состояния и массы тела пациента.

Материалы и результаты работы

В ДГКБ им. Н. Ф. Филатова хирургическое лечение ОАП у недоношенных новорожденных и грудных детей проводится с 2002 года. Для этого была разработана технология клипирования артериального протока через мини-тоработомию с внеплевральным доступом в условиях отделения реанимации.

Всего за период с 2002 по 2019 год выполнено 370 операций. Для анализа выборочным методом отобрано 92 пациента.

Все пациенты находились в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Сразу после рождения большинство из них имели выраженную клинику респираторного дистресс-синдрома и недостаточности кровообращения, в связи с чем были интубированы и переведены на аппаратную вентиляцию легких в течение первых суток жизни и находились на ней вплоть до момента проведения операции (n=83; 90,2 %).

Медиана гестационного возраста составила 28,0 недель (Q1-Q3: 27,0–30,0 недель). Медиана массы тела при рождении составила 1160,0 г (Q1-Q3: 935,0–1380,0 г). Минимальная масса тела при рождении – 620 г.

К моменту операции основную часть составили пациенты с очень низкой массой тела – 51 ребенок (55,4 %), в возрасте от 11 до 20 дней – 41 ребенок (44,6 %). Минимальный вес составил 700 г. Медиана массы тела – 1293,5 г (Q1-Q3: 1062,5–1614,3 г); медиана возраста – 17,0 дней (Q1-Q3: 12,3–26,8).

Русинова Д. С.^{1,2}, Глазкова Г. П.¹, Вайсман Р. Л.¹

¹ ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ В ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Цель работы – анализ методов организации работы детской поликлиники в период повышенной готовности.

Задачи:

1. описать этапы внедрения пошаговых алгоритмов для всех сотрудников поликлиники в период пандемии COVID-19;
2. показать эффективность каждого управленческого решения;
3. систематизировать накопленный опыт;
4. рассказать о новых дистанционных методах работы в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ».

Актуальность

Пандемия COVID-19 затронула всех и каждого, заставив организовать многие процессы иначе для достижения определенного результата, а именно – качественного оказания медицинской помощи детям, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, новые управленческие решения и утверждение пошаговых алгоритмов работы медицинской организации в целом.

В феврале 2020 г., когда инфекция была еще недостаточно изучена, врачи опирались лишь на опыт Китая, а в отношении детей практически не было никаких данных, приходилось накапливать собственный опыт и ориентироваться на алгоритмы работы взрослой амбулаторно-поликлинической сети.

Временные методические рекомендации Минздрава «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» впервые вышли 29.01.2020 г., где детям был посвящен небольшой раздел с общей информацией. Особенности обследования, лечения и наблюдения детей впервые были описаны в методи-

ческих рекомендациях Минздрава «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей» 24.04.2020 г. Вторая версия данного документа появилась 03.07.2020 г., где уже был систематизирован первый накопленный опыт лечения COVID-19 у детей в России, предложены более четкие алгоритмы обследования детей, уточнены критерии тяжести инфекции у детей и принципы терапии. В подготовке данных методических рекомендаций участвовали сотрудники ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ», которые представили свой опыт наблюдения за детьми, перенесшими новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

В приказе № 455 Департамента здравоохранения Москвы от 22.05.2020 г. (изменения к приказу № 488 от 05.05.2020 г.) были даны короткие пояснения по алгоритму работы педиатрической амбулаторной службы. В июне 2020 г. Приказы № 603 и № 644 Департамента здравоохранения Москвы более подробно разъяснили протоколы наблюдения и обследования несовершеннолетних, в том числе с пневмониями.

Таким образом, сложная ситуация с новой неизученной инфекцией и отсутствие единых алгоритмов для детских поликлиник на начальном этапе мобилизовала всех сотрудников ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» для достижения целей, поставленных ДЗМ. На основании алгоритмов, утвержденных Минздравом РФ и Департаментом здравоохранения Москвы, в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» были разработаны и применены на практике эксклюзивные решения проблем и методы управления персоналом.

Новизна и оригинальность проблемы

В данном исследовании представлен опыт организации работы ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 и предложения по использованию полученных навыков и алгоритмов для работы не только в период повышенной готовности, но и в обычной работе поликлиники.

ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» уже в апреле 2020 г. представила первые систематизированные данные по детям с COVID-19, а также особенности организации работы поликлиники в период пандемии, которые были опубликованы в журнале «Педиатрическая фармакология» № 2, том 17, 2020 г.

В период пандемии COVID-19 наряду с организацией медицинской помощи детям с новой коронавирусной инфекцией в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» достигнуты высокие показатели по оцифровке ЛУД и вакцинации.

Заключение

1. В период повышенной готовности в кратчайшие сроки был перераспределен функционал сотрудников, разработаны алгоритмы работы, способствующие оптимизации внутренних процессов и повышению качества оказания медицинской помощи.
2. С учетом пошагового контроля действий всех групп сотрудников оптимизированы штатное расписание и порядки работы каждого подразделения ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ».
3. Проведен детальный анализ охвата вакцинацией прикрепленного населения на начало 2020 г. и оптимизированы процессы по внесению данных в систему «ЕМИАС», выработаны алгоритмы сбора данных по вакцинации пациентов и их контроля.
4. Организованы индивидуальные и групповые дистанционные занятия по лечебной физкультуре, которые внедрены в повседневную работу поликлиники.

Сахаров Г. Ю.¹, Глоба И. В.², Горностаев Д. В.¹

¹ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ»

²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России»

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДОВ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Актуальность

Патология сердечно-сосудистой системы в структуре ВС занимает ведущие позиции, составляя 3/4 всех причин смерти. Судебно-медицинская экспертиза случаев внезапной смерти изучена достаточно широко у лиц старше 45 лет, значительно меньше данных по возрастной группе от 0 до 18 лет. Судебно-медицинская диагностика причин ВС у лиц молодого возраста затруднена в связи отсутствием патологии сердца и сосудов, выявляемых при жизни, со скудностью макроскопической картины, полученной на вскрытии. Морфологическое описание магистральных сосудов и артерий среднего и малого калибра при ВС ЛМВ носят единичный характер, а патоморфологические изменения слоев сосудистой стенки и их изменения в зависимости от анатомо-топографической локализации практически отсутствуют.

Цель исследования: разработка подходов в комплексной оценке сосудов различного диаметра при внезапной смерти лиц молодого возраста для определения причины смерти.

Научная новизна работы. Впервые дана эпидемиологическая характеристика внезапной смерти лиц молодого возраста, проведен анализ причин ВС, усовершенствована методика судебно-медицинского исследования при ВС ЛМВ. Проведены комплексные исследования морфологии слоев сосудистой стенки при ВС ЛМВ. Выявлены системные и структурные изменения слоев стенки сосудов различного калибра в зависимости от анатомо-топографической локализации. Установлена взаимосвязь морфологических изменений сосудов с конституциональными особенностями строения тела при ВС ЛМВ. Впервые выполнены исследования сосудистой стенки современными иммуногистохимическими методами, установлены особенности морфофункциональных изменений сосудов в зависимости от слоя стенки артерии, ее калибра и топографии.

Симонова А. В.¹, Егоров В. И.¹, Горенков Р. В.^{1,2}

¹ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского»

² ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»

НОВЫЕ АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБИОТЫ ГЛОТКИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ МИКРОБНЫХ МАРКЕРОВ

Цель исследования: разработка и внедрение нового алгоритма лечения хронического фарингита с частыми обострениями на основе определения состава и уровня микроорганизмов глотки, полученных с помощью масс-спектрометрии микробных маркеров.

Новизна работы

Впервые при хроническом фарингите с частыми обострениями применен современный метод оценки микробиоты глотки с помощью масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ).

Выявлены следующие изменения клинически значимых показателей при проведении МСММ:

- снижение (нарушение) местной резистентности в виде изменения уровня нормофлоры (бифидо- и лактобактерий), повышения суммарного содержания микроорганизмов;
- активизация (увеличение содержания) патогенной и условно-патогенной микрофлоры, включая вирусы, грибы, повышение уровня эндотоксинов – наличие сочетанного нарушения местного биоценоза глотки;
- наличие высокого уровня микроорганизмов в глотке, характерных для кишечной микробиоты (клубки, энтерококки, грамм-отрицательные бактерии, кампилобактер) у 100 % пациентов с ХФ с частыми обострениями;
- впервые выявлен комплекс клинически значимых маркеров микроорганизмов, определяющих тяжесть течения и неблагоприятный прогноз при ХФ с частыми обострениями.

Впервые использование клинически значимых параметров, получаемых с помощью МСММ, позволило разработать алгоритм персонализированного эффективного лечения ХФ с частыми обострениями.

Практическая значимость работы и внедрение.

На основе полученных данных о состоянии микробиоты глотки разработан и внедрен высоко эффективный персонализированный подход к лечению пациентов с частыми обострениями ХФ, ранее резистентных к проводимой терапии. Эффективность лечения ХФ с частыми обострениями на основе данных МСММ была получена у 940 пациентов: 500 человек, проходивших лечение в медицинском холдинге «СМ-Клиника» (г. Москва), 300 пациентов – в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва и Московская область), 140 пациентов – в других медицинских учреждениях г. Москвы: в консультативном неврологическом центре Института психоанализа, в Институте психиатрии, на кафедре нервных болезней Первого МГМУ им И. М. Сеченова.

Заключение

Масс-спектрометрия микробных маркеров (МСММ) позволяет в короткое время (через 3 часа после доставки биоматериала в лабораторию) одновременно получить сведения о состоянии микробиоты (составе и содержании

57 видов микроорганизмов) носоглотки пациентов с частыми обострениями хронического фарингита. На основании выявленных значимых лабораторных маркеров предложен, апробирован и внедрен в практическое здравоохранение Москвы новый высоко эффективный персонализированный алгоритм лечения хронического фарингита с частыми обострениями.

Полученные результаты показали, что перспективно использование настоящей технологии и при коморбидных патологиях: мигрени, головных болях, сочетании хронического фарингита с депрессивными расстройствами, шизофренией; с частыми ОРВИ, хроническим тонзиллитом, синуситом у детей и взрослых; с нарушением психо-речевого развития, аутистическим спектром поведения у детей.

Соколов В. В.¹, Коков Л. С.^{1,2}, Редкобородый А. В.¹, Рубцов Н. В.^{1,3}, Черная Н. Р.¹, Пархоменко М. В.¹, Муслимов Р. Ш.¹, Хуцишвили Л. Г.¹, Баяндин Н. Л.⁴, Васильев К. Н.⁴, Давыдов П. А.⁵

¹ ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»

³ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

⁴ ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О. М. Филатова ДЗМ»

⁵ ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова ДЗМ»

РАЗРАБОТКА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ АОРТЫ

Цель работы: разработка и внедрение более сложных технологий в лечении острого расслоения аорты, направленных на существенное улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения этой многоликой и жизнеугрожающей патологии.

Научная новизна исследования

Впервые в московском здравоохранении актуализирована проблема комплексного и полноценного, но вместе с тем экстренного и срочного лечения пациентов с острой патологией аорты. Разработаны и внедрены сложные хирургические вмешательства с остановкой кровообращения на сроки до 2 часов, а также малоинвазивные эндоваскулярные, гибридные и этапные методы лечения, позволяющие в кратчайшие сроки выполнить комплексное лечение всей патологии аорты, конечной целью которого является как спасение жизни пациента, так и его полная реабилитация. На основании внедрения данных технологий, разработаны дорожные карты маршрутизации и тактики лечения пациентов, осуществлен пересчет тарифов ОМС на оплату лечения пациентов с острой патологией аорты.

Теоретическая и практическая значимость работы

Внедрение предложенных разработок существенно повысило доступность оказания помощи пациентам с острой патологией аорты, а также значимо уменьшило сроки от начала заболевания до высокоспециализированного высокотехнологичного лечения (70 % пациентов прооперированы в первые сутки от появления клинической симптоматики).

Применение выбранной тактики лечения пациентов с острой патологией аорты позволило снизить госпитальную летальность с 74,9 до 8,3 %, а частоту необходимости повторных вмешательств – до 7 %.

Комплексный подход, направленный на коррекцию патологии всей аорты, позволил полностью реабилитировать и вернуть к трудоспособности более 85 % пациентов.

Результаты

Общий уровень госпитальной летальности составил 8,3 %. При этом после операций проксимальной реконструкции уровень летальности достигал 13,8 %, дистальной – 2,8 %. До внедрения вышеописанных методик уровень госпитальной летальности соответствовал мировым данным, описанным в литературе, и достигал 74,9 % в группе пациентов с расслоением проксимальных отделов аорты и 45 % – с дистальным.

Появление в московском здравоохранении отделения, круглосуточно оказывающего экстренную помощь пациентам с острой патологией аорты, повысило доступность данного вида помощи и уменьшило сроки ее ожидания: 72,9 % пациентов получили высокоспециализированное лечение в течение первых суток от развития клинической симптоматики. Это указывает на то, что в течение 24 часов от развития симптомов заболевания пациентам был верно установлен диагноз, они были правильно маршрутизированы в центр, обладающий возможностями хирургического, эндоваскулярного и гибридного лечения, а также отделение готово в круглосуточном режиме к оказанию подобного вида помощи.

Широкое внедрение новых технологий, в частности эндоваскулярного и гибридного лечения, поставило вопрос о необходимости пересмотра медико-экономических стандартов лечения пациентов, что было выполнено сотрудниками отделения. Действительно реальные затраты на комплексное лечение пациента с острой патологией аорты не покрывались существующими тарифами ОМС. Сотрудниками отделения полностью описан процесс лечения пациента с острой патологией аорты, соответствующие документы направлены в Департамент здравоохранения г. Москвы и Московский территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Накопление опыта оказания круглосуточной помощи пациентам с острой патологией аорты привело к формированию алгоритмов оптимальной маршрутизации пациентов, диагностики и первоначальной тактики. На основании данных алгоритмов разработаны универсальны «дорожные карты», позволяющие всему персоналу медицинского учреждения ориентироваться в патологии и принимать верные тактические решения.

Полученные результаты легли в основу диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, успешно защищенной Н. В. Рубцовым в 2019 году.

Авторский коллектив делает акцент на необходимости информированности врачей всех специальностей и актуализации информации, касающейся проблемы острой патологии аорты, для чего сотрудники регулярно выступают с докладами по профильной тематике на отечественных и зарубежных конференциях (опубликовано более 30 тезисов научных докладов, 4 научные статьи). Руководитель авторского коллектива профессор В. В. Соколов вошел в состав рабочей группы Российского общества сердечно-сосудистых хирургов по разработке Национальных рекомендаций по лечению пациентов с заболеваниями аорты.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ И ИНСУЛИНОМАМИ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

Впервые в Москве и России в ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ» начато внедрение в клиническую практику миниинвазивных лапароскопических операций таких, как 95 % резекция поджелудочной железы, резекция головки поджелудочной железы с наложением дистального панкреатоеюноанастомоза, дистальная резекция поджелудочной железы и энуклеация инсулином. Впервые в мире лапароскопическую резекцию поджелудочной железы по поводу врожденной гипергликемии выполнил К. Н. Вах (Нидерланды) в 2007 году. Лишь несколько детских хирургических центров в мире имеют опыт подобных оперативных вмешательств.

Лапароскопические вмешательства имеют ряд преимуществ перед открытыми лапаротомными операциями – меньшую операционную травму, более мягкое течение раннего послеоперационного периода, что актуально в детской хирургической практике, особенно у детей младшего возраста.

Результаты

Все вмешательства были выполнены в лапароскопическом варианте. Конверсий (перехода на открытую операцию) не было. Интраоперационных осложнений не было.

Из осложнений раннего послеоперационного периода следует отметить у одного ребенка после энуклеации инсулиномы возникновение панкреатического свища, который самостоятельно закрылся через 14 суток после проведения консервативного лечения с назначением октреотида (10 мкг/кг/сут).

В одном случае после энуклеации инсулиномы из крючковидного отростка головки поджелудочной железы развился очаговый панкреонекроз, что потребовало выполнения панкреатодуоденальной резекции.

У одного ребенка в отдаленном периоде после резекции головки поджелудочной железы развился стеноз дистального отдела холедоха, что потребовало наложения билиодигестивного анастомоза.

Летальных исходов не было.

Все больные после операций по поводу фокальной формы врожденной гипогликемии и инсулином в настоящее время находятся в нормогликемическом статусе. После вмешательств по поводу диффузной формы гипогликемии четверо детей имеют нормогликемию, у двух больных сохраняется умеренно выраженная гипогликемия и значительно уменьшены дозы назначенных препаратов, у двух пациентов отмечается гипергликемия, которая корригируется препаратами инсулина. Все оперированные дети наблюдаются детскими эндокринологами.

Внедрение миниинвазивных вмешательств в ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ» позволило значительно уменьшить операционную травму, быстрее восстановить после операции функцию желудочно-кишечного тракта, сократить время пребывания детей в реанимационном отделении и стационаре. Все это имеет большое значение в детской хирургической практике, особенно у грудных детей с врожденным гиперинсулинизмом.

Соловьев В. В.¹, Басовский Ю. И.¹, Владимирова А. К.¹, Кравцова О. Г.¹, Докукина Е.А.¹,
Еремеева А. В.¹, Ломкова Е. А.¹, Яковлева А. О.¹, Толкачева Д. Г.¹, Соколова В. Д.¹

¹ ЗАО «БИОКАД»

ПРОВЕДЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ РАЗРАБОТКИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ В СЕБЯ РАЗРАБОТКУ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ГОТОВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ОРИГИНАЛЬНОГО ИННОВАЦИОННОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ИНГИБИРОВАНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 НЕТАКИМАБ

Преимущества от внедрения и применения

Несмотря на то, что на различных этапах изучения находятся несколько моноклональных антител к ИЛ-17, разрабатываемый нашей компанией препарат обладает рядом важных конкурентоспособных преимуществ. Во-первых, благодаря созданию полностью человеческих моноклональных антител, получаемый препарат обладает крайне низкой иммуногенностью. Во-вторых, ввиду использования наиболее эффективных способов матурации и селекции антител, разработанное моноклональное антитело характеризуется высокой специфичностью и аффинностью. И наконец, модификация Fc-фрагмента моноклонального антитела обеспечивает оптимальные фармакокинетические характеристики (длительный период полувыведения), что обуславливает пролонгированное терапевтическое действие и, в конечном итоге, окажет положительное влияние на качество жизни больных (малая кратность применения) и, возможно, позволит добиться более стойкой и длительной ремиссии.

Сравнение с аналогами. Обоснование новизны

На сегодняшний день не только на российском, но и на мировом рынке не существует препаратов на основе моноклональных антител против ИЛ-17. Программа продвижения инновационного продукта на 2020–2021 гг.:

- Вывод на рынок в показании Анкилозирующий спондилит (АС) для ревматологов РФ.

Серия региональных лончей и экспертных советов в показании Анкилозирующий спондилит (АС). Участие во всех ключевых федеральных конференциях в направлении дерматология и ревматология, проходящих под эгидой главных специалистов.

Участие в региональных конференциях ассоциаций дерматологов и ревматологов (более 80 региональных конференций).

- Организация собственных обучающих мероприятий с целью популяризации знаний о современных методах терапии среди практикующих врачей (круглые столы, школы, лекции, вебинары с ведущими экспертами).
- Организация участия региональных и федеральных экспертов в международных конференциях для повышения профессионального образования.
- Участие в ключевых международных конференциях с научными докладами и постерными сессиями по направлениям ревматология (EULAR) и дерматология (WADV, EADV).

- Поддержка пациентских сообществ для увеличения осведомленности пациентов о новых методах терапии заболеваний (взаимодействие с пациентскими организациями, запуск собственного пациентского портала для больных псориазом).
- Программа поддержки пациентов в самостоятельном получении препаратов компании «БИОКАД», в том числе препарата Эфлейра® (нетакимаб) «Курс на выздоровление».
- Научные публикации в специализированных изданиях о препарате, а также об актуализации проблемы.
- Препарат Эфлейра® (нетакимаб) стал победителем премии Правительства Санкт-Петербурга в номинации «Лучший инновационный продукт в сфере медицины, биотехнологий и фармацевтики».

Соломатина А. А.^{1,2}, Хамзин И. З.¹

¹ ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ. СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА КАК ВКЛАД В ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ГОРОДА МОСКВЫ

Цель исследования

Определить наиболее щадящий метод гемостаза при органосохраняющих операциях на яичниках, основываясь на изучении овариального резерва.

Результаты работы: методический, образовательный и научный уровни

Результаты работы внедрены в практическую работу гинекологических отделений Государственных бюджетных учреждений здравоохранения «Городская клиническая больница № 31» Департамента здравоохранения Москвы, Центра планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения Москвы, обособленного структурного подразделения Российской детской клинической больницы федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Материалы используются в педагогическом процессе студентов, ординаторов, аспирантов, курсантов ФУВ и врачей на рабочих местах на кафедре акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения России».

Сычев Д. А.¹, Мирзаев К. Б.¹, Цветов В. М.², Киселев Ю. Ю.³, Сычев И. Н.^{1,4}, Бурашникова И. С.¹,
Матвеев А. В.¹, Отделенов В. А.¹, Иващенко Д. В.¹, Крюков А. В.^{1,5}

¹ ФГБОУ ДПО «РМАНПО Минздрава России»

² ФГБУ «ФЦССХ Минздрава России»

³ Oslo Metropolitan University (Норвегия)

⁴ ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ»

⁵ ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ»

ПРОЕКТ ФАРМАСОVID: ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ВРАЧАМИ ПО ВОПРОСАМ ФАРМАКОТЕРАПИИ COVID-19

Новизна проекта

Нами предложена оригинальная структура организации дистанционного информационного центра по сложным вопросам фармакотерапии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 – «ФармаСОУГО» (далее – Центр), созданного на академической базе образовательного и научного учреждения, имеющим широкую сеть клинических баз в лечебных учреждениях города Москвы. Опыт организации подобного Центра будет полезен для других стран с большим числом заболевших, многочисленными отдаленными регионами и сельскими поселениями (Канада, Австралия и др.), а также для стран испытывающих нехватку клинических фармакологов. Создание подобного информационно-консультативного центра de novo, особенно в условиях текущей пандемии, требует тщательного предварительного анализа опыта работы в других странах. Специфической сложностью работы в нашем контексте, в сравнении с США, Австралией и большинством европейских стран, является отсутствие профессиональной группы клинических фармацевтов и провизоров, что возлагает всю нагрузку и ответственность за аудит, контроль, коррекцию, анализ и консультативное сопровождение фармакотерапии на врача клинического фармаколога. В ситуации эпидемии коронавирусной инфекции в Российской Федерации мы не имеем возможности простого переноса в наши реалии уже выстроенной и налаженной модели извне.

Таким образом необходимо отметить уникальность проекта «ФармаСОУГО» для Российской системы здравоохранения и важный вклад в информационную поддержку принятия клинических решений врачами в медицинских организациях, перепрофилированных под COVID-19 в городе Москве. Кроме того, в рамках сотрудничества проекта «ФармаСОУГО» с Московским международным медицинским кластером «Сколково» было организовано участие международных экспертов по различным медицинским специальностям от Фонда ММК в подготовке ответов на запросы проекта «ФармаСОУШ».

Цели создания

Предоставление независимой, научно обоснованной, достоверной, непредвзятой, актуальной, своевременной информации о лекарственных средствах лечащим врачам на переднем крае борьбы с COVID-19, исследователям, медицинским и научным организациям в городе Москве.

Миссия и основные функции Центра «PharmaCOVID

Поддержка принятия клинических решений врачами МО путем предоставления научно обоснованной информации по сложным вопросам применения лекарственных препаратов (в т. ч. по коррекции НР), используемых при фармакотерапии COVID-19, у пациентов с полиморбидной патологией (в т. ч. с нарушениями функции печени и почек) и с полипрагмазией.

Дополнительные функции Центра

1. Активный мониторинг и регистрация НР («активный» фармаконадзор препаратов, применяемых off-label COVID-19 в МО): консультирование МО по вопросам выявления, регистрации и отправки в Росздравнадзор извещений о НР при применении препаратов для лечения COVID-19.
2. Информирование о возможном депрескрайбинге (STOPP/START критерии) у полиморбидных пациентов с полипрагмазией в условиях фармакотерапии COVID-19 с целью борьбы с полипрагмазией.
3. Подготовка еженедельных информационных писем/материалов по итогам отработки запросов для общей рассылки и размещения на сайтах Минздрава, РМАНПО и других официальных интернет-ресурсах.
4. Включение информации по итогам отработки запросов в учебные материалы, используемые для реализации дополнительных профессиональных программ повышения квалификации по вопросам ведения пациентов с COVID-19, в том числе и размещаемых на портале НМФО.
5. Проведение аналитической обработки запросов и ответов во время деятельности Центра, формирование научных отчетов, подготовка публикаций в рецензируемых журналах.

Таварткиладзе Г. А.^{1,2}, Маркова М. В.^{1,2,3}

¹ ФГБУ «РНКЦ АИС ФМБА России»

² ФГБОУ ДПО «РМАНПО Минздрава России»

³ ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ»

СИНДРОМ КОСТЕНА У ДЕТЕЙ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

В доступной и изученной нами литературе довольно широко освещен вопрос миофасциальных болей и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (темпоромандибулярная дисфункция), заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, которые так или иначе связаны с заболеваниями уха у взрослых. Однако мы не встретили ни одной публикации в отношении детей, что послужило основанием для выяснения, чем же является синдром Костена у детей – корреляцией или совпадением? Это и стало целью нашей работы.

Результаты работы: организационный уровень

Предварительные результаты проведенного нами анализа свидетельствуют о прямой взаимосвязи заболеваний лор-органов и нарушенной зубной окклюзии, что позволяет говорить о том, что синдром Костена или темпоромандибулярная дисфункция у детей не случайность, а корреляция, что в свою очередь является руководством к междисциплинарному подходу в ведении пациентов.

Результаты работы: лечебный уровень

В течение трех лет мы наблюдали за 143 пациентами в возрасте от 6 до 14 лет на амбулаторном лор-приеме, которые предъявляли жалобы на внезапно возникшую резкую ушную боль, заложенность в ушах или снижение слуха, в том числе с повторяющимися эпизодами, некоторые отмечали шум в ушах, дискомфорт в ушах. Все дети осматривались оториноларингологом в день обращения, в обязательном порядке проводились: фаланговый тест, тимпанометрия, регистрация задержанной вызванной отоакустической эмиссии, когорта пациентов с изолированной оталгией – 14,1 % –осматривалась неврологом для исключения невралгии лицевого нерва.

Статистический анализ результатов исследования

В 58,6 % случаев подтвержден какой-либо лор-диагноз – экссудативный отит, дисфункция слуховых труб, в 41,4 % – лор-патология не выявлена, стоматологом осмотрены 137 из 143 детей, у 96,4 % подтвердился стоматологический диагноз, а именно аномалии положения зубов – в 16 % случаев, аномалии соотношения зубных дуг – в 54 %, аномалия прикуса – в 10 % и аномалия развития челюсти – в 20 %.

Также было отмечено влияние позы ребенка (стоя или сидя) на податливость барабанной перепонки, что подчеркивает факт восходящих миофасциальных связей, большинство пациентов также были осмотрены ортопедом (N=116, 77,9 %), ортопедические нарушения были обнаружены у подавляющего большинства пациентов (N=82, 87,1 %).

В планах авторского коллектива разработка (совместно с группой инженеров) прибора и внедрение метода регистрации движений связочного аппарата среднего уха в норме и при патологии височно-нижнечелюстного сустава у детей для объективизации заболеваний уха и слуха у детей с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, вызванных патологической зубной окклюзией.

Тарасов Н. И.¹, Коротеев В. В.¹, Исаев И. Н.¹, Трусова Н. Г.¹, Лешкевич А. И.¹, Шагинян А. К.¹,
Хан М. А.²

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ»

² ГАУЗ «МНПЦ МРВСМ ДЗМ»

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Цель работы:

разработать показания для установки мобильной и транспедикулярной конструкции в зависимости от возраста, степени деформации и сопутствующей патологии, определить критерии отбора пациентов для ранней установки транспедикулярной конструкции при незавершенном росте позвоночника, оценить влияние ранней установки транспедикулярной конструкции на качество жизни ребенка и его функциональную активность в отдаленном периоде.

Новизна и оригинальность.

В ДГКБ им. Н. Ф. Филатова в течение 16 лет осуществляется оперативное лечение детей с идиопатическими сколиозами, а с 2007 года лечение проводится по квотам в системе ВМП. За время работы, проводимой коллективом авторов в ДГКБ им. Н. Ф. Филатова, был сделан кропотливый анализ результатов воздействия различных металлоконструкций на позвоночник детей с идиопатическим сколиозом, было установлено их влияние на рост позвоночника, а также эффективность их применения в различных возрастных группах. В результате тщательного и подробного анализа сформирована стратегия применения эндокорректоров у детей с идиопатическим сколиозом.

Впервые в Москве разработан алгоритм выбора конструкций, сформированы четкие критерии для их применения, учитывая возрастные группы детей, степень завершенности роста позвоночника, а также паттерна деформации. Разработаны четкие алгоритмы предоперационного и послеоперационного ведения больных, методики ранней реабилитации, а также комплексное восстановительное лечение.

Результаты работы

В ДГКБ им. Н. Ф. Филатова было проведено фундаментальное проспективное нерандомизированное исследование большой группы пациентов с идиопатическим сколиозом, прошедших лечение в отделении травматологии и ортопедии с 2004 года по настоящее время. Применены современные методы статистики в рамках доказательной медицины. Впервые предложен и обоснован алгоритм выбора металлоконструкции для коррекции сколиотических деформаций у детей с идиопатическим сколиозом.

Практическое применение.

Комплексный анализ данных позволил нам также выработать:

1. тактику хирургического лечения детей с идиопатическим сколиозом, активно применяемую в отделении травматологии и ортопедии ДГКБ им. Н. Ф. Филатова;
2. тактику предоперационной мобилизации позвоночника для последующего оперативного вмешательства по коррекции сколиотической деформации;
3. тактику послеоперационной реабилитации с целью достижения ранней и лучшей функциональной активности у детей после установки транспедикулярной конструкции.

Телешова Е. Г.¹, Семенова Ж. Б.¹

¹ НИИ НДХИТ

НОВЫЙ МЕТОД НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Новизна, оригинальность метода.

Авторами впервые научно обосновано применение отоакустического метода позиционной тимпанометрии для оценки ВЧД у детей.

Установлено, что в условиях ортостатической нагрузки при отсутствии патологии со стороны среднего уха происходит изменение акустической податливости барабанной перепонки у детей. Величина акустической податливости при ортостатической нагрузке зависит от исходной индивидуальной величины податливости акустической системы среднего уха.

Доказано, что показатели изменения акустической податливости барабанной перепонки при ортостатической нагрузке в группах пациентов с наличием и отсутствием ВЧГ достоверно значимо отличаются.

Описана и внедрена в практику методика проведения позиционной тимпанометрии в детском возрасте.

Установлено, что позиционная тимпанометрия является достоверным методом качественной оценки ВЧД у детей.

Показатели позиционной тимпанометрии могут быть использованы в амбулаторной и стационарной практике в качестве скринингового метода диагностики внутричерепной гипертензии.

Метод может быть использован в качестве дополнительного критерия для выбора оптимальной тактики лечения детей с нейрохирургической патологией и осуществления контроля эффективности хирургического и консервативного лечения у детей с синдромом ВЧГ.

Практическое применение.

Предложенный метод оценки ВЧД прошел апробацию и используется для ежедневного динамического контроля эффективности хирургического и консервативного лечения у детей с синдромом ВЧГ в отделении нейрохирургии НИИ НДХиТ, а также в консультативно-диагностическом отделении НИИ НДХиТ в качестве скрининга для выявления пациентов, нуждающихся в более объемных или инвазивных методах обследования.

Тяжелников А. А.¹, Литвинова Т. М.², Природова О. Ф.³, Сергеенко Е. Ю.³, Крихели Н. И.⁴,
Евдокимов В. В.⁴, Фокеева Д. А.¹, Даньшина Н. В.⁵, Горбанева Е. В.⁵

¹ ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 121 Департамента здравоохранения города Москвы»

² ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России»

³ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

⁴ ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России»

⁵ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА

Состояние проблемы

Настоящее десятилетие становится революционным в системе российского медицинского образования. С 2011 года подготовка специалистов здравоохранения осуществляется в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами (ФГОС). Федеральный закон об образовании 2012 года регламентирует новые уровни подготовки специалистов, а с 2016 года внедряется новая процедура допуска к профессиональной деятельности – аккредитация специалиста. Наиболее значимые изменения реализуются на уровне, называвшемся ранее послевузовским: исключена подготовка по программам интернатуры, кардинально изменились правила поступления в ординатуру, а сама ординатура становится модульной, многоступенчатой.

Именно вопрос о допуске выпускников специалитета к профессиональной деятельности без привычной ранее дополнительной теоретической и практической подготовки в интернатуре или ординатуре стал наиболее обсуждаемым в медицинском профессиональном сообществе и самым критичным для молодых специалистов.

И то, что допускаются вчерашние студенты только к работе в амбулаторном звене и только в одной должности (в большей степени участковых терапевтов или педиатров), несколько не успокаивает, а, наоборот, пугает. Ведь именно участковые врачи являются первыми специалистами, с которыми общаются наши пациенты, именно в их компетенции определить наличие патологии, выявить необходимость специализированной помощи и при ее отсутствии самостоятельно вести больного.

Ситуацию с молодыми специалистами в сегодняшней медицине можно назвать узким местом системы. Они выходят на рабочее место после шести лет учебы и чувствуют себя слепыми котятками. Их прекрасно учили в вузах, и к профессиональным знаниям нет претензий, но они совершенно не понимают сложносоставного и многогранного механизма работы медицинского учреждения. Получается, что в дополнение к выполнению обязанностей врача им необходимо снова учиться. Учиться работать с ЕМИАС, с картотекой, изучать маршрутизацию пациента, новые возможности оборудования, заполнять электронные графики и карты и еще много чему учиться, даже общению с пациентами в рамках новой идеологии пациентоориентированности, главенствующей в системе здравоохранения Москвы сегодня.

Новизна проекта

Школа профессионального роста – один из важнейших проектов в системе здравоохранения и образования Москвы на современном этапе. В рамках этого проекта самые талантливые студенты шестых курсов и второго года ординатуры медицинских вузов Москвы на протяжении нескольких месяцев стажировались в лучших поликлини-

ках и стационарах города. Повышение квалификации сотрудников от регистраторов и медсестер до узких специалистов – сегодня одно из важнейших направлений медицинской работы, без которого невозможно дальнейшее развитие системы.

Актуальность

Основная задача, которую решает проект – обеспечить приток молодых высокопрофессиональных кадров в столичные поликлиники и стационары. Очень важный фактор, который невозможно игнорировать, – это то, что система здравоохранения города Москвы уже несколько лет находится в состоянии преобразований. Некоторые изменения можно назвать революционными, выводящими систему оказания медицинской помощи населению сразу на несколько порядков вверх. Это и оснащение медицинских учреждений новейшим оборудованием, и внедрение новых проектных подходов в управлении, и переход на электронную систему документооборота и многие другие новации. Изменилась сама идеология реализации медицинских услуг, в которой основной парадигмой стала пациентоориентированность. Все это требует соответственно и нового уровня подготовки медицинского персонала.

Студенты имеют смутное представление о том, как устроены современные медицинские организации и каковы условия работы современных врачей. У многих штампы в головах: очереди пациентов в коридорах, обветшалые помещения, маленькие зарплаты.

Проведенная модернизация здравоохранения ставит новые задачи перед специалистами, которые там трудятся, а особенно перед молодыми врачами, которые готовятся прийти в структуру практического здравоохранения.

Идея стажировочного этапа под патронажем опытных наставников на рабочих местах для студентов шестых курсов и второго года ординатуры продиктована насущной необходимостью.

Результаты работы

Столичное здравоохранение за последние годы неузнаваемо изменилось. Прошла его реорганизация, внедрено трехуровневое оказание медицинской помощи, произошло укрупнение поликлиник за счет их объединения, внедрены система ЕМИАС и электронные медицинские карты, а также выросла доступность высокотехнологичных обследований для каждого москвича. В ближайшей перспективе интеграция Единой медицинской информационной системы и автоматизированной информационной системы фонда ОМС, а также интеграция в ЕМИАС стационаров.

В конце января 2018 года впервые в рамках организации образовательной программы для студентов старших курсов, получающих медицинское образование, а именно обучающихся шестого курса очной формы обучения и седьмого курса очно-заочной формы обучения, стартовал проект «Школа профессионального роста».

Вчерашние выпускники, прекрасно подготовленные медицинскими вузами, сдавшие государственный экзамен и аккредитацию на право быть врачами, не проходят последипломную подготовку. В отсутствие интернатуры молодым врачам, имеющим теоретические знания, но не имеющим достаточного опыта работы и сформировавшегося клинического мышления, сложно самостоятельно работать участковыми терапевтами или педиатрами. К сожалению, практика во время обучения в вузе не решает полностью этих проблем.

Исправить это положение помогает новый проект Департамента здравоохранения г. Москвы и медицинских вузов столицы «Школа профессионального роста». Суть его заключается в том, что студенты – будущие врачи, которые придут трудиться в амбулаторно-поликлиническую систему города, получают дополнительное образование в университете по специальной программе повышения уровня практической подготовки и адаптации к работе в амбулаторно-поликлинической системе г. Москвы. В составлении этой программы принимали участие ведущие специалисты медицинских вузов.

Образовательный проект «Школа профессионального роста» направлен на подготовку студентов и ординаторов с применением практико-ориентированной модели обучения. В проекте участвуют три московских вуза: Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова. Методическое сопровождение проекта и реализацию практической части образовательной программы проекта в медицинских организациях Департамента здравоохранения

города Москвы обеспечивает консультативно-диагностическая поликлиника № 121 под руководством Главного внештатного специалиста по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. По этому проекту студенты шестого курса и ординаторы второго года обучения после конкурсного отбора должны пройти дополнительное обучение и практику в медицинских учреждениях столицы.

В рамках проекта студенты 6 курсов и ординаторы оказываются уже не за партой с преподавателем, а один на один в кабинете с пациентами и полной ответственностью за свои действия. Поэтому не все вчерашние студенты успешно проходят эти испытания. Кто-то ищет другие направления деятельности, а кто-то и вовсе уходит из профессии.

За время стажировки завтрашний выпускник ощущает себя «сыном полка», о котором заботятся, которого обучают тому, чего нет в предметах учебной программы вуза. В процессе практики участники обживаются в коллективе медицинской организации, поэтому некоторые пишут заявление на прикрепление к той, где проходили стажировку. И это один из сильных бонусов программы. Гарантированно иметь рабочее место сразу по окончании вуза без испытательного срока там, где тебя уже ждут и знают.

Вопрос информированности студентов о современных медицинских учреждениях – один из важных аспектов при разработке программы.

В ходе практики стажеры попадают в компьютеризированные кабинеты, узнают уровень достойных зарплат и вместо старых регистратур с маленькими окошечками видят современные стойки приема посетителей, как в лучших отелях, и сильно удивляются. Именно эти заблуждения отталкивают многих выпускников от распределения в поликлиники города, где так в них нуждаются.

На данный момент имеется первый опыт реализации данной программы в двух потоках, в 2019–2020 гг. проходит обучение третьего потока. Однозначно можно сказать, что это очень сильная инициатива Департамента здравоохранения города Москвы.

В ходе проекта на примере первого потока, пилотного, были выявлены узкие места, вопросы для доработки. Очень важной и ценной стала обратная связь с участниками, которая позволила оперативно вносить коррективы в программу, а стажерам почувствовать себя соавторами и первопроходцами. Можно утверждать, что проект «Школа профессионального роста» стал одной из основ качественных изменений в системе здравоохранения Москвы. Ведь кадры решают все.

В рамках современной программы обучения врачей, конечно же, большое значение уделяется именно поликлиническим дисциплинам. Подготовка специалистов все более становится практикоориентированной, чему в значительной степени способствует развитие сети университетских клиник, а также собственных клинических баз университета. Однако медицинское образование в федеральном вузе ориентировано на здравоохранение любого региона Российской Федерации, при этом каждый из них имеет свою специфику. Именно особенная подготовка специалиста для конкретного рабочего места в амбулаторном звене московского здравоохранения является основной задачей школы профессионального роста. Для этого преподавателями трех ведущих медицинских университетов совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы и главным внештатным специалистом по первичной медико-санитарной помощи была проделана работа по сравнению существующих программ, разработанных на основании ФГОСов, и образовательных потребностей врачей первичного звена современной московской поликлиники, многие из которых связаны с особой организацией медицинской помощи в крупном мегаполисе, ее информатизацией и системой управления. Стало понятно, что для того, чтобы молодой специалист уже с первого рабочего дня мог думать о пациенте, применять полученные знания и умения на практике, ему необходимо еще в процессе обучения в вузе научиться ориентироваться в самом устройстве поликлиники, ведении электронного документооборота, взаимоотношениях между различными специалистами. Кроме того, в любом субъекте Российской Федерации есть региональные особенности, которые требуют более углубленной подготовки врачей по отдельным разделам специальности.

На основании проведенного анализа и была разработана программа проекта. Обучение представляет собой освоение студентами и ординаторами выпускного курса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации параллельно с получением высшего образования. Большой раздел в подготовке специалистов занимает углубленная теоретическая и практическая подготовка по актуальным для участковых врачей вопросам смежных специальностей, таким как оториноларингология, инфекционные болезни, психиатрия, наркология. Для педиатров разработан модуль по ведению новорожденных с низкой массой тела, для терапевтов отдель-

но рассматриваются вопросы коморбидности и гериатрии. Все специалисты проходят раздел по организации московского здравоохранения, погружаются в юридические и этические аспекты взаимоотношений с пациентами. Но отличительной особенностью программы является, конечно же, стажировка на рабочем месте, которая осуществляется параллельно с аудиторными занятиями на базах городских поликлиник врачами-наставниками под руководством преподавателей вуза. Программа имеет модульный принцип построения, каждый модуль заканчивается промежуточной аттестацией в основном в виде тестового контроля. Проверка результатов освоения программы проводится в виде собеседования в рамках итоговой аттестации.

Успешность программы обеспечивается высочайшим уровнем профессорско-преподавательского состава, привлечением к обучению практикующих специалистов и руководителей московского здравоохранения различных уровней, а также мотивацией самих выпускников. Ведь именно их заинтересованность не только в получении самой лучшей профессии на земле, но и возможности ее применения в одной из самых развитых региональных систем нашего здравоохранения побуждает продолжать это проект и дальше.

Нельзя не отметить, насколько активно и с каким горячим энтузиазмом отреагировали обучающиеся на возможность повысить квалификацию еще в период студенчества. В связи с большим количеством желающих попасть на данную образовательную площадку срок подачи заявок был продлен, ведь работа в ведущих столичных лечебно-профилактических учреждениях является заветной мечтой для многих студентов.

В рамках программы проекта количество поданных от студентов заявок превышало количество квот. Отборочная комиссия принимала решение о включении студента в проект. В состав отборочной комиссии входили заместители декана лечебного факультета и факультета дополнительного профессионального образования. Среди критериев отбора членами комиссии учитывались средний балл успеваемости, наличие стажа работы в учреждениях столичного здравоохранения, общественная нагрузка и участие в волонтерском движении, личные достижения, мотивированное желание работать в учреждениях столичного здравоохранения, продолжение врачебной династии. В итоге комиссией были отобраны студенты, показавшие наилучшие результаты на собеседовании. После заключения трехстороннего договора они приступили к обучению на проекте.

В Москве качественно изменился уровень оказания медицинской помощи детям. Повсеместно внедренная информационная система ЕМИАС способствует не только четкой организации работы врачей, но и управляет потоками пациентов. Сегодня в поликлинике мы не увидим очередей, скоплений родителей и детей. Все действует плавно и равномерно. Очень важно, что консультативную помощь в любой поликлинике можно получить с 8:00 до 20:00. Это стало возможно благодаря тому, что появился дежурный врач, который всегда на месте. Существенным образом изменилась работа профилактических отделений, в частности, отделения питания детей. Сегодня в Москве действует многоуровневая система оказания медицинской помощи, включающая поликлинику с филиалами, детский консультативный центр, стационар, где осуществляют консультации на самом высоком уровне и обследования любой сложности: ультразвуковые исследования, МРТ, КТ. Особое внимание оказывается детям первого года жизни. Учитывая роль перинатальных факторов в развитии ребенка, детские доктора для каждого маленького пациента составляют прогностический сценарий развития, в соответствии с которым определяется тактика лечения, условия выхаживания – максимально индивидуализированный – и, конечно, развивающий уход. Все это способствует тому, что реабилитационные мероприятия, а также объединенные усилия врачей и родителей приводят к положительным результатам. Конечно, жизнь все время ставит новые задачи перед участковой службой. Ранняя выписка из родильного дома, с одной стороны, способствует профилактике внутрибольничной инфекции, но в то же время в обязанности участковых педиатров добавились вакцинация БЦЖ, проведение аудиотеста, скрининг наследственных заболеваний. На педиатра возлагаются задачи по выхаживанию преждевременно родившихся детей, поддержка грудного вскармливания, организация профилактических мероприятий в эпидемический и межэпидемический периоды. Врач должен обладать знаниями клиники и осложнений перинатального периода, а также пограничных с нормой состояний, разбираться в вопросах вскармливания детей вышеуказанных групп. Для врача, работающего в системе московского здравоохранения, очень важно знание медицинской географии столицы.

На сегодняшний день можно утверждать, что программа «Школа профессионального роста» положительно зарекомендовала себя и позволила подготовить к работе в амбулаторно-поликлиническом звене молодых специалистов, обладающих достаточными знаниями и практическим опытом, соответствующих высоким требованиям столичного здравоохранения.

ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА КОСТНОЙ ТКАНИ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

Впервые разработана комплексная методика оперативного лечения, включающая четкую последовательность приемов для анатомичной репозиции, аугментации и фиксации переломов проксимального отдела плечевой кости в условиях дефицита костной ткани с использованием нового комбинированного костно-коллагенового аллогенного трансплантата из фрагмента малоберцовой кости. Используемый трансплантат обладает остеокондуктивными свойствами, может служить носителем биологически активных веществ и не требует специальных условий для хранения.

Результаты работы: методический образовательный и научный уровень

Получен патент на изобретение № 2712298 «Способ остеосинтеза при переломах проксимального отдела плечевой кости». Авторы: Тито Р. С., Файн А. М., Ваза А. Ю., Мажорова И. И., Боголюбский Ю. А., Бондарев В. Б., Сергеев А. Ю. Приоритет от 16.08.2019 г.

Получено решение о выдаче патента на изобретение «Аллогенный комбинированный костный трансплантат для лечения сложных переломов проксимального отдела плечевой кости, способ его получения. Авторы: Ваза А. Ю., Файн А. М., Боровкова Н. В., Титов Р. С., Миронов А. С., Каулен В. Д., Пономарев И. Н., Боголюбский Ю. А., Бондарев В. Б., Сергеев А. Ю. Приоритет от 31.07.2019 г.

Принята заявка на изобретение № 2019136337, приоритет от 12.11.2019 г., «Способ лечения сложных переломов проксимального отдела плечевой кости». Авторы: Ваза А. Ю., Файн А. М., Боровкова Н. В., Титов Р. С., Миронов А. С., Каулен В. Д., Пономарев И. Н., Боголюбский Ю. А., Бондарев В. Б., Сергеев А. Ю.

Сдана в печать статья. Ваза А. Ю., Файн А. М., Боровкова Н. В., Галанкина И. Е., Макаров М. С., Забавская О. А., Титов Р. С., Зимина Л. Н., Нефедова Г. А., Бондарев В. Б., Миронов А. С., Пономарев И. Н. «Первый опыт использования разработанных модифицированных аллогенных костных трансплантатов при хирургическом лечении пациентов с тяжелыми переломами хирургической шейки плечевой кости». Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь».

Результаты проведенной работы доложены на следующих научных конференциях:

1. «Травма 2017: мультидисциплинарный подход», г. Москва 3–4 ноября 2017 г.
2. Всероссийская научно-практическая конференция «Приоровские чтения» и конференция молодых ученых. Москва, 3–4 декабря 2018 г.
3. XI Всероссийский съезд травматологов-ортопедов г. Санкт-Петербург, 11–13 апреля 2018 г.
4. Научно-практическая конференция «Медицина чрезвычайных ситуаций. Современные технологии в травматологии и ортопедии», г. Москва, 24–25 мая 2018 г.

5. Научно-практическая конференция, посвященная 50-летию кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Дагестанского ГМУ «Современные подходы к диагностике и лечению травматологических и ортопедических больных», г. Махачкала 30 марта 2018 г.
6. Региональная научно-практическая конференция «Научно-образовательная школа: инновации в травматологии и ортопедии – мультидисциплинарный подход», г. Курск, 6 апреля 2018 г.
7. Международный конгресс «Весенние дни ортопедии», г. Москва, 1–2 марта 2019 г.
8. V Съезд травматологов-ортопедов Сибирского федерального округа, г. Барнаул, 22–23 августа 2019 г.
9. 19-я Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы диагностической и интервенционной радиологии и хирургических технологий», г. Владикавказ, 27–29 июня 2019 г.
10. Пироговский форум травматологов-ортопедов с международным участием «Избранные вопросы травматологии и ортопедии», г. Москва, 24–25 октября 2019 г.
11. Конгресс Российского общества рентгенологов и радиологов, г. Москва, 6–8 ноября 2019 г.
12. Научно-практический городской семинар «Диагностика и лечение больных с повреждениями плечевого сустава», г. Москва, 18 декабря 2019 г.

Фисенко А. П.¹, Бакрадзе М. Д.¹, Алексеева Е. И.¹, Тепаев Р. Ф.¹, Волхонская А. Е.¹, Полякова А. С.¹,
Бабаян А. Р.¹, Чашина И. Л.¹, Мейтель И. Ю.¹, Гусев А. А.¹

¹ ФГАУ «НМИЦ здоровья детей Минздрава России»

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Новизна, оригинальность

Представленная работа является уникальным примером реализации принятых на государственном уровне мер по преодолению новой высокопатогенной инфекции, несущей угрозу здоровью и жизни граждан страны детского возраста.

Результаты работы: методический, образовательный и научный уровень

Опыт работы Центра инфекционных болезней до настоящего времени продолжает широко обсуждаться на научно-практических конференциях, по полученным результатам имеются публикации в рецензируемых журналах, изданы информационные материалы для родителей по режиму и питанию детей, совместно с «Союзмультифильмом» и Минздравом России. НМИЦ здоровья детей выпустил видеоролики о профилактике коронавируса.

Результаты работы: организационный уровень

30 марта 2020 г. по распоряжению Правительства Российской Федерации ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России был временно переведен в режим работы инфекционного госпиталя в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19.

С целью контроля над распространением новой коронавирусной инфекции и оказания помощи детям в кратчайшие сроки Клиника высоких технологий «НМИЦ здоровья детей» (хирургический корпус) была перепрофилирована в «Центр инфекционных болезней»: 5 этажей, 330 койко-мест, 8 операционных на случай необходимости оказания экстренной хирургической помощи, аппаратура экспертного класса, специалисты высочайшей компетенции – все было подготовлено к борьбе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Основными задачами для достижения этой цели были:

1. Ограничение распространения инфекции.

Для этого спроектированы и выполнены комплекс мероприятий по обеспечению адекватной вентиляции с установкой необходимых фильтров, обеспечению санитарной обработки въезжающих на территорию транспортных средств, обеспечению оттока канализации и утилизации отходов в соответствии с эпидемиологическими нормами и многое другое.

2. Защита персонала.

Закупка средств индивидуальной защиты, постоянная санитарная обработка помещений, белья и т. д.

3. Сортировка больных и разработка алгоритмов диагностики и лечения коронавирусной инфекции.

Для этого были обеспечены синхронизация работы call-центра и приемного отделения, круглосуточная работа медицинского персонала, лабораторий, инструментальных методов исследования и т. д.

Результаты работы: лечебный уровень

Кроме организационной работы, разрабатывались актуальные протоколы диагностики и лечения детей с COVID-19. Проводилась постоянная оценка клинической и лабораторной динамики пациентов с мониторингом эффективности терапии для формулировки выводов и рекомендаций по оптимизации лечения.

Всего за период функционирования (с 21.05 по 01.06.2020 г.) в центре пролечено 405 детей (335 – из Москвы, 70 – из регионов Российской Федерации). Из них у 276 был выявлен SARS-CoV-2 и выставлен диагноз U07.1 [Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)].

**Хайруллин И. И.^{1,2}, Переходов С. Н.³, Парамонова Д.Р.¹, Казанфарова М. А.¹, Филина Ф. Н.¹,
Ефимов А. Д.¹, Илюхин Д. Г.¹, Брижань С. Л.¹, Авдейкин С. Н.⁴, Солодовникова Н. А.¹**

¹ Фонд ММК

² НИУ ВШЭ

³ ГБУЗ «ГКБ им.В. П. Демикова ДЗМ»

⁴ МКЦИБ «Вороновское»

УНИКАЛЬНЫЙ ОПЫТ СОЗДАНИЯ ВЫЕЗДНОГО СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА DE-NOVO В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Новизна и оригинальность реализации проекта Выездного симуляционного центра ММК

Уникальность проекта заключается в создании ВСЦ ММК в крайне сжатые сроки (за одну неделю) на базе созданного de-novo специализированного COVID-центра, располагающего штатом из более 1000 сотрудников, включая медицинских сотрудников из более 80 городов России.

Выездной симуляционный центр является новой, оригинальной организационной структурой, отличающейся от стационарных симуляционных центров, располагающихся на площадях вузов и многопрофильных стационаров, так как имеет отличные от стационарных центров цели и логистику. Ключевая идея проекта ВСЦ ММК – приблизить симуляционное обучение к рабочему месту медицинского персонала, чтобы качественно отработать отдельные практические навыки, остро необходимые для персонала в конкретном месте и в конкретное время.

Существенным преимуществом ВСЦ ММК является возможность оперативно отработать необходимые навыки в условиях полной или частичной изоляции, обусловленной инфекционными заболеваниями, и географической изоляции, связанной с удаленностью отдельных больниц от крупных медицинских и образовательных центров. Центр может быть также востребован для медицины катастроф, когда за ограниченный период времени необходима специализация привлекаемого гражданского медицинского персонала по оказанию профильной медицинской помощи или выполнению отдельных медицинских манипуляций и процедур.

Говоря о перспективе тиражирования и масштабирования данного проекта в системе Департамента здравоохранения г. Москвы вне условий пандемии COVID-19, ВСЦ ММК позволяет быстро освоить и внедрить модель взаимодействия медицинского персонала (командной работы) на месте и провести оценку освоенных персоналом новых практических навыков. Создание ВСЦ ММК перспективно при открытии новых больниц, отделений, направлений медицинской помощи и закупке нового оборудования.

Цель и задачи проекта Выездного симуляционного центра ММК

Решение о создании полноценной учебно-тренировочной площадки «на месте» было обосновано необходимостью максимально эффективно выстраивать работу нового коллектива МКЦИБ «Вороновское», обладающего разным уровнем квалификации и опытом работы; необходимостью быстрой адаптации к медицинскому оборудованию, представленного в МКЦИБ «Вороновское», с которым не все сотрудники ранее сталкивались, и, главное, с высокой степенью неопределенности, связанной с постоянным обновлением информации о методах диагностики и лечения пациентов с COVID-19.

При планировании и реализации проекта ВСЦ ММК предъявлялись следующие требования:

1. организация полноценной учебно-тренировочной площадки на базе МКЦИБ «Вороновское» для подготовки медицинского персонала в условиях пандемии и повышенной инфекционной опасности;
2. высокая пропускная способность ВСЦ ММК;
3. создание условий, обеспечивающих безопасность инструкторов и обучающихся (инфекционная безопасность);
4. подготовка программы и методических рекомендаций;
5. организация образовательных мероприятий в области инфекционной безопасности и организации лечебно-диагностического процесса пациентов с COVID-19 для медицинского персонала МКЦИБ «Вороновское» с учетом российского и международного опыта по COVID-19.

Основные задачи, которые стояли перед Проектной командой Фонда ММК при реализации проекта Выездного симуляционного центра de-novo:

1. техническая организация Выездного симуляционного центра Фонда ММК на выделенных площадях МКЦИБ «Вороновское» в течение одной недели;
2. согласование программы обучения и подготовка плана обучения (количество групп в день, тематика) медицинского персонала МКЦИБ «Вороновское»;
3. внутренний аудит: еженедельный анализ обратной связи по данным анкетирования, оценка удовлетворенности, учет недостатков и еженедельное совершенствование процесса обучения;
4. организация дополнительных обучающих мероприятий с целью трансфера передового опыта по COVID-19 с привлечением партнеров ММК;

5. подготовка базы актуальных данных по инфекционной безопасности, лечению и диагностике COVID-19, сердечно-легочной реанимации в условиях повышенного инфекционного риска (включая перевод на русский язык актуальных материалов).

Открытие ВСЦ ММК состоялось 17.04.2020 г., центр продолжает свою деятельность в настоящее время.

Заключение

На фоне пандемии COVID-19 вскрылись проблемы, возникающие в организации здравоохранения в экстренных ситуациях, в том числе в системе медицинского образования в связи с ограниченностью ресурсов для организации практического обучения в период их резко возрастающей потребности. Вместе с тем появились возможности принятия новых эффективных решений. Опыт оперативной организации Выездного симуляционного центра ММК в период пандемии является одним из таких открытий.

Подводя итоги реализации проекта ВСЦ ММК, нам бы хотелось поделиться ключевыми выводами, которые позволили нам оперативно и на высоком уровне реализовать данный проект:

1. Одним из важнейших факторов успеха и базовым условием реализации проекта ВСЦ ММК явилась налаженная коммуникация как с руководством больницы, так и с медицинским персоналом, что позволило точно сформулировать запросы и адаптировать программы под эти запросы. Необходимо четко понимать потребности медицинской организации, которые могут менять с развитием ситуации, особенно в условиях пандемии, с одной стороны, а с другой – в условиях высокой неопределенности и нагрузки на медицинский персонал, важно транслировать актуальную информацию для самого персонала. Немаловажное значение в данном случае играла готовность непрерывного нахождения инструкторов ВСЦ ММК на территории МКЦИБ «Вороновское» в первые два месяца, что позволило наладить прямые контакты с руководителями подразделений и с врачебным персоналом.
2. Наличие ресурсов для создания ВСЦ ММК: высокотехнологичного оборудования с широким функционалом и возможность его транспортировки, квалифицированных тренеров и экспертов. Немаловажным является также сервисная составляющая, так как необходим регулярный контроль за оборудованием.
3. Наличие профессиональной проектной команды, где за каждым закреплена определенная роль и круг обязанностей. Это позволяет оперативно и на высоком уровне реализовать проект ВСЦ ММК, а также оперативно реагировать на обратную связь и совершенствовать образовательный процесс.
4. Наличие разветвленной сети образовательных партнеров, в том числе зарубежных, что позволяет организовывать дополнительные мероприятия с привлечением зарубежных и отечественных экспертов и специалистов. Таким образом, помимо основной программы, реализуются мастер-классы, что позволяет сделать обучение в ВСЦ ММК интересным и насыщенным.
5. Непрерывное совершенствование образовательного процесса. Сбор, анализ и внедрение в образовательный процесс информации полученной от специалистов МКЦИБ «Вороновское», специалистов других лечебных учреждений, в том числе зарубежных. Для отработки обратной связи нами была создана анкета, в которой обучающие могли указать желаемые темы занятий и дать обратную связь по проведенным занятиям. С одной стороны, это позволило планировать симуляционное обучение, исходя из конкретных запросов сотрудников медицинского учреждения, а, с другой – оперативно выявлять аспекты, неочевидные на первый взгляд.

Хатьков И. Е.¹, Цвиркун В. В.¹, Алиханов Р. Б.¹, Васнев О. С.¹, Андрианов А. В.¹, Байчоров М. Э.¹,
Агами П. Б.¹, Израилов Р. Е.¹

¹ ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ»

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

В настоящем исследовании представлен самый большой в России и мире систематизированный опыт применения лапароскопического метода при выполнении операции Фрея у пациентов с хроническим панкреатитом в одном лечебном учреждении. На основании данных публикаций ни один из стационаров не обладает аналогичным опытом выполнения лапароскопической операции Фрея.

Результаты работы: лечебный уровень

В основу работы положены результаты ретро-проспективного исследования 77 пациентов с хроническим калькулезным панкреатитом типа С3 по классификации M. Buchler, которым выполняли операцию Фрея в ГБУЗ МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ традиционным и лапароскопическим способом с 2012 по 2020 г. В ретроспективную часть исследования включены все пациенты с сентября 2012 по январь 2019 г., которые были оперированы в центре в объеме операции Фрея и соответствовали критериям включения (n=59). Проспективный набор пациентов осуществлялся с января 2019 по январь 2020 г. (n=18). Пациенты были распределены в зависимости от способа операции на 2 группы:

- I группа – 49 пациентов, оперированных лапароскопическим способом;
- II группа – 28 пациентов, оперированных открытым способом.

В I группе 44 (89,8 %) операции были выполнены полностью лапароскопическим способом. У 4 (8,1 %) пациентов потребовалась конверсия доступа. Продолжительность операций составила 420 (290–685) минут в I гр. и 320 (179–515) минут во II гр. У одного (2 %) пациента во время выполнения резекции головки была повреждена задняя поверхность ПЖ, и объем операции был расширен до операции Бегера конверсии доступа. Во II гр. у одного (3,6 %) пациента после выполнения резекции головки поджелудочной железы отмечена ишемия стенки ДПК, вследствие чего объем операции был расширен до ПДР. Объем кровопотери составил 100 (30–700) мл в гр. I и 250 (50–1200) мл в гр. II. Во II гр. удаление дренажей происходило на 3,5 (2–10) сутки, пребывание в ОРИТ составило 2 (1–6) суток. Медиана продолжительности послеоперационного периода составила 6 (3–25) к/д в I гр. и 9 (5–31) к/д в гр. II. В группе I у 11 (25 %) пациентов возникли осложнения, в группе II – у 7 (25,9 %) пациентов. Летальных исходов в обеих группах не было.

Продолжительность наблюдения за пациентами I гр. составила 36 (2–68) месяцев. 7 пациентов вышли из-под наблюдения: 4 пациента не явились на контрольный осмотр (через год, два и четыре года), 1 пациентка умерла через 6 месяцев от кардиальной патологии, 1 пациент умер от токсического гепатита через год после операции и еще 1 пациентка умерла через два года от рака языка.

У 42 (95,5 %) пациентов отмечена внешнесекреторная недостаточность (у двух пациентов она возникла в послеоперационном периоде), эластаза кала 13,05 (0–256,4) мкг/г. У одной пациентки возник инсулинопотребный сахарный диабет через 3 месяца от операции; у трех пациентов (через 5 месяцев, 2 года и 3 года, соответственно) отмечено нарушение толерантности к глюкозе, корригируемое диетой; у двух пациентов (через 6 месяцев и два года) потребовалось увеличение доз инсулинотерапии. Уровень гликозилированного гемоглобина составил 5,8 (4,7–9,6) %.

Во II гр. продолжительность наблюдения была 48 (6–60) месяцев. Четыре пациента вышли из-под наблюдения (через 2, 3 и 4 года не явились на контрольное обследование). Один пациент умер через год от кардиальной патологии. Внешнесекреторная недостаточность отмечена у 26 пациентов, эластаза кала 14,2 (0–256,6) мкг/г.

У одного больного через 2 года потребовалось увеличение доз инсулинотерапии. Уровень гликозилированного гемоглобина составил 6,4 (4,7–10,5) %. Практически все пациенты в обеих группах прибавили в весе: на 1 (0–10) кг I гр., и на 2 (0–8) II гр.

Рецидив болевого синдрома отмечен у одного пациента в I гр., которому потребовалась конверсия доступа через 2 года после операции, однако меньшей выраженности, чем до вмешательства и не требующий приема обезболивающих препаратов. Индекс боли по шкале Bloechle после операции составил 0 (0–27) в I гр. и 0 (0–28) во II гр.

Таким образом, в группе, где пациенты были прооперированы лапароскопическим способом, отмечался меньший объем кровопотери, лучшая реабилитация больных и наличие меньшего числа осложнений, либо возникновение осложнений менее тяжелого характера, наблюдалось снижение продолжительности пребывания пациента в стационаре. В то же время эндовидеохирургические методы демонстрируют сопоставимый с открытыми вмешательствами обезболивающий эффект, отсутствие рецидива болевого синдрома и улучшение качества жизни.

Применение миниинвазивных технологий в лечении пациентов с хроническим калькулезным панкреатитом позволяет уменьшить операционную травму и объем кровопотери, ускорить реабилитацию и активизацию пациентов в послеоперационном периоде, обеспечивая сопоставимый с традиционным оперативным доступом обезболивающий эффект.

Хими́на И. Н.

ГБУЗ «КДЦ № 6 ДЗМ»

АТЛАС ЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОГАСТРОСКОПА EG-2990ZI, СОВМЕЩЕННОГО С ВИДЕОПРОЦЕССОРОМ ЕРК-17000 РЕНТАХ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ HD+ I-SCAN С ФУНКЦИЕЙ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ)

В современных социально-экономических условиях проблема заболеваний органов желудочно-кишечного тракта была и остается одной из ведущих, что заставляет искать новые и совершенствовать известные методы их диагностики. Технический прогресс представляет инновационные системы, обеспечивающие более высокую степень обнаружения зон поражения слизистой оболочки. Благодаря выдающимся достижениям современной науки и техники, способы гастроинтестинальной эндоскопии достигли впечатляющих успехов. Внедрение новых и значительное усовершенствование известных диагностических приемов неизбежно приводит к некоторому пересмотру сложившихся ранее положений, в частности – к изменениям и дополнениям в методике и технике исследования, к определенной переоценке диагностических возможностей, а также выявлению предела применения нового метода на современном этапе.

Обнаружение, классификация, изучение морфологических характеристик патологического очага и анализ – вот важные шаги диагностического алгоритма в современной стандартной эндоскопии. И только благодаря применению гастроинтестинальной эндоскопии высокого разрешения HD+, соединенной с i-scan технологией с функцией оптического увеличения, основанной на последующей обработке отраженного цвета, открываются новые возможности более детального изучения слизистой, стало реальным применение данного логического алгоритма выбора лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Ранее для выявления метаплазированного эпителия использовался такой метод, как хромоэндоскопия (при этом метаплазированный эпителий окрашивался метиленовым синим, толуидиновым синим, индигокармином, а многослойный плоский эпителий – раствором Люголя). Но данный метод является довольно трудоемким и длительным. В настоящее время благодаря применению виртуальной хромоэндоскопии в сочетании с технологией MagniView, помимо того, что улучшается четкость изображения, стало возможным определить микроструктуру поверхности ткани, распространенность патологического очага, оценить архитектуру сосудистой сети в зоне поражения.

Результаты и выводы

В ходе работы получены следующие результаты:

- предложен логический алгоритм выбора наиболее диагностически значимых возможностей видеогастроскопа EG-2990Zi и видеопроцессора ЕРК-і7000 Pentax при исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта, позволяющий принимать предварительное решение относительно локализации патологического процесса, выбирать лечебно-диагностическую тактику, с предельной точностью определять место взятия биопсийного материала;
- проведен анализ основных цитоморфологических показателей у 438 пациентов с различной патологией;
- проведено сравнение анализируемых гистологических данных с эндоскопическими характеристиками в различных режимах с использованием инновационных технологий, позволившее оценить степень факторов риска развития неопластических изменений слизистой оболочки пищевода, желудка, луковицы ДПК;
- проведен анализ полученных данных для создания путей повышения эффективности медицинской помощи больным с выделением групп пациентов с изменениями слизистой, предшествующими неопластическим, для динамического наблюдения с различной степенью детализации: от изучения эндоскопических характеристик слизистой до цитоморфологического уровня диагностики.

Представленные материалы могут быть использованы для оптимизации лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Выводы

В связи с высокой медико-социальной значимостью заболеваний желудочно-кишечного тракта необходимо создание научно-обоснованных подходов повышения эффективности медицинской помощи больным с данной патологией. Это требует проведения комплексного многоуровневого исследования с выработкой соответствующих рекомендаций. Проведение такой работы невозможно без использования современных методов диагностики, прогнозирования течения заболевания на основе цитоморфологических результатов исследования.

Не подлежит сомнению, что в настоящее время только комплексное обследование больных с использованием морфологических методов исследования может обеспечить диагностику ранних стадий рака, а точность диагностики во многом зависит от правильной эндоскопической трактовки видимых изменений слизистой оболочки и четкого взятия материала для цитоморфологического исследования, чему, безусловно, способствует применение инновационной технологии узкоспектральной эндоскопии с оптическим увеличением.

Хубутия М. Ш.^{1,2}, Новрузбеков М. С.^{1,2}, Олисов О. Д.¹, Гуляев В. А.¹, Луцык К. Н.¹, Журавель С. В.^{1,2},
Магомедов К. М.¹, Донова Л. В.¹

¹ ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ»

² ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России»

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Научная новизна.

В работе обобщен уникальный для России опыт лечения нерезектабельных опухолевых и паразитарных поражений печени.

Нерезектабельные очаговые поражения печени занимают весьма скромное место в структуре показаний к ОТП, что можно объяснить комплексом причин. Подобные заболевания не имеют большого распространения, в связи с чем их удельный вес в общей популяции трансплантированных больных невелик. Так, гепатоцеллюлярная карцинома, развившаяся в отсутствие фоновых заболеваний печени, таких как хронический гепатит и цирроз, составляет не более 10 % от всех случаев печеночно-клеточного рака, ЭГ – не более 1 % от всех злокачественных поражений печени, а альвеококкоз характеризуется зональной распространенностью и чаще всего встречается в таких регионах как Сибирь, Дальний Восток, Китай, Средняя Азия. Суммарный опыт ведущих трансплантационных клиник Европы, накопленный к 2012 г., насчитывал 105 операций трансплантации печени при нерезектабельной форме ГЦК. Суммарный мировой опыт экстракорпоральных резекций и ауто трансплантации печени (ex situ, ex vivo или операция Р. Пихельмайера) к 2016 г. составлял 101 операцию.

Следующей причиной, на наш взгляд, является ограниченная доступность трансплантации печени большинству таких пациентов в силу сохраняющегося дефицита донорских органов, обоснованных опасений в плохом прогнозе безрецидивной и общей выживаемости, а также в связи с пока еще недостаточным объемом трансплантационной помощи в регионах.

Данная работа оказалась возможной благодаря наличию трансплантационной службы в структуре ДЗМ. НИИ СП им. Н. В. Склифосовского является единственным центром в структуре ДЗМ, выполняющим подобные операции.

Отдаленные результаты. Медиана общей выживаемости (ОВ) в совокупной популяции оперированных пациентов составила 39 месяцев (рис. 11).

Сроки наблюдения за пациентами из группы ГЦК составили от 12 до 152 месяцев. Прогрессия ГЦК диагностирована у 33,3 % (3 из 9) пациентов. Медиана безрецидивной выживаемости (БРВ) составила 40 месяцев (от 4 до 108 месяцев), медиана общей выживаемости (ОВ) – 48 месяцев (от 12 до 152 месяцев). У 44,4 % (4 из 9) пациентов срок наблюдения превышает 5 лет. Все 9 пациентов к настоящему времени живы, социально и физически адаптированы, пациенты с прогрессией ГЦК получают специализированное онкологическое лечение и продолжают работать по своей основной специальности.

В группе пациентов, оперированных по поводу альвеококкоза, сроки наблюдения составляют от 5 до 124 месяцев, медиана ОВ – 36 месяцев. Рецидив отмечен в 1 наблюдении и потребовал повторного оперативного вмешательства (правосторонняя адреналэктомия) спустя 2 года после ОТП.

Из четырех пациентов, трансплантированных по поводу ЭГ, рецидив заболевания отмечен у 50 %, сроки наступления рецидива в обоих случаях составили 4 месяца. Оба пациента умерли от прогрессии ЭГ в сроки 14 и 20 послеоперационных месяцев. Два пациента к настоящему времени живы, течение послеоперационного пери-

ода безрецидивное, сроки наблюдения составляют 48 и 152 месяца, соответственно. Таким образом, медиана ОВ для пациентов, перенесших пересадку печени по поводу ЭГ, составила 20 месяцев.

Больная, перенесшая ЭРиА по поводу ХЦР прослежена в срок до 24 месяцев, в настоящее время данных за прогрессию ХЦР нет.

Заключение.

Некоторые нерезектабельные очаговые поражения печени могут быть успешно излечены трансплантацией печени или, реже, экстракорпоральной резекцией в условиях гипотермии. Наибольшие риски в раннем послеоперационном периоде представляют пациенты с запущенными формами альвеококкоза, поскольку они исходно скомпрометированы такими факторами, как истощение и хроническая инфекция. Лечение альвеококкоза печени должно начинаться в специализированных гепатобилиарных центрах, желательны имеющие опыт трансплантации. Это существенно повысит радикальность лечения и избавит пациентов от паллиативных операций, не улучшающих ни качество жизни, ни результатов будущих хирургических вмешательств. Трансплантации печени по поводу эпителиоидной гемангиоэндотелиомы должно предшествовать тщательное предоперационное обследование, сводящее к минимуму вероятность раннего рецидива. ОТП при нерезектабельной ГЦК, развившейся вне фонового заболевания печени, характеризуется удовлетворительными показателями безрецидивной и общей выживаемости. Экстракорпоральные резекции печени рекомендованы в отдельных случаях, а хирургическая и анестезиологическая бригады должны иметь опыт в проведении трансплантаций печени.

Ченцов В. Б.¹, Токмалаев А. К.², Цветкова Н. А.¹, Муслимов Р. Р.¹, Истомина Л. Б.¹,
Вдовина Е. Т.¹, Емероле К. Ч.²

¹ ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ ЗАВОЗНОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ПУТЕМ ОПТИМИЗАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМАМИ БОЛЕЗНИ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

В настоящем исследовании представлен самый большой в России систематизированный опыт успешной интенсивной терапии тяжелых и осложненных форм тропической малярии в одном лечебном учреждении. Ни один из стационаров не обладает аналогичным опытом интенсивной терапии тяжелых и осложненных форм малярии, вызванной *P. falciparum* на основании данных публикаций в отечественной научной литературе.

Результаты

Для оценки влияния экстракорпоральных методов гемокоррекции на эффективность лечения мы провели определение клиренса паразитемии с использованием программного обеспечения (Worldwide Antimalarial Resistance Network's parasite clearance estimator), рекомендованным ВОЗ. Из 72 исследуемых данные 54 пациентов были пригодны для оценки клиренса паразитемии. 38 (71 %) пациентов в основной группе получали общепринятую терапию и экстракорпоральные методы гемокоррекции и 16 (29 %) пациентов в контрольной группе получали только общепринятую терапию. Среднее время клиренса паразитемии составляло 37,50 (95 % CI 36,21–38,18)

часов и 47,56 (95 % CI 46,26–48,70) часов для пациентов основной и контрольной группы соответственно, $p < 0,05$. Средний показатель клиренса паразитов в основной группе, принимавшей экстракорпоральные методы гемокоррекции, имел период полураспада паразитов (время, необходимое для уменьшения паразитемии вдвое): 3,12 (95 % CI 0,91–4,88) часа и 4,00 (95 % CI 1,14–5,20) часа в контрольной группе пациентов.

Всего было зафиксировано 9 летальных исходов: 2 (5 %) в группе пациентов, проведенных по Протоколу, и 7 (43 %) в группе пациентов, получавших только общепринятую терапию.

Заключение

Таким образом, в ОРИТ ИКБ № 2 сформирована система оказания помощи больным тропической малярией с тяжелыми и осложненными формами болезни, реализованная в виде Протокола ведения этой категории больных. В дополнение к общепринятым методам интенсивной терапии, в том числе рекомендованным ВОЗ (2010 г., 2015 г.), в Протоколе определены показания для перевода больных в отделение реанимации, предусмотрено превентивное (до развития почечной недостаточности) применение методов экстракорпоральной гемокоррекции на основе продленной вено-венозной гемодиализации и плазмафереза в режиме плазмообмена, а также проведение искусственной вентиляции легких при начальных признаках нарушения сознания больного. Все изложенные меры интенсивной терапии направлены фактически на спасение жизни больных.

Об эффективности подобного подхода к интенсивной терапии свидетельствуют успешный исход лечения большинства (93,2 %) больных самыми тяжелыми осложнениями, вплоть до малярийной комы и СПОН, против 16 % до внедрения Протокола, а также сокращение сроков пребывания больных в ОРИТ: $6,67 \pm 1,9$ дн. против $9,4 \pm 1,6$ дн. до введения в действие лечебных мер, предусмотренных Протоколом. Эффективность Протокола подтверждена во время проведения Чемпионата мира по футболу FIFA 2018. В ИКБ № 2 поступило 24 болельщика с тропической малярией, 7 из них – в крайне тяжелом состоянии госпитализированы в ОРИТ, летальных исходов не было.

Чубарова А. И.^{1,2}, Дмитриева И. Б.¹, Афуков И. И.^{1,2}, Зильберт Е. В.^{1,2}, Траубе М. А.¹

¹ ГБУЗ «ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ, КАК ОСНОВА АДЕКВАТНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Новизна

В данном исследовании представлен результат рутинного мониторингового анализа флоры пациентов неонатальных реанимационных отделений. Проанализированы основные ее микробиологические характеристики и структура видового состава. Отражены результаты внедрения в практику исследования генетических особенностей микробиоты новорожденных пациентов. Сформирован пошаговый алгоритм подбора индивидуальной схемы антибактериальной терапии в разные периоды перевода новорожденных пациентов в реанимационное отделение стационара.

Результаты работы

Стартовая терапия всегда ассоциирована с эмпирическим характером. Она должна быть максимально эффективна. Понятие эффективности препарата далеко не всегда можно описать только спектром его активности в отношении микроорганизмов. Важно понимать, что препарат должен проникать в очаг инфекционного процесса,

если он известен, в количестве достаточном для создания минимальной подавляющей концентрации и поддерживать соответствующий уровень концентрации оптимальное количество времени. Выбор препарата для новорожденного с сочетанной патологией на втором и третьем этапах лечения всегда сложен.

**Шаповальянц С. Г.^{1,2}, Платонова Е. Н.¹, Иванова Е. В.^{2,3}, Федоров Е. Д.^{1,2}, Плахов Р. В.^{1,2},
Лариче С. Е.^{2,4}, Веселое В. В.^{5,6}, Старков Ю. Г.⁷, Щербаков П. Л.^{8,9}**

¹ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава РФ»

³ «Клиника +31 Петровские ворота»

⁴ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы»

⁵ ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А. Н. Рыжих Минздрава РФ»

⁶ ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава РФ»

⁷ ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского Минздрава РФ»

⁸ АО ГК «МЕДСИ», профессор кафедры гастроэнтерологии

⁹ РБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского»

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНТЕСТИНОСКОПИЯ – НОВЫЕ РЕШЕНИЯ СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

В настоящей работе изложен самый большой в России многолетний опыт диагностики и лечения плановых и ургентных больных с различной патологией тонкой кишки. Разработана и внедрена комплексная методика эндоскопического исследования тонкой кишки, включающая сочетанное использование видеокапсульной и баллонно-ассистированной энтероскопии, впервые в России изучены возможности использования эндосонографии тощей и подвздошной кишки через энтероскоп, создан структурированный протокол регистрации видеокапсульного и баллонно-ассистированного исследования тонкой кишки. На основе результатов успешной диагностики и лечения значительного числа пациентов изучена и систематизирована эндоскопическая семиотика заболеваний тонкой кишки.

Результаты работы: организационный уровень

Разработанная методика комплексного обследования больных с заболеваниями тонкой кишки широко применяется во многих учреждениях здравоохранения Москвы и других городов: ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗ г. Москвы», Медицинском реабилитационном центре «Клиника +31», ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А. Н. Рыжих» Минздрава РФ, ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского», ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница». Сочетанное применение ВКЭ и БАЗ позволяет максимально эффективно выполнять диагностику тонкокишечной патологии и определять тактику дальнейшего лечения пациента.

Результаты работы: лечебный уровень

Накоплен многолетний опыт более 1200 видеокапсульных исследований у больных с подозрением на патологию тонкой кишки, в том числе сочетанного применения ВКЭ и БАЗ у 341 пациента. Эндоскопическая ультрасонография тонкой кишки в ходе энтероскопии осуществлена у 25 пациентов.

Видеокапсульная эндоскопия, основанная на фиксации изображения поверхности тонкой кишки при помощи неуправляемого мобильного устройства-капсулы, самостоятельно продвигающегося по пищеварительному тракту, завершалась компьютерным анализом получаемых изображений, помогавшим верифицировать патологию.

Техника выполнения одноканальной (трансоральной/трансанальной) энтероскопии состояла из нескольких этапов: проведение энтероскопа в начальный или терминальный отделы тонкой кишки; присборивание тонкой кишки; осмотр тонкой кишки на выходе.

Спектр выявленных заболеваний тонкой кишки. Наиболее частой находкой были воспалительные заболевания (энтериты, эрозивно-язвенные поражения, болезнь Крона, целиакию) – 40,4 % и опухолевые поражения тонкой кишки – 27,2 %, в меньшем проценте случаев диагностировали сосудистую патологию тонкой кишки (ангиоэктазии) – 21,6 %, дивертикул Меккеля – 2,3 %. Другие находки, составившие 8,5 %, представлены патологическими изменениями верхних и нижних отделов ЖКТ, которые не были диагностированы при ЭГДС и колоноскопии.

У пациентов с кровотечением из тонкой кишки выполнялась его остановка или профилактика с применением методов аргонплазменной коагуляции (АПК) или клипирования.

Опухоли тонкой кишки эндоскопическим путем нами были выявлены у 58 пациентов. Чаще всего обнаруживались гамартумы при синдроме Пейтца-Егерса, гиперпластические полипы, а также нейроэндокринные и гастроинтестинальные стромальные опухоли.

Эндоскопическое удаление образований через интестиноскоп выполнено у 19 пациентов, при этом использовалась методика петлевой электроэксцизии, эндоскопической резекции слизистой или удаления с предварительным наложением эндопетли. В результате комплексного применения ВКЭ и БАЭ признаки энтерита/энтеропатии были выявлены у 86 пациентов. По данным гистологического исследования, хронический энтерит был подтвержден у 33,3 % больных, эрозивный энтерит – у 13,7 %, эозинофильный энтерит – у 7,8 %, целиакия – у 5,9 %, лучевой энтерит – у 3,9 %, экссудативная энтеропатия – у 2 %, первичная кишечная лимфангиэктазия – у 2 % пациентов. Диагноз болезни Крона выставлялся на основании эндоскопических и/или морфологических (выявление клеток Пирогова-Лангханса) критериев.

Эндоскопическое лечение проведено у 6 пациентов: выполнено аппаратное блокирование стриктур при болезни Крона (5) и баллонная дилатация доброкачественных стриктур тощей кишки при лучевом энтерите (1).

У больных, перенесших реконструкцию по Бильрот II на длинной петле, по Бальфуру и по Ру, несмотря на наличие длинной приводящей петли, нам удалось достичь желчевыводящих путей у 16 (66,7 %) из 24 больных.

У 11 (68,8 %) из 16 пациентов выполнены инструментальная ревизия и лечебные вмешательства на желчевыводящих путях и протоках поджелудочной железы: холангиография (2), баллонная дилатация бигепатикоюноанастомоза с извлечением конкрементов (1), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (4), в том числе с выполнением внутрипротоковой биопсии (1) и экстракцией билиарного сладжа (2), санация гепатикоэнтероанастомоза и желчевыводящих протоков (1), стентирование общего желчного протока (2), стентирование главного панкреатического протока (1).

ПРЕМЬЕРА ВКЛЮЧЕНИЯ КСЕНОНА В ТЕРАПИЮ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Цель работы: внедрить в систему московского здравоохранения клиническую практику проведения масочных ингаляций ксеноно-кислородной смесью в сочетании с комплексной синдромальной терапией дыхательной недостаточности при атипичных вирусных и бактериальных пневмониях, стандартными мерами предупреждения развития острого респираторного дистресс-синдрома взрослых, острой коронарной и церебральной патологии.

Научная новизна

Впервые в мире разработан парк аппаратуры и методика проведения масочной ингаляции ксеноно-кислородной смеси для купирования синдрома дыхательной недостаточности вследствие развития острого респираторного дистресс-синдрома легких на фоне подтвержденной вирусной пневмонии в условиях пандемии (рис. 9, 10).

Рис. 10. Сборка парка аппаратуры.



Рис. 9. Апробация методики масочной ингаляции ксеноно-кислородной смесью 28 марта 2020 года (отделение анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «ГНЦ Лазерной медицины им. О. К. Скобелкина» ФМБА России, отделение ОРИТ ГБУЗ «ГВВ № 2» ДЗМ).



Результаты собственных исследований

На первом этапе работы мы оценивали безопасность использования методики ингаляций ксенона в новой, разработанной нами портативной упаковке на выраженность ежедневного профессионального дистресса врачей – анестезиологов-реаниматологов, исследовали влияние ксенона на основные физиологические параметры организма и маркеры стресс-реакции, оценивали динамику углекислого газа в дыхательном контуре при кратковременной ингаляции ксеноно-кислородной смесью.

В основу работы легли наблюдения за 21 врачом – анестезиологом-реаниматологом (практически здоровыми добровольцами) в возрасте от 29 до 37 лет во время суточного дежурства.

До начала рабочей смены у исследуемых проводили тест Леонгарда-Шмишека и TCI-тест Клонигера (Temperament and Character Inventory (TCI) is an inventory for personality traits devised by Cloninger et al.).

До и после исследования добровольцам предлагали ответить на вопросы модифицированного теста Спилберга. У 9 добровольцев мы проводили забор крови из локтевой вены для определения гормонального фона и кислотно-основного состояния крови до начала дежурства. По окончании рабочей смены повторно осуществляли забор крови для определения концентрации тех же значений. Оценивали концентрацию следующих гормонов: кортизол, инсулин, тиреотропный гормон, трийодтиронин свободный, соматотропный гормон, пролактин, адренотропный гормон, эритропоэтин. У 12 добровольцев исследовали кислотно-основной, гормональный состав крови, динамику кардиоферментов, активность митохондриальных ферментов, эритропоэтина, динамику картины УЗИ легких и сердца до, вовремя и после масочной ингаляции ксеноно-кислородной смесью.

Выводы

Масочные ингаляции ксеноно-кислородной смесью у добровольцев:

1. Снижают уровень ситуационной тревожности.
2. Эффект степени воздействия зависит от уровня личностной тревожности и акцентуации характера.
3. Не влияют на гормональный фон при тяжелой степени астенизации организма и крайней степени истощения при дистрессе.
4. Не изменяют газовый состав и кислотно-основное состояние периферической венозной крови.
5. Нарастание углекислого газа в дыхательном контуре происходит в конце второй минуты.
6. Увеличивают воздушность легочной ткани за счет эффекта аутоположительного давления в конце выдоха.
7. Незначительно увеличивают давление в легочной артерии вовремя и после ингаляции.
8. Отсутствует влияние на показатели общеклинического анализа крови, коагулограммы, биохимического анализа периферической венозной крови, маркеров воспалительного ответа, специфических кардиоферментов, эритропоэтин.
9. Снижают уровень мозгового натрийуретического пептида в рамках референсных значений.
10. Увеличивают активность митохондриальных ферментов, общую оптическую плотность гранул.
11. Портативное устройство масочной ингаляции ксеноно-кислородной смеси безопасно и комфортно в использовании.
12. Масочные ингаляции ксеноно-кислородной смесью у пациентов U07.1.
13. Увеличивает воздушность легких, в том числе и в базальных отделах, уменьшает количество патологических линий.
14. Изменения биоэлектрической активности головного мозга подобны тем, которые наблюдаются во время дневного сна.

15. Увеличивают выброс серотонина, гистамина, ангиотензина, ГАМК, снижают активность глутамата.
16. При оценке данных ВАШ ДН отмечается уменьшение уровня дыхательной недостаточности.
17. Значимо увеличивают парциальное давление кислорода и умеренно снижают давление углекислого газа в периферической артериальной крови.
18. Увеличивают сатурацию кислорода крови.
19. Снижают показатели NT-proBNP.

Практические рекомендации

Масочную ингаляцию ксенено-кислородной смесью проводят портативным устройством --баллоном объемом 150-600 мл с процентным содержанием ксенона и кислорода в смеси 60 и 40 %, соответственно, оснащенным дыхательным резервуаром объемом 3–6 л и лицевой маской 4–5 s. До начала ингаляции больной делает глубокий вдох и полный выдох на инсуффляции кислорода с фракцией подачи 0,3–0,6 через носовые канюли. После этого лицевая маска герметично накладывается на лицо пациента и открывается вентель подачи газовой смеси. Больной делает глубокий вдох, после чего необходимо перекрыть вентель подачи газовой смеси. В течение 1–2 минут, в зависимости от показателя сатурации кислорода, пациент реверсивно дышит смесью в контуре, после чего можно прекратить ингаляцию или добавить открытием вентеля порцию свежей газовой смеси. Рекомендованное время ингаляции до 4 минут. После прекращения ингаляции с целью купирования эффекта диффузионной гипоксии обязательно дыхание кислородом через носовые канюли. Ингаляцию можно проводить однократно. Рекомендуется проводить серию от трех до восьми ингаляций каждые 6 часов для достижения значимого эффекта толерантной адаптации.

Шишин К. В.¹, Недолужко И. Ю.¹, Шумкина Л. В.¹, Курушкина Н. А.¹, Павлов И. А.¹,

¹ ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ»

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА

Новизна, оригинальность по сравнению с другими центрами

В ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова» работа организована таким образом, что позволяет пациентам получить комплексную помощь по различным нозологиям, начиная с амбулаторной консультации, проведения предоперационного обследования и хирургического лечения и заканчивая наблюдением в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

В отделении оперативной эндоскопии реализуется персонализированный подход к пациенту, что позволяет разрабатывать современные методики оперативного вмешательства и применять менее травматичный доступ при лечении, в том числе и отягощенных по соматическому статусу пациентов.

Результаты работы: организационный уровень

При первичном обращении пациент с дивертикулумом Ценкера попадает на прием к хирургу-эндоскописту, который назначает план обследования пациента, в том числе с учетом требования системы обязательного медицинского страхования. После диагностики и при необходимости консервативного лечения пациент госпитализируется в стационар. Большинство пациентов эндоскопического профиля ведут врачи отделения оперативной эндоскопии. Поскольку пациент попадает в стационар полностью обследованным и с допуском к оперативному

вмешательству от штатного анестезиолога-реаниматолога ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова», операция проводится на следующий день после госпитализации. Отделение оперативной эндоскопии оснащено собственным операционным блоком и палатой пробуждения. После хирургического вмешательства пациент наблюдается в палате пробуждения и переводится в профильное отделение. При стандартном течении послеоперационного периода выписка происходит на вторые сутки после вмешательства. При выписке пациенту назначается необходимая лекарственная терапия, а также рекомендации по контрольным обследованиям. Таким образом, пациент с профильным заболеванием находится в одних и тех же руках с момента первичного обращения и до полного выздоровления.

Это позволило нашим специалистам отработать комплексную программу диагностики, лечения и послеоперационного ведения пациентов с дивертикулом Ценкера.

Диагностика дивертикула Ценкера не представляет существенных трудностей. В большинстве наблюдений болезнь можно заподозрить на основании характерных жалоб. Клиническая картина главным образом зависит от размеров дивертикула и наличия осложнений.

Инструментальная диагностика дивертикула Ценкера основывается главным образом на результатах рентгенологического и эндоскопического исследований. Эндоскопическое исследование имеет большое значение в диагностике дивертикула Ценкера. При данном исследовании оцениваются: уровень расположения устья дивертикула; размеры дивертикула (ширина, длина, глубина); характер его содержимого (сляна, еда); состояние слизистой оболочки дивертикула (воспалительные изменения: гиперемия, эрозии или язвы). Трансназальная гастроскопия может иметь приоритет, т. к. легче переносится больными и является более безопасной в отношении травмы дивертикула.

За 2 дня до операции с целью профилактики аспирации всем пациентам назначается специальная диета с ограничением приема твердой пищи и обильным питьем прозрачных жидкостей. За 4 часа до вмешательства ограничивается пероральный прием лекарственных препаратов. Перед началом операции выполнялась однократное профилактическое внутривенное введение 2 г антибиотика широкого спектра действия.

Диета в день операции – голод. С превентивной целью во время операции рекомендуется переливать не менее 800–1200 мл физиологического раствора. Зонд в желудок не устанавливается. На следующий день выполняется рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом в прямой и боковой проекции. Основной целью исследования является исключение затеков контрастного вещества и определение возможности питания больного. При отсутствии затеков разрешается питье, прием жидкого питания. Со вторых суток после операции назначается щадящая диета. Антибиотикотерапия – только при наличии подозрения на затек контрастного препарата.

Первый контрольный осмотр целесообразно выполнять не ранее месяца после операции. При отсутствии жалоб необходимости проведения инструментального обследования нет. Контрольное эндоскопическое и рентгенологическое исследования целесообразны через 3 месяца и год после операции.

Результаты работы: лечебный уровень

Оптимальное эндоскопическое пособие должно сочетать в себе положительные стороны двух технологий и являться патогенетически направленным, достаточно простым в техническом исполнении, максимально радикальным и безопасным для пациента. Эти принципы легли в основу разработки модифицированной комбинированной методики вмешательства.

Первоначальный разрез слизистой оболочки и последующее рассечение мышц осуществляется посередине крикофарингеальной складки, которая отчетливо визуализируется при использовании дистального колпачка (Рис. 1 А-В). При этом отчетливо визуализируется проксимальный край крикофарингеальной мышцы (Рис. 1 Г).

Инъекция через оболочку диссекционного ножа между краем мышцы и слизистой с обеих сторон позволяет создать инфильтрационную подушку и пространство для безопасной диссекции. Первичный разрез слизистой должен быть достаточным для свободного прохождения дистального конца эндоскопа с колпачком. При этом одновременное пересечение мышечных структур по ходу проведения аппарата вперед позволяет без существенных трудностей сформировать начальную часть тоннеля в подслизистом пространстве.

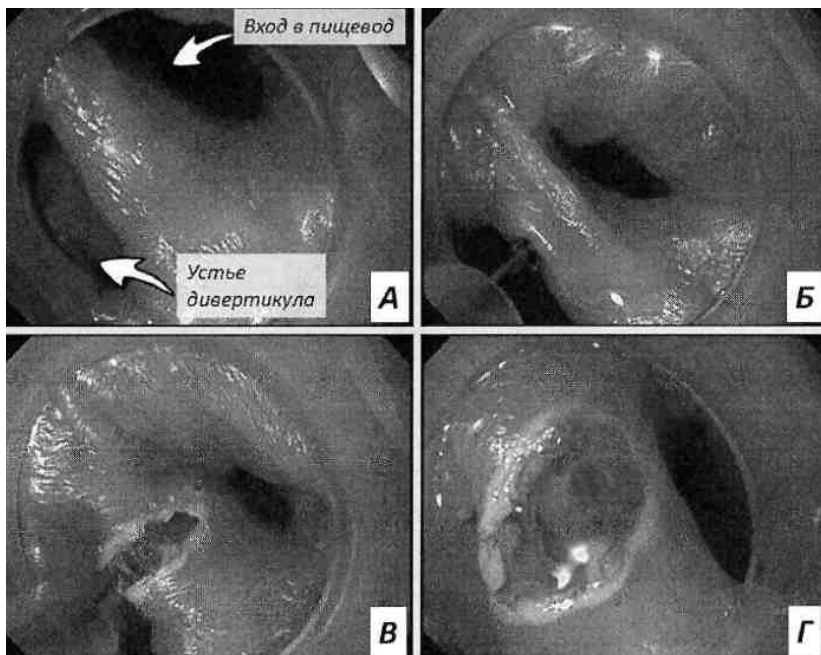


Рис. 1. Крикофарингоэзофагомия по комбинированной методике. Этапы операции. Объяснение в тексте.

После выполнения миотомии в проксимальной части перегородки мышечные структуры разделяются на две порции, между которыми находится тонкая прослойка клетчатки средостения. Мышечные волокна, прилежащие к

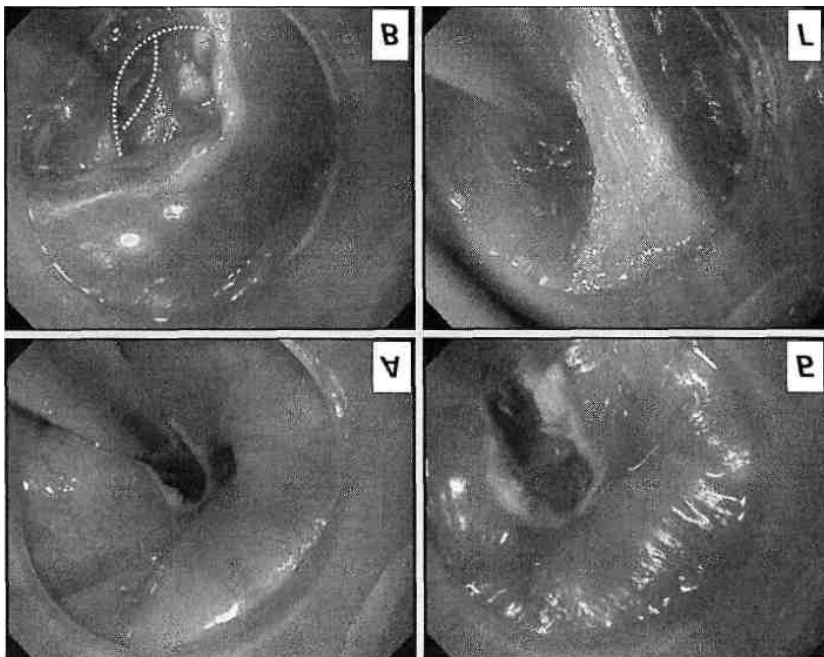


Рис. 2. Крикофарингоэзофагомия по комбинированной методике. Этапы операции. Объяснение в тексте.

дивертикулу, представляют собой дистальную порцию крикофарингеальной мышцы. Под слизистой пищевода расположен собственный мышечный слой, образующий вторую порцию видимых мышечных структур (Рис. 2 В). После полного пересечения крикофарингеальной мышцы выполняется собственно тоннельный этап операции, целью которого является выполнение верхне-пищеводной миотомии. Поэтапная инфильтрация тканей с обеих сторон мышечного слоя пищевода в клетчатку средостения и подслизистый слой пищевода позволяет отчетливо визуализировать мышцу и безопасно пересекать ее на большом протяжении (Рис. 2 Г). Прецизионная работа в тоннеле сводит к минимуму риск кровотечения и нарушение иннервации окружающих органов и тканей.

Протяженность верхне-пищеводной миотомии определяется двумя основными ориентирами. Во-первых, миотомия должна быть выполнена ниже дна дивертикула не менее 1–2 см. Это позволяет создать оптимальные условия для последующего сведения краев рассеченной слизистой. Миотомия ниже дна дивертикула позволяет устранить гипертонус пищевода и является важным аспектом профилактики рецидива клинических проявлений заболевания. Вторым ориентиром, имеющим большее значение при небольших размерах дивертикула, является изменение толщины мышечного слоя пищевода. По мере проведения миотомии толщина слоя уменьшается до нормальной, что косвенно говорит о полном рассечении мышечного каркаса пищевода на сегменте с повышенным тонусом. В среднем протяженности миотомии составляет около 4–5 см и, конечно, в большей степени определяется размерами дивертикула (Рис. 3 А).

Рис. 3. Кривофарингоэзофагомиотомия по комбинированной методике. Этапы операции. Объяснение в тексте.

После выполнения миотомии необходимой протяженности аппарат выводится из тоннеля и проводится последовательное рассечение слизистой. Первым этапом в продольном направлении рассекается слизистая со стороны дивертикула до его дна (Рис. 3 Б). Вторым этапом на таком же протяжении рассекается слизистая пищевода (Рис. 3 В). Следует стремиться проводить рассечение слизистой строго в одном направлении без смещения. В последующем это является залогом успешного наложения клипс и герметичного сведения слизистой в месте формирования соустья.

Первая клипса накладывается в дистальной части разреза. Одной браншей клипсы цепляется слизистая в области дна дивертикула, другой слизистая пищевода – в конце разреза. При сведении краев в области дна большой округлый дефект слизистой приобретает линейное направление в виде буквы V. Последующее наложение клипс и сведение раны не представляет существенных трудностей. Клипсы накладываются каждые 7–8 мм до полного закрытия разреза (Рис. 3 Г).

**Шмуkler А. Б.¹, Кирьянова Е. М.¹, Папсуев О. О.¹, Мовина Л. Г.¹, Мурашко А. А.¹, Давыдов К. В.¹,
Давыдова А. С.¹**

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского
Минздрава России»*

СИСТЕМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Новизна, оригинальность

В Московском научно-исследовательском институте психиатрии – филиале ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России под руководством профессора И. Я. Гуровича была разработана система комплексной полипрофессиональной помощи психически больным, включающая в качестве обязательного компонента направленную психосоциальную терапию. Эффективность данной системы помощи была продемонстрирована в многочисленных исследованиях, подробно описана в клинических рекомендациях, разработанных под эгидой Российского общества психиатров (в частности, для больных шизофренией), и является основой ряда образовательных модулей и учебных курсов.

Результаты работы: организационный уровень

Система комплексной полипрофессиональной помощи психически больным обусловила создание новых организационных форм: клиника первого психотического эпизода, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. Принципы, методика

и эффективность работы данных подразделений были оценены в ряде пилотных проектов в Московском научно-исследовательском институте психиатрии, а также в регионах. Полученные результаты позволили обосновать целесообразность внедрения новых организационных форм в практику оказания психиатрической помощи и способствовали включению большей их части в «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (Приказ МЗ РФ № 566н от 17.05.2012). На сегодняшний день вышеперечисленные отделения созданы при психиатрических учреждениях во всех регионах РФ.

Результаты работы: практический уровень

Система комплексной полипрофессиональной помощи психически больным позволяет сократить длительность психотического состояния (в 3 раза), количество повторных обострений и госпитализаций (в 2–3 раза), улучшает комплаенс и прогноз заболевания, положительно влияет на социальную адаптацию, способствует сохранению или приумножению социальных достижений (пациенты, получившие комплексную полипрофессиональную помощь, в 2 раза чаще продолжают обучение или работу без снижения квалификации либо вновь трудоустраиваются), предупреждает инвалидизацию.

Заключение

Современные тенденции в организации психиатрической помощи подразумевают сдвиг ее акцента во внебольничные условия. В России данный подход имеет богатые традиции, связанные, в том числе, с разработкой теоретических и прикладных аспектов лечебно-реабилитационного направления в психиатрии. Однако в настоящее время он приобретает новое содержание, обусловленное достижениями нейронаук, предоставляющих неоспоримые доказательства биопсихосоциальной природы психических заболеваний.

Медикаментозная и психосоциальная терапия, осуществляемые совместно в рамках полипрофессионального бригадного ведения пациентов, имеют своей целью патологическое нейрональное функционирование, а отличие в подходах состоит лишь в методе достижения нейробиологических изменений. Фактически речь идет о конвергенции результатов биологических и психосоциальных вмешательств, направленных на коррекцию выявляемой у пациентов психобиологической уязвимости и, таким образом, профилактику повторных обострений заболевания.

Шурова Л. В.^{1,2}, Рыжов Е. А.¹, Ерпулева Ю. В.¹, Корсунский И. А.¹, Грушицкая Е. В.¹

¹ ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ»

² ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России»

НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В СОЧЕТАНИИ С СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Цель работы:

повышение уровня качества жизни детей с ВБЭ на основе разработки и внедрения новых принципов организации хирургической помощи больным врожденным буллезным эпидермолизом в условиях многопрофильного городского педиатрического стационара за счет внедрения новых методов оперативных вмешательств в области деформированных конечностей с одновременной коррекцией педиатрических проблем с использованием современных методов нутритивной поддержки и фармакотерапии, достижения повышения экономической эффективности лечения.

Новизна и оригинальность по сравнению с другими медицинскими учреждениями. Впервые в медицинской практике при хирургическом лечении детей с ВБЭ внедрены новые принципы выполнения операций по устранению деформаций кистей и стоп, заключающиеся в щадящем рассечении патологически измененных тканей пальцев кистей и стоп в пределах дермального слоя, использовании утильной кожи для закрытия послеоперационных ран, а также двухэтапного параоссального и интраартикулярного фиксирования пальцев после устранения их деформаций с последующими перевязками с применением отечественных раневых покрытий.

Для профилактики рецидивов контрактур пальцев после операции разработана программа реабилитации, включающая специальную лечебную гимнастику и процедуру фармафореза с Ферменколом и противорубцовые наружные средства на основе гепарина и силикона.

Для коррекции полиорганной патологии у детей с ВБЭ до и после операции разработана новая концепция комплексного обследования и общего лечения пациентов на основе оптимизации использования новых или модификации известных терапевтических методов с привлечением узких специалистов педиатрического профиля.

Предложен патогенетически обоснованный новый принцип местного лечения длительно незаживающих ран кожи у детей с ВБЭ с учетом стадии раневого процесса (по М. И. Кузину), согласно которому раневые дефекты при буллезном эпидермолизе соответствуют фазе эпителизации и требуют проведения лечебных мероприятий, аналогичных при поверхностных ожогах или ранах на месте взятия донорской кожи, т. е. заживлению «под струпом» без использования агрессивных средств обработки ран и абсорбционных повязок и губок.

Результаты работы.

Эффективность применения новых принципов организации хирургической помощи детям с ВБЭ в условиях многопрофильного педиатрического стационара.

Всего за 2014–2019 гг. было осуществлено 93 госпитализации у 38 детей с врожденным буллезным эпидермолизом, из которых 11 больным потребовалось проведение общего и местного консервативного лечения без хирургических вмешательств. У 27 пациентов было выполнено 59 операций, из них в области кистей – 39, в области стоп – 20. Оперативное лечение по поводу акродеформаций осуществлялось в некоторых случаях за один этап, а в других – за несколько приемов. Как правило, одна операция требовалась при одностороннем поражении конечностей с невыраженной патологией, а две операции – при патологии с двух сторон или при более значительных деформациях. У детей с тяжелыми деформациями конечностей было несколько госпитализаций для достижения полного устранения патологии различной локализации. Больных с длительно незаживающими ранами также приходилось многократно направлять на стационарное лечение (таблица № 1).

Таблица 1. Частота госпитализаций у одного больного ВБЭ

Количество госпитализаций у одного больного ВБЭ		Число детей	
Количество госпитализаций на одного ребенка	Всего госпитализаций	Количество детей	%
Один раз	18	18	47
Два раза	16	8	21
Три раза	15	5	13
Четыре раза	12	3	8
Пять раз	10	2	5
Семь раз	7	1	3
Пятнадцать раз	15	1	3
Всего:	93	Всего: 38	Всего: 100

В таблице № 1 представлено число госпитализаций у одного пациента, из которой видно, что наибольшее число детей госпитализировались один-два раза, так как им проводилось оперативное вмешательство в одной области. Исключением явился случай у ребенка с наиболее тяжелой формой заболевания ВБЭ (жительница г. Москвы), когда за пять лет потребовалось пятнадцать госпитализаций для проведения трех оперативных вмешательств с одновременной коррекцией гипоальбуминемии и анемии, а также кандидемии. На сегодняшний день состояние этой больной стабильное, не требующее стационарного лечения.

Разработанная новая тактика хирургического лечения акродеформаций и длительно незаживающих ран у детей с ВБЭ в сочетании с использованием современных повязок, преимущественно отечественного производства, под которыми создавалась оптимальная среда для самостоятельной эпителизации ран без необходимости выполнения частых перевязок и общего обезболивания, позволила снизить общие материальные затраты на местное лечение ран в послеоперационном периоде, а также сократить сроки его проведения в сравнении с прошлыми годами (таблица 2).

Таблица 2. Сравнение старого (1995–2003 гг.) и нового (2014–2019 гг.) методов местного лечения больных буллезным эпидермолизом после устранения деформаций кистей и стоп.

Манипуляция	Старый метод (1995-2003г.г.)	Новый метод (2014-2019г.г.)
Закрытие раневой поверхности	Марлевые повязки с раствором фурацилина	Неадгезивные сетчатые повязки в комбинации с водорастворимыми мазями
Перевязки	2 раза в неделю с полной сменой повязок	1 раз в 1 неделю с частичным сохранением повязок нижнего слоя
Отмачивание повязок перед перевязкой	Ванночки перед каждой перевязкой длительностью 1–2 часа	Не делали
Длительность лечения	2–3 месяца	1–1,5 месяца

Разработанные новые методы хирургического лечения больных ВБЭ позволили добиться повышения уровня качества их жизни и улучшить социализацию пациентов во взрослом возрасте. Так, при сравнении состояния кистей взрослых больных ВБЭ через 20 лет после хирургического лечения, выполненного в нашей клинике с больными, которым не проводились операции в детском возрасте, выявлены более тяжелые деформации кистей с вторичным поражением фаланг пальцев. Причем хирургическая коррекция в таких случаях была практически невозможна.

Эффективность проведенного лечения при условии постоянного проведения реабилитационных мероприятий и восстановительного лечения после операций была достигнута в 75 % и 20 % наблюдений (соответственно, «отличные» и «удовлетворительные» результаты). В 5 % случаев отмечены рецидивы, которые были связаны с несоблюдением родителями детей с ВБЭ рекомендаций по профилактике рецидива деформаций.

Достигнутые положительные результаты применения разработанных новых принципов организации специализированной хирургической помощи детям с ВБЭ в сочетании с современными методами нутритивной поддержки и фармакотерапии способствовали повышению количества поступающих больных с данной патологией из других регионов и стран СНГ (рис. 23). Пациенты направлялись из 21 региона России, из них москвичи составили 19 % от всех госпитализированных (рис. 24). Причем количество жителей Москвы оставалось стабильным 1–2 пациента в год, в противоположность поступившим больным из других регионов (рис. 25). Из них наиболее часто поступали дети из Подмосквья и Дагестана – по 11 %, из Саратова – 8 %. На другие регионы процент госпитализированных составил 3–5 %.

Таким образом, разработка и внедрение в практическую работу многопрофильного педиатрического стационара новых методов хирургического лечения детей с врожденным буллезным эпидермолизом в сочетании с современными методами нутритивной поддержки и фармакотерапии, позволили повысить эффективность оперативного лечения деформированных конечностей и повысить качество жизни больных с неизлечимой генетической патологией.

Якушин М. А.^{1,2}, Александрова О. Ю.^{1,2}, Орлов С. А.³

¹ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко»

² ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского»

³ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

ПРОФИЛАКТИКА, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ МОНИТОРИНГА СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Актуальность проблемы

Новые рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества артериальной гипертензии (далее Рекомендации) по лечению артериальной гипертензии (далее АГ), как и прежние, базируются на назначении комбинированной терапии из нескольких гипотензивных препаратов в эффективной дозировке. Выбор комбинации основывается на уровнях систолического артериального давления (САД); диастолического артериального давления (ДАД) и наличии заболеваний, ассоциированных с АГ, а также на состоянии органов-мишеней, т. е. органов, которые вовлекаются в патофизиологические процессы, вызванные АГ. При этом, по мнению экс-

пертов, «контроль АД может быть достигнут у большинства больных, участвующих в клинических исследованиях, и из этих пациентов лишь 5–10 % демонстрируют резистентность к выбранному режиму терапии, что свидетельствуют о том, что неэффективность лекарственной терапии не является источником проблемы» [2].

Тем не менее достижение целевых уровней артериального давления остается неудовлетворительным во всем мире: лишь треть (~35 %) пациентов достигают целевых значений артериального давления (АД). Причиной этому считается неадекватно низкие дозы препаратов; назначение монотерапии; неэффективная комбинация гипотензивных препаратов; эффект ускользания артериальной гипертензии при лечении в результате перестройки гемодинамики; а также недостаточный контроль лечения и низкая приверженность самих пациентов.

Между тем, предложения экспертов по постоянному увеличению дозировки лекарств – это уже признаки неэффективности таких концептуальных подходов. Некорректно опираться в выборе лекарств на сопутствующие заболевания, поскольку на первой стадии АГ их нет; органы-мишени на первой стадии еще не поражены болезнью; наличие же ассоциированных клинических состояний свидетельствует уже о крайней запущенности болезни. В результате АГ была и остается «основной модифицируемой причиной сердечно-сосудистой и общей смертности во всем мире»; поиск новых решений данной проблемы является едва ли не самой актуальной задачей современной медицины.

Нами предложен новый способ антигипертензивной терапии, основанный на получении персонального профиля системной гемодинамики с помощью объемной компрессионной осциллометрии.

Цель исследования: лечение артериальной гипертензии с учетом профиля системной гемодинамики на основании данных, полученных с помощью объемной компрессионной осциллометрии.

Новизна

Впервые предложен новый способ антигипертензивной терапии, основанный на получении персонального профиля системной гемодинамики и гемодинамическим влиянием лекарственного препарата на основе результатов, полученных с помощью объемной компрессионной осциллометрии.

Практическая значимость

Доказана клиническая эффективность предложенного метода. С помощью данного метода пролечено 352 пациента с артериальной гипертензией. Достижение целевого уровня составляло более 90 % среди обследуемых.

Заключение

Таким образом, выбор лечения артериальной гипертензии на основании анализа персонального профиля СГД, является высокоэффективным терапевтическим методом. Учет персонального профиля СГД при выборе рациональной терапии позволяет свести на нет возможные ошибки, связанные с вариабельностью гемодинамического влияния АГП. Данный подход не исключает, а лишь дополняет установленные профессиональными сообществами.

Полагаем, что широкое использование метода дистанционного мониторинга и коррекции СГД в лечении АГ позволит существенно снизить сердечно-сосудистые риски, связанные с развитием поражений органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний, их тяжелых, в том числе смертельных осложнений, и в целом негативное влияние АГ на состояние общественного здоровья.

ИННОВАЦИОННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Материалы и методы

В НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского в период с 2010 по 2020 гг. пролечено 84 больных с наружными кишечными свищами. Из них с тонкокишечными свищами – 49 (58,4 %) больных, 35 (41,6 %) человек лечилось по поводу толстокишечных свищей больных. Из 49 человек с тонкокишечными свищами мужчин – 27 (55 %), женщин – 22 (44,9 %). Средний возраст составил – 39 (34; 77) лет. Среди них пациентов с множественными свищами было 4 (8 %) человека, высокие свищи наблюдались у 13 (26,5 %) человек. 14 (28,5 %) человек было прооперировано. У 35 (71 %) человек применялось консервативное лечение: терапия низким давлением применялась у 15 (30,6 %) человек, стандартная obturation свищевого отверстия в 4 (8,2 %) случаях, obturation с дополнительной терапией низким давлением применялась 8 (16,3 %) больным, аспирационно-промывное лечение – 11 (22,4 %) пациентам, стягивание лейкопластырем 6 (12,2 %) пациентам, стентирование двенадцатиперстной кишки в 3 (6,1 %) случаях, стентирование тонкой кишки в 2 (4,1 %) случаях.

В институте 35 человек лечились по поводу толстокишечных свищей (41,6 %). 16 (45,7 %) больных с осложненным панкреонекрозом, 11 (31,4 %)

пациентов с несостоятельностью анастомозов, 8 (22,9 %) человек с несостоятельностью культи червеобразного отростка. Мужчин – 19 (54,3 %), женщин – 16 (45,7 %). Средний возраст составил – 37 (33; 59) лет.

Стентирование применялось 16 (45,7 %) больным. У 19 (54,3 %) больных были применены различные методики – стягивание лейкопластырем, obturation без терапии низким давлением, терапия низким давлением без obturation. Для статистической характеристики полученных данных рассчитывали средние значения (стандартное отклонение), медиану (25 и 75 % перцентили).

Результаты

Продолжительность нахождения в стационаре составила – 39,5 (24; 61) дней, пребывания в отделении интенсивной терапии и реанимации – 5,5 (5; 6) дней. Продолжительность операции составила – 285 (141,25; 343,75) минут, кровопотеря – 550 (400; 850) мл. Интраоперационное кровотечение отмечено у 2 (6,9 %) больных. Среди пациентов с тонкокишечными свищами послеоперационные осложнения отмечены у 5 (10,2 %) больных. Нагноение операционной раны отмечено в 3 (6,1 %) случаях, несостоятельность анастомоза у 1 (2 %) больного, послеоперационная пневмония отмечена у 1 (2 %) случаях. Летальный исход был в 3 (6,1 %) случаях.

Среди пациентов с толстокишечными свищами послеоперационные осложнения отмечены у 7 (20 %) больных. Нагноение операционной раны отмечено в 4 (11,4 %) случаях, несостоятельность анастомоза у 2 (5,7 %) больных, послеоперационная пневмония отмечена в 2 (5,7 %) случаях. Летальный исход был в 6 (17,1 %) случаях – все они лечились по поводу осложнений панкреонекроза.

Общая летальность среди всех пациентов, лечившихся по поводу кишечных свищей составила 9 (10,7 %) человек.

Выводы

Таким образом, применение разработанных нами методов позволяет существенно улучшить результаты лечения пациентов с наружными кишечными свищами, снизить летальность – как общую, так и послеоперационную – в сравнении с литературными данными.

В 18 случаях (16 стентирований толстой кишки, 3 стентирования двенадцатиперстной кишки, 2 стентирования тонкой кишки) стентирование было эффективным, проведение «большого» оперативного вмешательства не потребовалось. У 4 пациентов потребовалось «отключение» кишки вследствие миграции стента на этапе отработки методики.

У 8 пациентов с тонкокишечными свищами, которым проводилась установка обтуратора с дополнительной NPWT, осложнений не было. В 6 случаях после компенсации потерь и стабилизации состояния вторым этапом была выполнена реконструктивно-восстановительная операция. У 2 пациентов свищи «закрылись» самостоятельно на фоне консервативного лечения.

Таким образом, оба разработанных нами метода позволили добиться универсального подхода при лечении тяжелых пациентов с НКС.

Государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения города Москвы»

**ПРЕМИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ.
СБОРНИК ТЕЗИСОВ НАУЧНЫХ РАБОТ,
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НА ПРИСУЖДЕНИЕ
ПРЕМИИ В 2020 ГОДУ**

Корректор: ??????
Верстка: А. В. Усанов

Подписано в печать ??????.
Формат ??????.
Кол-во усл. печ. л. ???.
Тираж ??? экз. Заказ № ???.

Отпечатано в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
www.niioz.ru

