

История становления и развития КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края «Вивея» (КГБУЗ КДЦ «Вивея»)

History of the establishment and development of Viveya Consultancy and diagnostic center of the Ministry of health of the Khabarovsk Krai

Н. А. Болоняева, Л. П. Нудель

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

В ноябре 1932 года в Хабаровске было открыто учреждение здравоохранения для партийных работников, получившее название поликлиники партактива. С того времени она претерпела немало преобразований и в 2011 году стала краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Консультативно-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края «Вивея».

Первым документом, подтверждающим создание Центра, является приказ крайздрави Далькрайисполкома (ДКИК) от 17 ноября 1932 года № 1, в котором говорится, что заведующим вновь созданной поликлиники краевого партактива назначается товарищ Фамелис¹.

4 июля 1933 года его сменил А. К. Чехович на основании приказа крайздрави от 04.07.1933 г. № 63. Через два года приказом отдела здравоохранения ДКИК от 3 июля 1935 года на должность заведующего поликлиникой был назначен врач А. И. Сюзин.

4 ноября 1934 года (протокол № 61) на заседании бюро Далькрайкома ВКП(б) обсуждался вопрос об организации лечебного обслуживания дальневосточного краевого партактива. Принято решение, которое определило статус, порядок финансирования и систему обслуживания в поликлинике. В данном решении было указано, что работу поликлиники надо «организовать только как лечебное учреждение, с привлечением к обслуживанию партактива лучших специалистов-врачей; отменить как практику переводы различных сумм в распоряжение лечебных органов хозяйственными, административными, кооперативными и профсоюзными организациями; бюджет поликли-

ники составляется из полученных средств по местному бюджету и из средств крайздрави; размер бюджета определяется и утверждается президиумом Далькрайисполкома».

1 декабря 1937 года директором поликлиники краевого партактива была назначена Е. М. Архарова, которая оставалась в этой должности до 1953 года.

На 1938 год Дальневосточная крайовая поликлиника партактива по отчетным документам крайздрави ДКИК за 1938 год характеризуется как медицинское учреждение, входящее в систему Народного комиссариата здравоохранения, расположенное по ул. Карла Маркса, 25 (1-й Дом Советов). Штатным расписанием предусматривалось 86 должностей, но фактическая численность работников составляла 64 человека. Амбулаторный прием – 12 человек в смену.

В 1940-е годы в годовых и статистических отчетах крайздрави при обозначении типа медицинского учреждения поликлиника крайпартактива указывалась как «медицинское учреждение закрытого типа». В те годы постепенно укрепилась материально-техническая база поликлиники, появились новые специалисты, были организованы специализированные кабинеты: кожный, рентгеновский, детский, туберкулезный, зубоврачебный, зубопротезный, лаборатория; открылась аптека. К концу 1940-х годов штат поликлиники составлял: 6 человек управленческого персонала, 16 врачей, 17 человек среднего персонала, 14 – младшего. В поликлинике вели прием 6 профессоров, занимающих 5,5 ставки.

В 1950-е годы поликлиника оставалась в подчинении крайздрави и продолжала рабо-

¹ Книга приказов Центра за 1932–1933 гг. // Архив КГУ «КДЦ «Вивея».

тать в режиме закрытого типа по прежнему адресу – ул. Карла Маркса, 27. На основании постановления СМ СССР от 17 сентября 1947 года № 3244 «О типовых штатах» в штатном расписании появились новые должности, а должность директора изменена на должность главного врача. Открылись дополнительные специализированные кабинеты: кожно-венерический, ЛОР, глазной, онкологический, хирургический, клинично-диагностическая лаборатория, физиотерапевтический кабинет, обновилось медицинское оборудование.

В 1953 году главным врачом поликлиники крайздрава была назначена Н. В. Шлапацкая. 30 июля 1954 года приказом крайздрава № 418 в поликлинике была организована врачебно-консультативная комиссия.

С 1955 года главным врачом поликлиники стала Н. В. Иванова. Штатное расписание поликлиники крайпартактива, составленное на основании распоряжения СМ СССР от 27 мая 1954 года № 977 и указания Министерства здравоохранения от 6 февраля 1954 года за № 0-4-7/ 781, включало 61 штатную единицу. В конце 1959 года в отчетных документах встречается новое название поликлиники – поликлиника № 1 крайздравоотдела, или поликлиника крайздрава № 1.

1960-е годы стали для поликлиники временем укрепления материальной базы и укомплектования штатов. В тот период обязанности руководителя исполняла В. А. Клочкова, в 1964 году главным врачом была назначена Л. П. Карташова, в 1968 году – Н. М. Вяткина.

В 1964 году крайздравом введен режим круглосуточного обслуживания пациентов поликлиники. Главврачу Л. П. Карташовой вменялось в обязанность организовать неотложную медицинскую помощь с 20.00 до 8.00 ежедневно, а в выходные и праздничные дни круглосуточно.

В 1970-е годы деятельность поликлиники крайздрава № 1 расширялась и требовались новые площади. В 1970 году, а затем в 1977 году было принято решение Хабаровского горисполкома об отводе земельного участка размером 0,37 га под строительство поликлиники в Центральном районе в квартале между улицами Запарина – Фрунзе, а в 1978 году утвержден проект строительства поликлиники на 600 посещений по ул. Запарина.

1980-е годы прошли для поликлиники под знаком завершения трестом «Жилстрой» строительства нового здания, переезда и обустройства в нем. Назначенная в 1981 году приказом крайздрава от 27 апреля 1981 года № 127 главврачом А. А. Чепикова много времени уделяла вопросам строительства и его

финансирования. В конце 1986 года здание было сдано в эксплуатацию.

В отчете 1987 года отражены основные статистические данные: за поликлиникой были закреплены 10 терапевтических (до 1986 года – 5 терапевтических) участков, 1 педиатрический участок, работало 48 врачей, 73 человека среднего медперсонала, 27 – младшего. С освоением нового помещения и расширением зоны обслуживания штат увеличился: 52 ставки врача, 76 ставок среднего медицинского персонала, 88 – младшего. За смену осуществлялось 375 посещений, вместо 125 посещений в прежнем помещении.

В 1988 году главным врачом поликлиники № 1 крайздрава назначена Наталья Александровна Болоняева.

В 1990-е годы в истории поликлиники начинается новый этап, который связан с изменением формы собственности, подчиненности, расширением зоны обслуживания, внедрением новых технологий в медицинской практике и развитием коммерческой деятельности.

На основании решения Хабаровского краевого исполнительного комитета и приказа отдела здравоохранения Хабаровского крайисполкома «Об организации арендного предприятия – поликлиники крайздравоотдела № 1» от 04.04.1991 г. № 117 были начаты мероприятия по реорганизации поликлиники. В приказе говорилось: «Преобразовать государственное предприятие – в арендное предприятие с сохранением за ним имущественных прав и обязанностей государственной поликлиники, передать поликлинике крайздрава № 1 в аренду сроком на 25 лет (с правом выкупа) здание поликлиники со всем находящимся в нем оборудованием, инвентарем, согласно инвентаризационной ведомости». Преобразование завершено приказом отдела здравоохранения исполнительного комитета Хабаровского краевого Совета народных депутатов от 29.05.1991 г. № 115, и поликлиника крайздрава № 1 была переименована в арендную поликлинику № 1.

В 1992 году поликлиника зарегистрирована постановлением главы администрации Центрального района Хабаровска от 7 декабря 1992 года № 469, п. 1.4, и на его основании выдано свидетельство о Государственной регистрации предприятия № 1268. Арендную поликлинику № 1, учрежденную коллективом арендной поликлиники, признано считать краевой арендной поликлиникой.

В 1996 году краевая арендная поликлиника преобразована приказом Комитета по управлению государственным имуществом от 26 июля 1996 года № 371 и приказом управления здравоохранения администрации Хабаровского

края от 30 июля 1996 года № 110 «Об учреждении государственного учреждения здравоохранения». Новое учреждение зарегистрировано под № 003464 ЦН от 4 октября 1996 года как государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая поликлиника «Вивея».

В 2000 году вновь произошли изменения в организации поликлиники. Приказ департамента здравоохранения администрации Хабаровского края от 30 декабря 1999 года № 451 «Об изменении названий краевых лечебно-профилактических учреждений», свидетельство о государственной регистрации изменений и дополнений в учредительные документы юридического лица от 8 августа 2000 года № 2723 и № 2378 закрепили изменения в учредительных документах и новое название поликлиники. С 2000 года она стала называться «Государственное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1». Поликлиника осталась в подчинении департамента здравоохранения администрации Хабаровского края.

В 2002 году на основании приказа министерства здравоохранения Хабаровского края от 29 марта 2002 года № 105 «О новой редакции Устава», свидетельства о государственной регистрации изменений и дополнений, внесенных в учредительные документы юридического лица от 7 мая 2002 года № 2723 и № 4732, а также приказа министерства здравоохранения Хабаровского края от 13 июня 2002 года № 181 «О Государственном учреждении здравоохранения «Диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края» государственное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1» департамента здравоохранения администрации Хабаровского края переименовано в государственное учреждение здравоохранения «Диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края.

4 декабря 2002 года распоряжением министерства здравоохранения имущественных отношений Хабаровского края от 4 декабря 2002 года № 1592 «Об утверждении дополнений и изменений к Уставу ГУЗ «Диагностический центр», свидетельством о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц № 1022700914610, свидетельством о присвоении товарного знака «Вивея», выданного Федеральным институтом промышленной собственности, регистрационный номер 2002721036 от 3 октября 2002 года, приказом главного врача от 31 января 2003 года № 35 «О переименовании учреждения «Государственное учреждение здравоохранения «Диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского

края переименовано в Государственное учреждение здравоохранения «Диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края «Вивея», сокращенное наименование ГУЗ «Диагностический центр «Вивея».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 июня 2003 года № 229 «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения», распоряжением министерства имущественных отношений Хабаровского края от 4 сентября 2003 года № 1329 «Об утверждении изменений и дополнений к Уставу Государственного учреждения здравоохранения «Диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края «Вивея», свидетельством о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 19 сентября 2003 года № 1022700914610, приказом министерства здравоохранения Хабаровского края от 23 сентября 2003 г. № 265 «О переименовании учреждения» с 22 октября 2003 года считать официальным наименованием «Государственное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края «Вивея».

С 8 декабря 2011 года учреждение переименовано в Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края «Вивея».

В 2007–2008 годах произошла реконструкция Центра, был построен новый диагностический корпус, капитально отремонтировано старое здание.

Высокий уровень профессионализма, глубокие практические знания различных направлений медицины и современная передовая материально-техническая база позволяют коллективу Центра квалифицированно решать задачи по оздоровлению населения Хабаровского края. За эти годы организованы дневной стационар, Центр амбулаторной хирургии, где пациенты, не требующие круглосуточного наблюдения, имеют возможность получать лечение без госпитализации в стационары города.

Особое внимание уделяется профилактической работе с населением, открыт и развивается Центр здоровья, где ежегодно проходят обследование более 20 тысяч жителей Хабаровского края.

Являясь крупным лечебно-профилактическим учреждением, обладающим огромным практическим опытом в проведении экспертизы качества медицинской помощи, организации работы отделения профилактики, физиотерапевтической службы, урологическо-

го, офтальмологического и кардиологического кабинетов, Центр стал базой для подготовки врачей, обучающихся на кафедрах усовершенствования КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края и ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России.

Медицинские работники учреждения неоднократно были признаны лучшими в номинациях ежегодного краевого конкурса «Признание» («Лучший врач-исследователь», «Лучший врач-акушер-гинеколог», «Лучший средний медицинский работник», «Лучший врач-терапевт», «Лучший врач-стоматолог», «Лучший врач-офтальмолог», «Лучший врач-хирург», «Молодость, новаторство, талант», «За верность профессии»).

Активно развивается и научно-практическая деятельность учреждения: с 2008 года на базе КГБУЗ КДЦ «Вивея» проводятся научно-практические конференции по гибкой эндоскопии, лучевой диагностике, амбулаторной хирургии. Ежегодно публикуются более 20 статей, посвященных организации и внедрению инновационных технологий диагностики. Проводится активное обновление фондов диагностического оборудования. Учреждение полностью информатизировано.

КГБУЗ КДЦ «Вивея» также является активным участником общественной жизни края, участвует во всех общественных и благотворительных мероприятиях, телемарафонах, которые проводятся в Хабаровском крае. За успехи в трудовой деятельности учреждение неоднократно награждалось почетными грамотами правительства Хабаровского края, министерства здравоохранения Хабаровского края, Управления здравоохранения администрации города Хабаровска, Хабаровской городской Думы. 2015-й, 2016 годы отмечены победами сотрудников во Всероссийском конкурсе Министерства здравоохранения РФ «Лучший врач года». В 2016 году КГБУЗ КДЦ «Вивея» награждено дипломом 1-й степени в краевом конкурсе «Признание» в номинации «Лучшая медицинская организация Хабаровского края». В настоящее время в Центре трудятся главные внештатные специалисты министерства здравоохранения Хабаровского края по эндоскопии, лучевой диагностике, лабораторному делу.

Учреждение успешно работает как стабильно развивающийся многопрофильный медицинский центр с мощностью 1600 посещений в день, 350 тысяч посещений в год, проводится 287 видов инструментальных исследований, 408 видов лабораторных исследований. В Центре ведется прием по 44 специальностям, работает 131 врач, из них 71 имеет высшую

категорию, в том числе 14 кандидатов медицинских наук, 1 – заслуженный врач Российской Федерации.

Основными направлениями деятельности являются обеспечение экспертного уровня диагностики, стандартизация протоколов диагностических исследований, централизация отдельных видов лабораторных исследований для медицинских организаций Хабаровского края, дистанционная расшифровка некоторых видов лучевой и функциональной диагностики, развитие программного обеспечения, организационно-методическая помощь в создании дистанционных видов диагностики.

Ежегодно в нашем учреждении проводится 342 тысячи консультаций специалистов, 1011 тысяч исследований, 30 тысяч манипуляций, 2800 пациентов лечатся в дневном стационаре и центре амбулаторной хирургии.

В арсенале Центра 695 видов исследований (среди которых эксклюзивные: компьютерная томография (128 срезов), в том числе с болюсным усилением, маммография с опцией томосинтеза, радиотермометрия, экспертное УЗИ, жидкостная цитология, оценка генетических рисков развития онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, спортивная генетика, патоморфология кожи, видеозендоскопия и многие другие. Активно внедряются новые технологии искусственного интеллекта в лучевой диагностике, телемедицинские консультации.

В этом году на базе КГБУЗ КДЦ «Вивея» открыт Региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи Хабаровского края.

Во время пандемии с апреля 2020 года в нашей клинко-диагностической лаборатории начали проводить исследования на COVID-19 методом ПЦР.

Благодаря министерству здравоохранения Хабаровского края в кратчайшие сроки было закуплено дополнительное оборудование, что позволило делать 9 постановок в 3 смены. Автоматизация ПЦР-лаборатории позволила значительно уменьшить время проведения исследования, повысить его качество и эффективность, что помогает исключить ошибки ручного дозирования, автоматизирует трудоемкие этапы процесса пробоподготовки, снижает риски заражения медицинского персонала. В итоге за этот период было сделано 218 523 исследования методом ПЦР на COVID-19.

С ноября 2020 года на базе отделения лучевой диагностики был организован КТ центр с 7-дневным графиком работы с 8.00 до 20.00 в связи с высокой востребованностью данного вида диагностики. В составе КТ центра организованы 2 кабинета приема врачей-терапев-

тов в 2 смены для консультации пациентов, у которых выявлена пневмония, с проведением ИХА-тестов для подтверждения COVID-19 и выдача бесплатных препаратов для лечения новой коронавирусной инфекции.

В период пандемии 21 087 СКТ-исследований органов грудной клетки сделано в отделении лучевой диагностики, выявлено 6717 пневмоний, сделано 12 404 ИХА-тестов, 937 пациентам выданы лекарства.

На протяжении всего периода активно шла работа в Федеральном регистре COVID-19, Федеральном регистре вакцинированных.

С декабря 2020 года началась прививочная кампания по вакцинации против COVID-19. Организованы 2 прививочных кабинета с рабочим графиком в 2 смены, был открыт круглосуточно работающий мобильный пункт вакцинации в Центре здоровья. Ведется активная пропаганда по проведению вакцинации против COVID-19 среди населения. С начала прививочной кампании привито 53 163 человека.

Несмотря на большую нагрузку Центра в период пандемии, жителям Хабаровского края оказывалась консультативно-диагностическая помощь.

По инициативе и при всемерной поддерж-

ке Губернатора Хабаровского края в течение двух лет в районах края работает автопоезд «Здоровье». За время работы специалисты Центра побывали в Хабаровском, Бикинском, Ванинском, Нанайском, Вяземском районах, районе им. Лазо, осмотрено 19 600 пациентов, сделано 1700 маммографий, 7805 флюорографий, 7800 УЗ-исследований.

Как показал опыт работы в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, необходимо продолжать развитие консультативно-диагностического центра с созданием централизованной лаборатории, эндоскопического центра и центра лучевой диагностики с учетом потребности в диагностических услугах медицинских организаций края для повышения доступности высокотехнологичных видов диагностики жителям Хабаровского края.

Всё это должно привести к повышению эффективности использования ресурсов здравоохранения и удовлетворенности населения края качеством оказания медицинской помощи.

В ноябре 2022 года КГБУЗ КДЦ исполнилось 90 лет со дня основания, и всё это время поликлиника «Вивея» находится на службе охраны здоровья населения Хабаровского края.

Узловатая эритема в амбулаторной практике (клиническое наблюдение)

Л. И. Богущ, Л. П. Исаенко, Н. Г. Пузынина, И. Д. Когут

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Узловатая эритема (УЭ) – наиболее частая форма панникулита – воспалительного заболевания подкожной жировой клетчатки. Гистологически характеризуется септальным воспалением. УЭ рассматривается как неспецифический иммуновоспалительный синдром, который может быть вызван широким спектром этиологических факторов. Несмотря на многочисленные исследования, до настоящего времени не существует цельной единой концепции ее этиологии и патогенеза, клинико-морфологического субстрата и терапии.

Наиболее ярко УЭ проявляется в случае острого течения саркоидоза, одним из вариантов которого служит синдром Лефгрена (СЛ), который включает в себя УЭ, двустороннюю внутригрудную лимфаденопатию, суставной синдром (артриты, артралгии) и лихорадку. В свою очередь, распознавание СЛ невозможно

без правильной интерпретации узловатой эритемы, нередко первого признака саркоидоза, выявляющегося тогда, когда выраженность поражения легких невелика и характерные жалобы отсутствуют. В среднем саркоидоз встречается у 5–12 пациентов на 100 тысяч населения. Женщины болеют примерно в три раза чаще, чем мужчины.

Приводим наблюдение больного с узловатой эритемой в рамках синдрома Лефгрена как одного из вариантов острого течения саркоидоза.

Пациентка М., 23 лет, направлена хирургом амбулаторного приема 01.06.2022 г. в связи с появлением болезненных красных пятен на коже передней, задней, боковой поверхностей голени, бедер, отека стоп и голени, тяжести в них, болей в обоих голеностопных, лучезапястных суставах, с повышением температуры тела до 37,5–38,0 °С.

В анамнезе: за 3 недели до обращения получила лечение по поводу инфицированной раны правой голени, осложнившейся рожистым воспалением правой голени. При попытке хирургического лечения раны гнойного отделяемого не получено. В процессе терапии амоксициклавом, моксифлоксацином, флуконазолом, метрагилом, на фоне отека и гиперемии инфицированной голени на коже обеих стоп, голеней и бедер появились плотные болезненные пятна гиперемии, боли в голеностопных, лучезапястных суставах. В хирургическом стационаре вводился дексаметазон 4 мг внутривенно 2 раза в день, после чего пятна заметно побледнели, вплоть до полного исчезновения, однако через неделю после выписки из стационара появились вновь, стала снова повышаться температура тела до 38 °С в вечернее время. Пациентка самостоятельно начала принимать нимесулид с отсутствием эффекта и повторно обратилась за медицинской помощью.

При осмотре пациентки: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост 170 см, вес 112 кг, ИМТ – 38,8. На коже передней, задней, боковой поверхностей голеней, бедер отмечались отечность стоп и голеней, болезненные багрово-синюшные пятна с узлом в центре пятна, местами сливного характера. В области нижней трети правой голени и правой стопы застойная эритема с синюшным оттенком, плотный отек обеих стоп, голеней (рис. 1).

Рана в нижней трети правой голени (после хирургического разреза) покрыта корочкой, без признаков воспаления. Умеренная болезнен-



Рис. 1. Больная с узловой эритемой в рамках синдрома Лефгрена при обращении

ность лучезапястных суставов при пальпации, но ограничения движений в суставах нет. Боль при пальпации суставов по ВАШ = 50 мм. Обращала на себя внимание симметричная инъекция склер обоих глаз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту, сатурация – 99 %. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены. В анализах крови от 31.05.2022 г.: лейкоцитоз – до $13,4 \times 10^9$ в 1 л, эритроциты – $4,26 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобин – 120 г/л, тромбоциты – 418 тыс., СОЭ по Вестергрену – 57 мм/час; СРБ – 176,1 мг/л, прокальцитонин – 0,07 нг/мл; глюкоза крови от 01.06.2022 г. – 4,69 мм/л; общий анализ мочи – без патологии.

01.06.2022 г. проведено УЗИ голеней: выявлен межтканевый отек голеней с обеих сторон, более выраженный справа. В заднебоковых отделах по межфасциальным пространствам на границе с мышечной тканью – скопление жидкости толщиной справа 0,67 см, слева – 0,29 см. Структура мышц не изменена.

Учитывая наличие узловой эритемы, лихорадки, артралгий, двустороннего симметричного склерита, пациентку направили на рентгенограмму органов грудной клетки (ОГК) для исключения легочной патологии. По данным рентгенограммы ОГК от 01.06.2022 г. выявлены признаки двусторонней внутригрудной лимфаденопатии. Больная направлена на СКТ ОГК 01.06.2022 г., где найдены многочисленные ретикулярные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» в субплевральных отделах верхних долей легких и S10 правого легкого. В средостении и корнях легких выявлены многочисленные двусторонние увеличенные до 2,9–1,7–2,5 см лимфоузлы. Заключение: по СКТ вероятен саркоидоз. Больная консультирована пульмонологом 02.06.2022 г., диагноз подтвержден: саркоидоз II стадии, острое течение по типу синдрома Лефгрена, ДНО. Пациентке назначен диклофенак 50 мг 3 раза в день, альфа-токоферола ацетат 400 мг в сутки.

При повторном обращении 06.06.2022 г.: пациентка отмечала ухудшение: появились новые болезненные багровые пятна, в том числе на коже кистей, запястий, предплечий, сливные резко болезненные пятна голеней, усилились боли в запястьях, выраженные боли в мышцах голеней, бедер при ходьбе (боль по ВАШ 8 см), отмечала повышение температуры тела до 38,5–38,9 °С, сохранялся симметричный склерит. В лабораторных показателях: общий анализ крови: лейкоциты – $9,9 \times 10^9$ в 1 л, СОЭ – 76 мм/час (W); СРБ – 215,8 мг/л; кальций крови – 2,25 мм/л; креатинин – 72 мкм/л,

АСТ – 18 ЕД/л, АЛТ – 19,1 ЕД/л, общий белок – 71,1 г/л. По ЭКГ: синусовая аритмия, ЧСС – 81–84 в минуту. 08.06.2022 г. была осмотрена офтальмологом, выставлен диагноз: эписклерит обоих глаз. Назначен олопатадин 0,2 % 1 капля 1 раз в сутки в оба глаза. По результатам УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено.

Учитывая неэффективность нестероидных противовоспалительных препаратов, высокую активность клинических и лабораторных показателей, выраженную миалгию, артралгию, лихорадку, назначен преднизолон per os 50 мг в сутки из расчета 0,5 мг на килограмм веса пациентки до купирования клинических симптомов.

Пациентка наблюдалась и получала лечение амбулаторно. В динамике при осмотре 24.06.2022 г.: клиника узловой эритемы купирована, свежих элементов нет, сохранялась пигментация с шелушением на месте эритемы (рис. 2).

Температура тела нормализовалась в течение 5–6 дней, артралгий, миалгий нет, явления эписклерита купированы.

Лабораторные показатели в динамике: общий анализ крови от 24.06.2022 г.: снизился лейкоцитоз ($9,1 \times 10^9/\text{л}$), анемии нет (гемоглобин 125 г/л), СОЭ снизилась до 32 мм/час (W) и СРБ до 25,7 мг/л.

Больной рекомендовано постепенное снижение дозы преднизолона под наблюдением



Рис. 2. Состояние больной после проведенного лечения

пульмонолога. Контроль СКТ органов грудной клетки через 3 месяца.

Таким образом, своевременно распознать узловую эритему, дифференцировав ее с часто ошибочно предполагаемыми розеей, стрептодермией, аллергическим дерматитом, и уточнить ее причину возможно только на основании детального обследования, направленного главным образом на поиск признаков вовлечения внутренних органов. У всех пациентов с узловой эритемой необходимо проводить подробное обследование, направленное на выявление причин ее возникновения. Больные с узловой эритемой неясного происхождения подлежат длительному динамическому контролю.

Особенности функционального статуса пациентов в раннем постковидном периоде

И. Г. Винокурова, О. С. Гороховская, О. В. Сыромятникова, Н. А. Болоняева

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Более 20 % людей, перенесших новую коронавирусную инфекцию, страдают от долгосрочных симптомов, длящихся до 12 недель и больше. В современной терапевтической практике постковидный синдром – феномен, требующий серьезных и длительных исследований. Тем не менее данная нозология уже признана мировым медицинским сообществом.

В КГБУЗ КДЦ «Вивея» проводится реабилитация пациентов, перенесших COVID-19. После комплексного обследования и беседы с пациентом в нашем Центре здоровья решается вопрос о необходимости дополнительных

диагностических и реабилитационных мероприятий.

Целью исследования явилось изучение показателей основных функциональных исследований и вегетативного статуса пациентов в раннем постковидном периоде.

Обследовано 94 человека (средний возраст $57,7 \pm 3,7$ года), переболевших новой коронавирусной инфекцией в октябре–декабре 2021 года и проходивших программу реабилитации на базе Центра здоровья КГБУЗ КДЦ «Вивея». Для анализа и ретроспективного сравнения электрокардиограмм были отобраны пациенты, которым ранее, в течение 6 месяцев до болезни, прово-

дилось ЭКГ-исследование. Электрокардиограмму регистрировали на аппаратно-программном комплексе EAZY ЭКГ (Россия), который позволяет архивировать и сравнивать полученные данные. По результатам сравнения изменений конечной части желудочкового комплекса – сегмента ST и зубца T, пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (55 человек) вошли пациенты, у которых после перенесенной коронавирусной инфекции на ЭКГ появились изменения зубца T и сегмента ST. Во 2-ю группу (39 человек) вошли пациенты, у которых не было отчетливой динамики конечной части желудочкового комплекса в сравнении с предыдущими ЭКГ. В исследование не включались пациенты, имеющие фибрилляцию предсердий и признаки рубцовых очаговых изменений миокарда.

Всем пациентам, включенным в обследование, была проведена спирометрия на аппарате «Спироспектр» (Нейрософт, Россия).

Вегетативный статус определялся исследованием вариабельности ритма сердца (BPC) на комплексе «Реан-поли» (Медиком, Россия). Для анализа были взяты параметры вариационной пульсометрии: индекс вегетативного равновесия (ИВР), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР), индекс напряжения регуляторных систем (ИН). Повышение этих показателей свидетельствует об активации симпатического отдела вегетативной нервной системы, что является универсальным

и в течение 2 месяцев после выписки, было установлено, что у большинства обследуемых в обеих группах (у 49 человек в 1-й группе и у 36 человек во 2-й) была зарегистрирована более высокая частота сердечных сокращений (ЧСС) в сравнении с частотой пульса, зарегистрированной до болезни. При этом синусовая тахикардия с ЧСС более 100 в минуту была зарегистрирована только у 9 человек из 1-й группы (табл. 1, рис. 1).

Таблица 1

Динамика ЧСС в постковидном периоде

Показатель	1-я группа – динамика ST-T (49 человек)	2-я группа – нет динамики ST-T (36 человек)
ЧСС выше, чем до COVID	29 чел. – 74 %	17 чел. – 73,9 %
ЧСС > 100 в минуту	9 чел.	0

Редкая эктопическая активность в виде предсердных и желудочковых экстрасистол была зарегистрирована в обеих группах (у 12 человек в 1-й группе и у 10 человек – во 2-й).

При анализе изменений конечной части желудочкового комплекса было установлено, что у большинства пациентов 1-й группы (49 человек – 89 %) отмечалось снижение амплитуды зубца T, преимущественно в отведениях от нижней и боковой стенок (рис. 2).



Рис. 1. ЭКГ пациентки Н. (52 года) до болезни и в постковидном периоде

неспецифическим признаком нарушения адаптационных механизмов при стрессе различной этиологии.

12 пациентам, перенесшим тяжелую форму COVID-19 и в процессе беседы активно предъявляющим жалобы на слабость и головокружение, была проведена электроэнцефалография (ЭЭГ) по стандартной методике на нейрофизиологическом комплексе «Энцефалан» (Россия).

При анализе и сравнении ЭКГ, снятых до

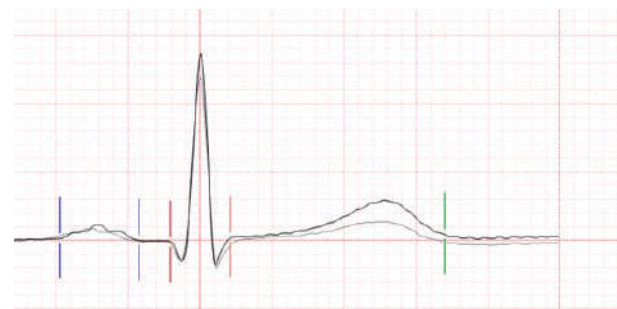


Рис. 2. Сравнение амплитуды зубца T до болезни и в постковидном периоде

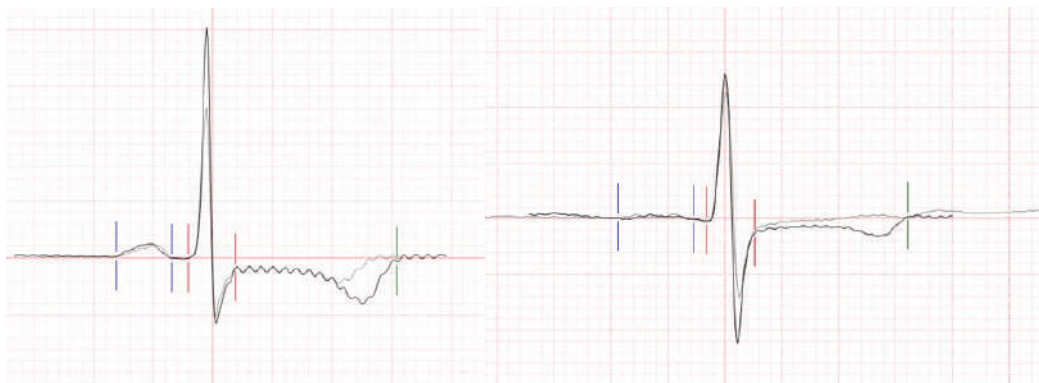


Рис. 3, 4. Изменение конечной части желудочкового комплекса в постковидном периоде у пациентов с исходными изменениями ST-T

У 9 (18 %) человек исходная депрессия сегмента ST стала более выраженной. У 4 человек исходные отрицательные зубцы T в отведениях от переднеперегородочной области стали более выраженными (рис. 3, 4, табл. 2).

Таблица 2

Изменение конечной части желудочкового комплекса в постковидном периоде

Показатель	Количество (чел.)	%
Снижение амплитуды зубца T	29	74
Увеличение исходной инверсии зубца T	3	8
Усиление исходной депрессии ST	7	18

По данным анализа ВСР были выявлены отличия вегетативного статуса: параметры повышенной активности симпатической нервной системы (ИН, ВПР, ИВР) были выше в 1-й группе, что указывало на преобладание активности симпатoadреналовых механизмов над парасимпатическими. Коэффициент, ха-

рактеризующий адекватность процессов вегетативной регуляции (ПАПР), не имел значимых различий в обеих подгруппах (табл. 3).

При анализе данных спирометрии у пациентов были выявлены признаки снижения жизненной емкости легких незначительного и умеренного уровня. Значимых различий параметров вентиляционной способности легких между двумя группами обследуемых не выявлено.

При регистрации рутинной ЭЭГ у 12 человек, перенесших тяжелую форму COVID-19 и указывающих на симптомы выраженной слабости и головокружения, были выявлены изменения фоновой активности в виде редукции альфа-ритма и генерализованного усиления низкоамплитудной высокочастотной б-активности.

Выводы

У большинства пациентов, переболевших новой коронавирусной инфекцией, регистрируется более высокая частота сердечных сокращений и выявляются признаки изменения конечной части желудочкового комплекса.

Для пациентов, имеющих изменения по ЭКГ в раннем постковидном периоде, характерны

Таблица 3

Анализ вариабельности ритма сердца у пациентов в постковидном периоде

Показатель	Группы обследуемых	
	1-я группа (динамика изменений по ЭКГ)	2-я группа (нет динамики по ЭКГ)
Количество (чел.)	49	36
ИН (индекс напряжения)	195,3±28	125,7,6±33
ВПР (вегетативный показатель ритма)	6,2±0,7	4,7±0,6
ИВР (индекс вегетативного равновесия)	222,4±19	149,3±12
ПАПР (показатель адекватности процессов регуляции)	53,9±3,5	54,0±3,3
RMSSD	65,3±3,2	79,6±3,0
LF/HF	3,55±0,2	2,14±0,3

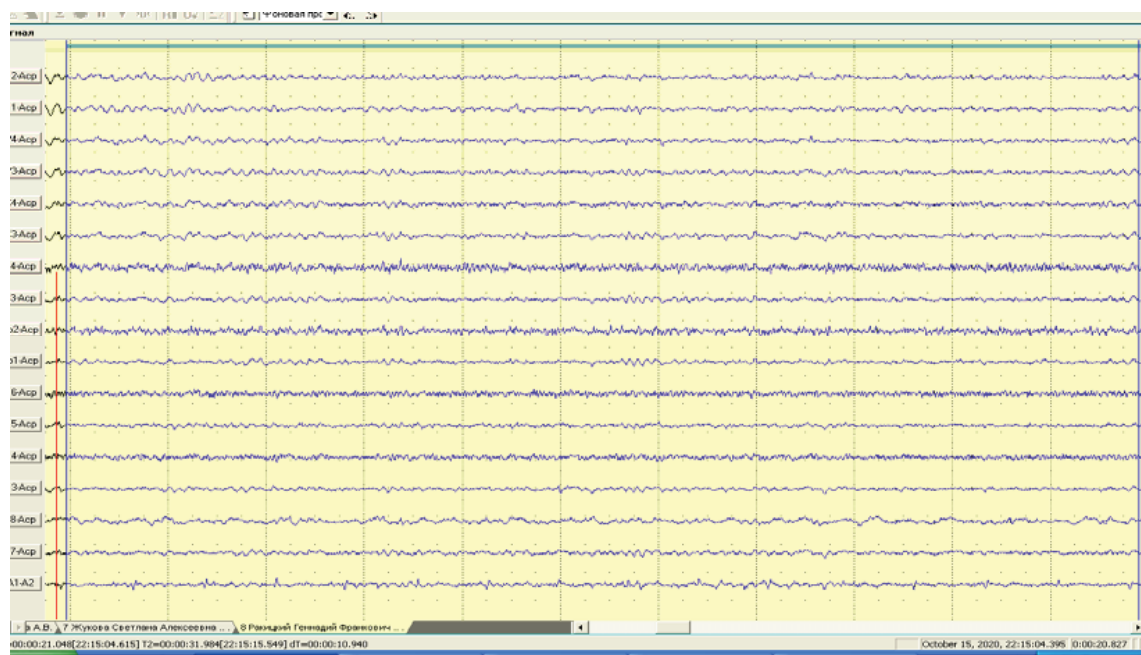


Рис. 5. Электроэнцефалограмма пациента Р. (59 лет) в постковидный период

более выраженные нарушения вегетативной регуляции, что свидетельствует о состоянии хронического стресса, проявляющегося большим напряжением симпатoadреналовых механизмов.

У большинства пациентов, переболевших

новой коронавирусной инфекцией, появляются признаки снижения жизненной емкости легких легкого, незначительного и умеренного уровня.

ЭЭГ-исследования должны охватывать более широкий круг пациентов для исключения признаков когнитивных расстройств.

Опыт лечения сочетанного поражения кожи у пациентки с диагнозом демодекоза и выявленными личинками круглого червя

Е. К. Гапоненко, А. А. Поплевкина, И. Г. Макарова

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Демодекоз – это поражение участков кожи и волос микроскопическим клещом *Demodex folliculorum*. Этот паразит обитает в протоках сальных желез и устьях волосяных фолликулов. По статистике клещей *Demodex* можно найти на коже каждого двадцатого человека. Но распространенность его сильно зависит от возраста. У детей демодекоз практически не встречается, но чем старше человек, тем выше вероятность того, что на его коже присутствует клещ *Demodex*. По данным исследований, у людей старше 70 лет этот паразит обнаруживается более чем в 70 % случаев.

Клещ *Demodex folliculorum* может долгое

время жить на коже здорового человека, не причиняя ему никакого вреда. Но если у носителя снизится иммунитет и нарушится баланс кожной микрофлоры, демодекс может проявиться клинически. Стресс, усталость и хронические заболевания ослабляют защиту, и паразит начинает атаку. Активное размножение клеща *Demodex* можно распознать по красноте, зуду, узелковым элементам, возникающим на коже лица или по линии роста ресниц. Часто *Demodex* маскируется под другие кожные заболевания. Он утяжеляет течение угревой болезни, розацеа, себорейного и периорального дерматита. Обнаружить этого клеща невооруженным

глазом невозможно. После специальной предварительной подготовки необходимо сделать соскоб с кожи, после чего врач-лаборант диагностирует его под микроскопом.

Цель настоящего исследования – показать эффективные схемы лечения поражений кожи у пациентов, страдающих демодекозом, при выявлении в соскобах с кожи лица личинок круглого червя, предположительно анкилостомы или кишечной угрицы.

Анкилостомоз – заболевание, которое вызывается нематодой *Ancylostoma duodenale* или *Necator americanus*. Признаки болезни: сыпь в месте проникновения личинок, боли в животе и другие симптомы со стороны ЖКТ. Позже может развиваться железодефицитная анемия вследствие хронического кишечного кровотечения. Паразитирует преимущественно в тонком кишечнике или 12-перстной кишке человека. Стать причиной заражения гельминтом может несоблюдение санитарных правил и правил личной гигиены. Путь заражения контактный, через внедрение личинок сквозь кожные покровы, при их проглатывании с непромытыми овощами, фруктами или зараженной водой. Попавшие в организм личинки мигрируют в верхний отдел тонкой кишки. Инкубационный период длится от 40 до 60 суток. В ряде случаев заболевание протекает бессимптомно. При массивной инвазии у больного возникает жжение на коже, чаще всего в зоне голени, ягодиц, бедер, подошв, крайне редко – на коже лица. Анкилостомидоз кожи может развиваться на месте проникновения личинки. Также на коже могут возникать зоны с гнойными воспалениями кожи. Основные симптоматические проявления: зуд и жжение кожи, крапивница, вздутие живота, понос, лихорадка, обильное слюноотечение, тошнота, рвота, боли в животе, нарушение стула, скрытые кровотечения, вялость. Развивается железодефицитная анемия, степень ее проявления зависит от интенсивности инвазии. Во время острой фазы взрослые черви паразитируют в кишечнике и могут вызывать боли в эпигастральной области, анорексию, метеоризм, диарею и потерю веса.

Приводим случай клинического наблюдения.

В августе 2019 года в отделение дерматологии КГБУЗ КДЦ «Вивея» обратилась на прием пациентка О., 1938 г. р., с жалобами на зуд кожи лица и неприятные ощущения на коже и под кожей лба. Считала себя больной более 1 месяца, когда появились первые высыпания на коже лица. На момент осмотра обследовалась у терапевта. На приеме предъявляла жалобы на быструю утомляемость и слабость, что связывала с железодефицитной анемией, по поводу которой терапевтом были назначены

препараты железа. Самолечением не занималась, отмечает ухудшение кожного процесса в течение последней недели, когда субъективные ощущения усилились, появились парестезии в области кожи лба.

При объективном осмотре состояние удовлетворительное, самочувствие не нарушено, больная несколько астенизирована, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. На коже лица разлитая гиперемия, в области щек и подбородка единичные узелковые элементы, обильное среднепластинчатое шелушение. На коже лба зудящая папуловезикулезная сыпь и единичные продольные извилистые уртикарные линейные элементы, шириной не более 1–2 мм, до 2 см в длину, ярко-красного цвета.

Пациентка была обследована перед началом лечения: ОАК, ОАМ, IgE, биохимический анализ крови, печеночные пробы, иммунограмма методом проточной цитометрии. Было выявлено увеличение содержания эозинофилов до 16 %, увеличение IgE до 320, лейкоцитоз – $11 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 21 мм/ч. При ФА исследовании выявлены IgG к **лямблиям и описторху**.

В соскобе обнаружены клещ *Demodex* и личинки круглого червя, предположительно анкилостома (под вопросом нематода *Ancylostoma duodenale*).

Был выставлен диагноз: себорейный дерматит кожи лица, осложненный демодекозом. Анкилостомоз кожи.

Повторно проконсультирована врачом-терапевтом, гастроэнтерологом и инфекционистом.

Врачом-гастроэнтерологом был выставлен диагноз: хронический панкреатит, стадия ремиссии. Недостаточность кардии. Дуоденогастральный рефлюкс. Функциональная диспепсия. Хронический холецистит, сладж-синдром, умеренное обострение. Лямблиоз. Описторхоз.

С учетом клинической картины пациентке была назначена схема противоклещевого лечения: вечером обработка кожи лица по Демьяновичу, через день чередовать с гелем Демотен – 1 месяц, утром гель Метрогил – 1 месяц, антигистаминные препараты – Цетиризин 10 мг 1 раз в день в течение 30 дней, Блефарогель на кожу век и ресницы – 1 месяц 2 раза в день, Sol. Suprastin 1,0 в/м вечером № 5, криомассаж кожи лица.

Параллельно пациентка получала противопаразитарное лечение, назначенное совместно врачом-гастроэнтерологом и инфекционистом против лямблиоза, описторхоза и анкилостомоза.

Таким образом, нельзя исключать у ослабленных возрастных больных при клиническом проявлении демодекоза наличие сопутствующей

инфекции, в том числе редко встречающегося поражения кожи при внедрении **анкилостом**. Лечение должно быть комплексным, с учетом возраста, сопутствующих заболеваний, течения заболевания, клинической картины демодекоза.

Разрешение кожного процесса нивелировалось через полтора месяца комплексного лечения. Затем пациентка продолжила лечение у гастроэнтеролога и наблюдение у инфекциониста.

Результаты пилотного проекта скрининга колоректального рака в Хабаровском крае

О. В. Ивинская¹, А. В. Пырх², Н. А. Болоняева²

¹Клиника К+31, г. Москва

²Клинико-диагностический центр «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Скрининг колоректального рака (КРР) и предраковых состояний – эффективный подход к снижению смертности онкологических пациентов. Первые программы скрининга КРР были разработаны в 1970-х годах, когда благодаря достижениям в области эндоскопии стало возможным удалять подозрительные образования прямо во время проведения процедуры. На сегодняшний день имеется большое разнообразие методов и программ скрининга, но золотым стандартом ранней диагностики остаются эндоскопическое исследование толстой кишки и фекальный иммунохимический тест (ФИТ). Чувствительность в отношении КРР: ФИТ 69–100 %, специфичность 92–96 %.

Колоректальный рак является третьим по распространенности и вторым по летальности онкологическим заболеванием в мире. В 2021 году в Российской Федерации выявлено 580 415 новых случаев злокачественных новообразований. Прирост данного показателя по сравнению с 2020 годом составил 4,4 % и 8,5 % в сравнении с 2011 годом. В поздних (III–IV) стадиях выявлены 46,6 % образований прямой и ободочной кишки. В Хабаровском крае в 2021 году у 5285 пациентов впервые выявлены злокачественные новообразования. Из них 483 (9,1 %) случая КРР, из них на III и IV стадиях выявлены 46,6 %. Учитывая высокие показатели заболеваемости и смертности от КРР, с целью раннего выявления рака толстой кишки, лечения предопухоловой патологии толстой кишки правительством Хабаровского края при поддержке компании Olympus и благотворительного фонда «За здоровую жизнь» на территории Комсомольска-на-Амуре на базе эндоскопического отделения ТЖДЦ был разработан и реализован пилотный проект скрининга КРР. В проект скрининга были включены сотрудники филиала акционерного общества «Авиационная холдинговая компания «Сухой»

Комсомольский-на-Амуре авиационный завод имени Ю. А. Гагарина, ООО «РН-Комсомольский НПЗ», ПАО «Корпорация «Иркут» «Региональные самолеты».

Планировалось проведение тестирования 3000 сотрудников старше 40 лет, не состоящих на учете с диагнозом: колоректальный рак и ВЗК на момент проведения обследования, ранее не выполнявших эндоскопического исследования толстой кишки. Фекальный иммунохимический тест выполнялся с использованием иммунохроматографического экспресс-анализатора Easy Reader. Эндоскопическая диагностика выполнялась на оборудовании Olympus CV-190. Для дополнительной оценки поверхностного и сосудистого рисунка слизистой использовались технология NBI, функция Dual Focus. С целью отмывания слизистой оболочки толстой кишки применяли водяную помпу AFU-100 Olympus.

Основные задачи, поставленные перед скринингом:

1. Охват скринингом КРР не менее 60 % целевой группы (40–75 лет).
2. Охват эндоскопическим исследованием толстой кишки не менее 60 % пациентов с положительным фекальным иммунохимическим тестом.
3. Частота выявления аденом при эндоскопическом исследовании толстой кишки не менее 25 %.
4. Доля пациентов, которым выполнена эндоскопическая полипэктомия, из числа пациентов с диагнозом «полип», не менее 80 %.
5. Доля выявленного КРР у пациентов, охваченных скринингом, не менее 0,2 %.

Согласились на проведение тестирования и вошли в целевую группу участников скрининга 2498 (83,3 %) человек.

Положительный фекальный иммунохимический тест (выше 100 нг/мл) был получен у

226 человек (9,04 %). 167 (74,9 %) сотрудникам с положительными результатами теста было выполнено эндоскопическое исследование толстой кишки. В 2 (1,2 %) случаях купол слепой кишки не был достигнут ввиду наличия опухолевого процесса и в 2 (1,2 %) случаях по причине неадекватной подготовки, препятствующей проведению исследования (табл. 1).

Подготовка толстой кишки оценивалась по Бостонской шкале. Качество подготовки как хорошее и отличное было оценено у 163 (97,6 %) пациентов. У 112 (67 %) пациентов были выявлены образования толстой кишки. Из них у 102 пациентов выявлены доброкачественные эпителиальные образования толстой кишки и у 10 пациентов – аденокарциномы толстой кишки, из них 4 случая (2,5 % от общего числа обследованных) carcinoma in situ.

При первичном осмотре в амбулаторных условиях полипэктомия выполнена у 86 (76,8 %) пациентов, 14 (12,5 %) пациентам с эпителиальными образованиями более 2 см потребовалось повторное эндоскопическое исследование и удаление образований в условиях круглосуточного стационара ЦАХ КГБУЗ КДЦ «Вивея» в Хабаровске. У семи (6,2 %) пациентов выявлены латерально распространяющиеся стелющиеся образования толстой кишки, выполнено телемедицинское консультирование со специалистами больницы РЖД во Владивостоке, НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина в Москве и НМИЦ колопроктологии имени А. Н. Рыжих в Москве. Пяти (4,5 %) пациентам выполнено удаление образований методом эндоскопической диссекции в подслизистом слое, двум (1,7 %) выполнена лапароскопическая резекция ободочной кишки. Пять (4,5 %) пациентов были маршрутизированы для дальнейшего обследования и оперативного лечения в КГБУЗ «Онкологический диспансер» в Комсомольске-на-Амуре.

Выводы

1. Информационно-разъяснительная работа, направленная на получение доступной информации о распространенности колоректального рака, о методах и возможностях его диагностики, лечения и профилактики, на популяризацию колоноскопии как золотого стандарта диагностики рака кишки и предраковых состояний среди целевых групп, позволяет охватить I этапом скрининга более 80 % целевой группы и выполнить эндоскопическое исследование толстой кишки более чем у 70 % пациентов с положительным иммунохимическим фекальным тестом.

2. Использование высокочувствительного неинвазивного фекального иммунохимического теста на I этапе позволяет сформировать группу пациентов (до 9 % от обследуемых), нуждающихся в эндоскопическом исследовании толстой кишки.

3. Работа на видеоэндоскопическом оборудовании экспертного класса с высокой разрешающей способностью, оптическим узким спектром изображения способствует высокому показателю выявления эпителиальных образований толстой кишки, в том числе аденом, и дает возможность их одномоментного удаления в 76,8 % случаев.

4. Наличие условий для выполнения полипэктомии при первичном осмотре повышает эффективность колоноскопии, снижает риск от последующих исследований, уменьшает негативное восприятие пациентами процедуры и подготовки к ней.

5. Четко организованная маршрутизация пациентов на всех этапах скрининга, совместная работа с ведущими клиниками дает возможность своевременного направления пациентов с целью дополнительного обследования, консультации и лечения без потери времени.

Таблица 1

Качество колоноскопии

Критерий качественной колоноскопии	Кол-во случаев (чел./%) n=167
Адекватное качество подготовки толстой кишки	163 (97,6 %)
Частота достижения купола слепой кишки	163 (97,6 %)
Частота выявления полипов (PDR)	102 (61,1 %)
Частота выявления аденом (ADR)	54 (32,3 %)
Частота выявления аденом с высоким риском малигнизации (AADR)	31 (18,6 %)
Частота выявления зубчатых аденом (SSADR)	13 (7,8 %)
Частота выявленных колоректальных раков	10 (6,1 %)

Опыт использования светодиодного аппарата АФС для скрининга патологических изменений слизистой оболочки рта при первичном осмотре стоматолога

Д. И. Овчаренко, Г. Н. Литовкина, Т. В. Чарушникова, К. А. Галышева, А. В. Чаюн, Н. А. Болоняева

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

В современном мире злокачественные новообразования (далее – ЗНО) являются одной из главных причин смертности. При этом ЗНО полости рта считаются одними из наиболее агрессивных и трудно излечиваемых патологий. По данным статистики, на сегодняшний день рак слизистой оболочки полости рта в структуре онкологической заболеваемости РФ занимает 18-е место. Несмотря на невысокий процент заболеваемости в структуре онкопатологии, число пациентов с запущенными стадиями по сей день остается достаточно высоким. Во всех развитых странах, как и в России, от опухолевых болезней умирает всё больше людей, что происходит главным образом из-за старения населения. К основным причинам запущенности относятся: поздняя обращаемость пациентов (ввиду отсутствия каких-либо симптомов на ранних стадиях), недоработка врачей первичного звена при осмотре в плане онконастороженности.

Чаще всего развитию злокачественного процесса предшествуют предраковые изменения на слизистой полости рта, но различная степень ороговения или нарушение целостности патологических элементов на слизистой рта мешают дифференциации. Поэтому важной частью первичной профилактики злокачественных новообразований в стоматологии наряду с традиционными методами обследования челюстно-лицевой области является онкоскрининг органов полости рта и слизистой оболочки. Возможности современной диагностики делают скрининг предрака и рака слизистой полости рта вполне реальным. Одним из таких методов является аутофлуоресцентная стоматоскопия (далее – АФС).

В настоящей работе представлены результаты применения отечественной аппаратуры для АФС заболеваний слизистой оболочки полости рта (далее – СОПР) на первичном приеме в стоматологическом отделении КГБУЗ КДЦ «Вивея».

АФС – это оптический метод визуализации патологических изменений СОПР, ос-

нованный на различиях в интенсивности аутофлуоресцентного излучения нормальной и патологически измененной ткани. Так, в месте перерождения слизистой резко снижается интенсивность излучения по сравнению со здоровыми тканями. Этот эффект получил название «темного пятна».

АФС проводится при выключенном освещении. Врач надевает специальные очки с желтыми линзами и направляет в полость рта включенную светодиодную лампу. Осматривает слизистую губ, оттягивая и выворачивая их; слизистую щек и боковой поверхности языка; дно полости рта; слизистую мягкого и твердого нёба. При осмотре языка пациента просит высунуть язык и, захватив кончик стерильным марлевым тампоном, оттягивает влево и вправо, оценивая свечение всех поверхностей.

При освещении аппаратом АФС здоровая СОПР дает зеленоватое свечение. Очаги воспаления (при гингивите, пародонтите) имеют красное или фиолетовое свечение за счет наличия эндогенных порфиринов, выделяемых патогенной микрофлорой. Очаги КПА (красного плоского лишая), эрозии и афты визуализируются в виде затемненных участков с неровными границами, причем их границы значительно шире, чем мы видим при визуальном осмотре. Участки гиперкератоза, например лейкоплакия, усиливают флуоресценцию в виде ярко-белого свечения. После проведенного обследования заполняется протокол (рис. 1).

При выявлении подозрительных затемненных или ярко-белых участков слизистой полости рта с их поверхности берется мазок-отпечаток и направляется для цитологического исследования в клинично-диагностическую лабораторию.

За первое полугодие 2022 года врачами стоматологического отделения КГБУЗ КДЦ «Вивея» с применением метода АФС было осмотрено 145 пациентов в возрасте 28–79 лет. Выявлены и подтверждены 1 случай рака дна полости рта, 8 случаев лейкоплакии слизистой полости рта, 4 случая красного плоского лишая СОПР.

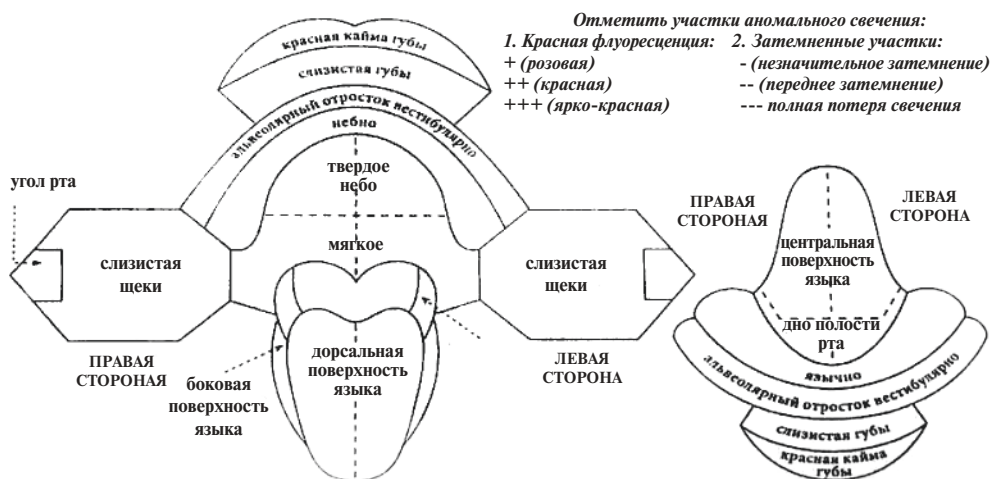


Рис. 1. Протокол стоматоскопии



Рис. 2: а – красный плоский лишай при обычном освещении; б – красный плоский лишай при АФС

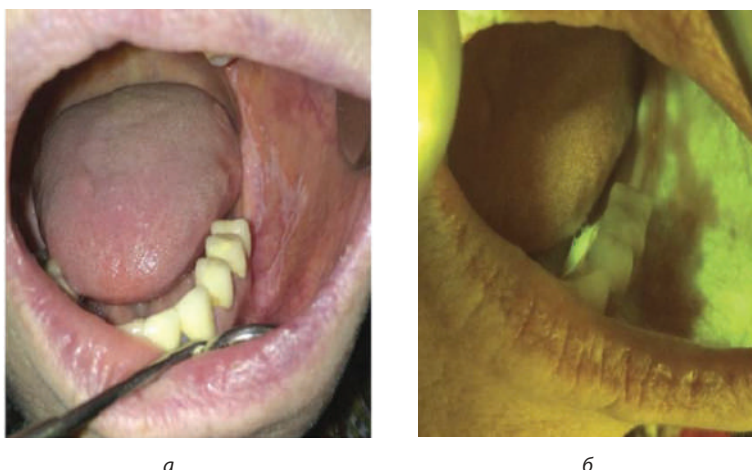


Рис. 3: а – лейкоплакия в обычном освещении; б – лейкоплакия при АФС

Таким образом, метод АФС – неинвазивный, занимает не много времени, позволяет улучшить визуализацию патологических процессов в полости рта и объективно оценить площадь поражения. Также не требуется наличие дорогостоящих реактивов и расходного материала, удобен в использовании, мобилен и эргономичен. Но надо иметь в виду, что этот метод может давать как ложноположительную, так и ложноотрицательную картину, поэтому

следует применять его лишь как дополнительное исследование.

Стоматоскоп АФС как метод онкоскрининга позволяет снизить процент невыявленных заболеваний на ранних стадиях, а также их запущенных форм, что помогает повысить степень онкологической настороженности, начать своевременное лечение и улучшить профилактические мероприятия в данном направлении.

Метод комбинированного лечения эритематозно-телеангиоэктатической формы розацеа у женщин

А. А. Поплевкина, Е. К. Гапоненко, И. Г. Макарова

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Актуальность. Розацеа – это хроническое системное рецидивирующее заболевание кожи лица, характеризующееся эритемой, расширением мелких и поверхностных сосудов кожи лица, образованием папул, пустул, отеком, телеангиоэктазиями. Природа возникновения розацеа до сих пор полностью не изучена. Развитие розацеа связано с генетической предрасположенностью, нарушением нейроэндокринной регуляции, гормональным дисбалансом и патологиями желудочно-кишечного тракта. Гормональные нарушения во многом провоцируют сосудистые проявления розацеа: мелкие сосуды лица патологически расширяются, появляется сеть телеангиоэктазий и купероза. Пациенты часто предъявляют жалобы на «красное лицо».

Купероз – не заболевание, а принятый термин в дерматологии, который обозначает расширение внутрикожных кровеносных сосудов, наиболее частый симптом эритематозно-телеангиоэктатической формы розацеа. Факторов, на фоне которых купероз прогрессирует (сауна, погода, инсоляция, стресс, работа в жарких помещениях и т.д.), очень много. Заболевание протекает с чередованием периодов обострения и ремиссии. На сегодняшний день из всех существующих методов лечения ни один не является совершенным. Поэтому эта проблема медицины до сих пор остается весьма актуальной и имеет социальное значение.

Материал и методы. Нами был применен метод комбинированного лечения эритематозно-телеангиоэктатической формы розацеа методом лазеротерапии в сочетании с криотерапией и наружным медикаментозным лечением. В течение 9 месяцев под контролем находилась группа пациентов в количестве 18 женщин с эритематозно-телеангиоэктатическим типом розацеа.

Данные пациентки предъявляли схожие жалобы на эритематозные высыпания на коже лица с незначительным периодическим зудом более 12 месяцев, эритему персистирующего характера, телеангиоэктазии на коже щек.

При осмотре на коже лица телеангиоэктазии, купероз, единичные папулезные эрите-

матозные элементы преимущественно на щеках. При дерматоскопии выявлена обширная капиллярная сеть. Все женщины до начала курса лечения были направлены на консультацию и обследование врача-гинеколога-эндокринолога, гастроэнтеролога.

Всем пациенткам было проведено обследование: ОАК, ОАМ, RW, ФЛГ, соскоб на клеща демодекс с кожи лица.

Результаты и обсуждение. У троих пациенток был найден клещ демодекс в соскобах с кожи лица, им проведено лечение Метронидазолом (гель для кожи) 2 раза в день 1 месяц. Всем пациенткам был назначен гель Адапален наружно на зоны высыпаний в течение 2 месяцев.

С 3-го месяца наблюдения 11 пациенткам были проведены процедуры лазеротерапии на аппарате Cutera Xeo № 3 в течение 3 месяцев с частотой 1 раз в месяц.

После проведения курса лазеротерапии на фоне сеансов криомассажа пациенткам наружно назначались препараты азелаиновой кислоты в течение 2 месяцев и более.

Клиническая ремиссия наступила у 5 человек после 2-го сеанса лазеротерапии и у 2 после 3-го сеанса. У 4 человек после полного курса лечения (лазеротерапия, криотерапия и медикаментозное наружное лечение). В течение периода наблюдения (9 месяцев) данная группа пациенток с рецидивами не обращалась. У 11 из 18 наблюдаемых пациенток, в лечении которых был применен метод лазеротерапии, уже на 4–5-м месяце лечения выраженная эритема и телеангиоэктазии на коже лица значительно уменьшились, местами они разрешились. Этим пациенткам было рекомендовано продолжить лазеротерапию 1 раз в месяц до полного купирования признаков купероза.

Из группы наблюдаемых 18 женщин после комбинированного лечения ремиссия была достигнута у 5 пациенток (28 %) в течение 4 месяцев лечения, еще у 2 пациенток (11 %) в течение 5 месяцев лечения. В течение последующих 2 месяцев из числа получивших процедуры лазерной терапии ремиссия наступила

еще у 4 женщин (22 %). Все пациентки находятся на поддерживающем наружном лечении препаратами азелаиновой кислоты.

Заключение. Розацеа остается одной из актуальных медико-социальных проблем. Ре-

зультаты клинического наблюдения подтверждают эффективность метода комбинированного лечения лазеротерапии, криотерапии и медикаментозного наружного лечения, доказывают обоснованность индивидуального подхода к каждому пациенту.

Случай выявления миксомы левого предсердия

Е. И. Савина, О. М. Процык, О Ген Дя

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Актуальность. Миксома – доброкачественная опухоль соединительнотканного происхождения; может локализоваться во всех органах, однако чаще всего поражает сердце. Развивается опухоль в любом возрасте от 3 до 80 лет, чаще всего между 30–60 годами. В своей структуре миксома представляет собой рыхлое желеподобное образование различной формы. Клинические проявления зависят от размеров опухоли, подвижности, ее топографии. Пока миксома не перекрывает полости или клапанные отверстия сердца, она протекает бессимптомно, без жалоб. По мере роста миксома нарушает циркуляцию крови в сердце и приводит к возникновению сердечной недостаточности. У части больных из-за фрагментации опухоли развиваются эмболии артерий, которые могут быть первым проявлением заболевания.

Миксома локализуется в любой камере сердца, однако чаще всего – в полости левого предсердия. Трудности обнаружения опухоли связаны с различной плотности структуры миксомы, наличием тромба в предсердных полостях (в 75 % случаев поражает левое предсердие, в 20 % случаев – правое, в остальных 5 % случаев располагается в желудочках).

Риск внезапной смерти у больных с миксомой составляет 30 %. Больные чаще жалуются на симптомы, характерные для левожелудочковой недостаточности (одышка, кашель, головокружение, слабость, приступы удушья и усиленное сердцебиение, кровохарканье). Основное место в диагностике миксом сердца в настоящее время занимает ультразвуковая диагностика (трансторакальное или чреспищеводное исследование), а также МСКТ и МРТ с контрастом («нативные» КТ и МРТ – неинформативны). Лечение миксом – только хирургическое.

Материал и методы. Пациент С., 59 лет, обратился в поликлинику для проведения ульт-

развукового исследования органов брюшной полости по направлению гастроэнтеролога. На момент осмотра активных жалоб не предъявлял, но отмечал слабость, быструю утомляемость и ощущение нехватки воздуха при физических нагрузках. При проведении исследования левой доли печени в полости левого предсердия выявлено крупное округлое солидное образование.



Рис. 1. Миксома левого предсердия

Было решено провести дополнительное обследование. При ультразвуковом исследовании выявлено: фракция выброса в пределах нормы – 62 %, правые камеры сердца не расширены, левое предсердие увеличено до 5,8x5,2 см, в нем визуализируется округлое солидное образование средней эхогенности, с четкими ровными контурами, размерами 5,7x4,3x3,3 см, которое прикрепляется к межпредсердной перегородке, ближе к передней створке митрального клапана. Во время систолы предсердия, при раскрытии створок митрального клапана, оно незначительно пролабирует в левый желудочек, при этом регистрируется повышение скорости на митральном клапане (до 1,7 м/с), что характерно для стенотических

изменений митрального клапана. Заключение: имеются признаки образования левого предсердия (вероятно, миксома). Пациент был направлен к кардиологу, который подтвердил предположение.

Заключение. Таким образом, ультразвуковая диагностика, являясь неинвазивным и

комплексным методом, позволяет диагностировать опухоль практически любой локализации, точно оценить размеры, структуру, распространенность и вовлечение окружающих тканей, характер роста, что сокращает время постановки диагноза и влияет на прогноз жизни пациентов.

Роль ультразвуковых исследований в диагностике патологии молочных желез

Ю. С. Сажнева, И. В. Трохина, О. А. Добровольская

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Актуальность. На современном этапе методами диагностики заболеваний молочных желез являются клиническое исследование, рентгеновская маммография, ультразвуковое исследование (УЗИ), МРТ, биопсия и морфологическое исследование. Ультразвуковое исследование молочных желез назначается пациенткам в репродуктивном возрасте (до 40 лет) при наличии жалоб на боли, выделения из сосков, покраснение желез, а также для уточнения характера образований, выявленных при пальпации.

УЗИ необходимо для изучения локальных болезненных участков молочных желез, уточнения содержимого кист с целью исключения папиллярных разрастаний, проведения навигации выполнения тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ), исследования протезированных желез как дополнение к маммографии. Преимущества ультразвукового исследования перед другими методами исследования молочных желез – отсутствует лучевая нагрузка, возможность исследования при любой структуре желез, применение у кормящих и беременных женщин.

Материал и методы. Отделение ультразвуковой диагностики поликлиники «Вивея» оснащено аппаратами экспертного класса с высокочастотными датчиками. Мультипараметрическое исследование (В-режим, ЦДК, эластография) со стандартизацией интерпретации результатов с помощью шкалы BI-RADS позволяет снизить количество ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Пациентки на УЗИ молочных желез направляются врачами диагностического центра при наличии показаний либо обращаются самостоятельно, а также после проведения маммографии для

уточнения характера выявленных изменений. В 2021 году было выполнено 5175 ультразвуковых исследований молочных желез в возрасте от 18 до 86 лет – это около 5,7 % от общего числа проводимых исследований.

Наиболее распространенными заболеваниями молочных желез у женщин являются фиброзно-кистозная мастопатия, узловые образования, как доброкачественные (фибролипомы, фибroadеномы, узловые формы мастопатии, участки аденоза), так и злокачественные. Самая главная задача диагностики заболеваний – это их раннее выявление.

Одними из наиболее распространенных заболеваний молочных желез у исследованных пациенток в нашем медицинском центре за 2021 год являются фиброзно-кистозные изменения – 47,1 % от общего числа исследований; на втором месте по частоте – доброкачественные образования (крупные кисты, фибroadеномы, фибролипомы, участки аденоза) – 36,2 %. В 15,2 % случаев были злокачественные образования. К сожалению, частота заболеваний молочных желез возрастает; категория пациенток с заболеваниями желез «молодеет».

Так, по данным Росстата, первичная заболеваемость женщин дисплазиями молочных желез с 2010-го по 2019 год увеличилась в России и Хабаровском крае на 26,0 % и 64,0 % соответственно и составила 458,0 и 488,8 случая на 100 тысяч женского населения. В период пандемии COVID-19 обращаемость женщин в медицинские организации по поводу патологии молочных желез уменьшилась до 301,4 и 227,1 случая на 100 тысяч женского населения. Заболеваемость женщин Хабаровского края раком молочной железы составила в 2021 году 102,4 случая на 100 тысяч женского населения, что

на 15,1 % выше российского показателя за этот период (89,0 случая).

В реальном времени под контролем УЗИ можно провести пункцию образования молочной железы (ТАПБ). Пункцию назначают при фиброзно-кистозных образованиях, фиброаденомах и при подозрениях на злокачественное образование молочной железы. Биопсия позволяет получить материал для цитологического исследования и верифицировать выявленные изменения, сократить время диагностики. За 2021 год в диагностическом центре «Вивея» было проведено 289 пункций, это 5,6 % от общего числа ультразвуковых исследований молочных желез. Минимальный размер выявленного протокового рака составил 4x5 мм. Чем раньше будут диагностированы и верифицированы

патологические изменения, тем раньше будет начато лечение и лучше прогноз.

Выводы. Мультидисциплинарный подход, мультипараметрическое УЗИ, стандартизация интерпретации результатов, проведение ТАПБ позволяют снизить количество ложноположительных и ложноотрицательных результатов в диагностике заболеваний молочных желез, выявить минимальные изменения, верифицировать их морфологически и своевременно направить больных на лечение. Учитывая сложившуюся эпидемиологическую ситуацию с раком молочной железы в Хабаровском крае, надо шире использовать УЗИ молочных желез, чаще прибегать к верификации патологических изменений, выявленных при обследовании женщин.

Нарушения системы гемостаза у пациентов с новой коронавирусной инфекцией

А. Е. Стекольщикова, Т. Ю. Юдина, Н. А. Болоняева

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Актуальность. В конце 2019 года в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 года определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 (Coronavirus disease 2019). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 года присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2.

Наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции стала двусторонняя пневмония (вирусное диффузное альвеолярное повреждение с микроангиопатией). У 3–4 % пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). У части больных развивается гиперкоагуляционный синдром с тромбозами и тромбоземболиями, поражаются также другие органы и системы (центральная нервная система, миокард, почки, печень, желудочно-кишечный тракт, эндокринная и иммунная системы), возможно развитие сепсиса и септического шока.

Одним из самых частых проявлений заболевания COVID-19 в клинической лабораторной диагностике служат нарушения показателей

системы гемостаза, которые играют важную роль в патогенезе и клинических проявлениях заболевания. Умение определять факторы и группы риска развития тромботических осложнений, интерпретировать показатели периферической крови и коагулограммы в динамике помогает врачам-клиницистам проводить своевременную коррекцию лечения заболевших пациентов.

Цель работы. Установить влияние пола и возраста на предрасположенность к коронавирусной инфекции, провести анализ нарушений системы гемостаза у больных COVID-19.

Материал и методы. Обследовано 196 пациентов с подтвержденным диагнозом U07.1 (коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован по МКБ-10). Обязательным условием было наблюдение за показателями системы гемостаза не менее 3 раз в разные дни заболевания.

Из числа обследуемых пациентов женщины составили 61,7 % (121 чел.). Представители мужского пола составили 38,3 %, что позволяет предположить, что женщины чаще заболевают коронавирусной инфекцией.

Возраст обследуемых варьирует от 20 до 91 года (средний возраст составил 60,5 года).

Преобладающее большинство пациентов (37 %) находились в возрасте от 60 до 69 лет, что дает основание предполагать возрастную выборочность заболевания. Однако у людей старше 60 лет, как правило, уже имеются хронические заболевания, которые ослабляют иммунитет. Это может служить триггером для заражения коронавирусной инфекцией.

Среднее значение уровня фибриногена при начале заболевания новой коронавирусной инфекцией составляет 4,5 г/л, что выше нормы (1,8–4,0 г/л). Так как фибриноген является белком «острой фазы», то чем выше этот показатель, тем тяжелее течение заболевания.

К концу заболевания такие показатели, как фибриноген, АЧТВ, протромбиновый индекс также оставались выше нормы, но их значения были ниже, чем в начале заболевания. Вероятно, это особенность течения заболевания новой коронавирусной инфекции, хотя не стоит исключать вероятность индивидуальных особенностей организма обследованных и их личных показателей системы гемостаза. У 3 % обследованных (7 пациентов) показатели системы гемостаза оставались в норме. Вероятно, это были пациенты с легким течением заболевания без осложнений со стороны коагуляционной системы. У 80 % обследованных (156 пациентов) протромбиновый индекс и МНО не выходили за границы нормы во время течения заболевания. У остальных

30 пациентов уровень МНО доходил до 7–8 у.е. Возможно, эти пациенты изначально до заболевания находились на антикоагулянтной терапии, а новая коронавирусная инфекция усугубила их проблемы со свертывающей системой крови.

Самым ярким показателем течения заболевания оказался D-димер. Чем тяжелее протекает заболевание, тем выше показатель D-димера. У 15 % (31 пациент) в начале заболевания уровень D-димера был выше 7500 нг/мл, но на 5–7-й день при корректном лечении показатели заметно снижались, а к концу заболевания приходили в норму.

Заключение. При исследовании показателей системы гемостаза можно предположить следующее:

1. Женщины более предрасположены к заболеванию новой коронавирусной инфекцией.
2. Более предрасположены к заболеванию лица старше 60 лет.
3. Более информативными показателями течения заболевания являются фибриноген и D-димер.
4. Уровень ПТИ и МНО, как правило, не выходит за границы нормы.
5. Все исследуемые показатели системы гемостаза в начале заболевания новой коронавирусной инфекцией повышаются в зависимости от остроты и тяжести течения заболевания.

Опыт применения анти-VEGF терапии в лечении неоваскулярной возрастной макулярной дегенерации

М. А. Сушкова, И. Д. Когут, О. И. Новолодская, Н. А. Болоняева

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Актуальность. Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – хроническое прогрессирующее заболевание, приводящее к необратимому снижению зрения, а в случае развития неоваскулярной формы – к практической слепоте в 80–90 % случаев. ВМД является основной причиной инвалидности по зрению пациентов старшей возрастной группы (60 лет и старше) в индустриально развитых странах. Пусковым механизмом развития влажной (неоваскулярной) формы ВМД служит продукция и накопление VEGF-фактора (фактора роста эндотелия сосудов), что стимулирует появ-

ление неоваскуляризации и отека сетчатки. Основным методом лечения неоваскулярной ВМД, характеризующимся патогенетической направленностью действия, является интравитреальное введение анти-VEGF препаратов. При использовании препаратов этой группы возможно не только достижение стабилизации патологического процесса, но и улучшение функциональных и анатомических параметров сетчатки.

Особенности течения неоваскулярной ВМД диктуют необходимость не только раннего начала ее лечения с трех ежемесячных загрузоч-

ных инъекций, но и регулярности проводимых инъекций анти-VEGF препаратов в дальнейшем, из-за наличия закономерных периодов возврата активности патологического процесса.

Цель исследования. Оценить функциональные и морфологические результаты анти-VEGF терапии пациентов с неоваскулярной возрастной макулярной дегенерацией в реальной клинической практике.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 человек (30 глаз) с активной макулярной неоваскуляризацией (МНВ) на фоне ВМД, средний возраст пациентов 73,1±3,42 года (от 46 до 84 лет). Мужчин – 5 (16,7 %), женщин – 25 (83,3 %). В исследовании принимали участие пациенты с максимальной скорректированной остротой зрения (МКОЗ) исследуемого глаза 0,1 или лучше с расстояния 5 м по таблице для исследования остроты зрения Сивцева–Головина. Время от начала заболевания до начала лечения у пациентов было различным: от 1 месяца до нескольких лет.

В зависимости от года начала терапии пациенты были разделены на 2 группы (2020 г. и 2021 г.), по 15 человек в каждой группе. Срок наблюдения пациентов 1-й группы составил 18 месяцев. Во 2-й группе – 12 месяцев.

Всем пациентам выполнялось стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия в состоянии медикаментозного мидриаза, оптическая когерентная томография макулярной зоны.

Остроту зрения определяли традиционным методом в стандартных условиях освещенности с помощью фороптора компьютерного CV-5000 TOPCON Corporation, Япония, таблицы Сивцева–Головина и набора пробных линз для подбора очков. Визометрию проводили по общепринятой методике: монокулярно с максимальной коррекцией аметропии.

Офтальмоскопия в прямом и обратном виде проводилась с помощью бинокулярного непрямого офтальмоскопа Ю-а, Neitz Instrument Co., Япония, и на щелевой лампе с использованием линз в 90 и 60Д производства OCULAR-Instrument.inc, США.

Оптическую когерентную томографию (ОКТ) проводили, используя томограф модели OCT Stratus, Carl Zeiss Meditec AG, Германия. Изучали анатомию топографическое соотношение слоев сетчатки и ее толщину в макулярной зоне. Состояние центральной зоны исследовали согласно протоколу сканирования Macular thickness, включавшего радиальные сканы длиной 6 мм. Анализ данных выполняли на основе

протокола Retinal thickness/volume tabular, который позволял оценить топографию слоев и толщину сетчатки. Для анализа толщины макулярной области в различных отделах мы использовали следующие параметры: средняя толщина центральной зоны сетчатки (мкм), общий объем макулы (мм³). Активная макулярная неоваскуляризация, связанная с ВМД, подтверждалась наличием интратинальной или субретинальной жидкости, кровоизлияниями. Также мы обращали внимание на следующие морфологические изменения: наличие кист и их природу (дегенеративные или экссудативные), состояние эллипсоидной зоны, наличие субретинального гиперрефлекторного материала, наличие макулярной атрофии, отслойки пигментного эпителия сетчатки и ее характер.

В зависимости от расположения комплекса новообразованных сосудов, согласно новой классификации, выделяли: МНВ I типа (комплекс залегал под ретинальным пигментным эпителием (РПЭ)), МНВ II типа (комплекс залегал над РПЭ), МНВ III типа (ретинальная ангиоматозная пролиферация), а также ПХВ (полипоидальная хориоидальная васкулопатия – МНВ I типа с аневризматическими разрастаниями) и смешанную МНВ.

Всем пациентам интравитреально вводили анти-VEGF препарат: Афлиберцепт (26 пациентов) или Ранибизумаб (4 пациента). Проводились 3 загрузочные инъекции препарата с интервалом 4 недели, далее лечение пациентов проводилось в режиме Treat and extend (T&E): «лечить и увеличивать интервал». Данный режим способствует достижению и поддержанию клинически значимого улучшения остроты зрения (ОЗ) при снижении бремени лечения и индивидуальном подходе для каждого пациента.

Для обработки полученных данных были использованы программы Office Std. 2010 (Excel 2010) и Statistica 13.0. Для характеристики рядов данных рассчитывали среднее значение, стандартное отклонение. Значимость различия между показателями групп оценивали параметрическим методом при помощи парного t-критерия Стьюдента для зависимых совокупностей. Статистические гипотезы проверяли при критическом уровне значимости, равном 0,05, т.е. различие считалось статистически достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ данных ОКТ показал, что среди всех пациентов с неоваскулярной ВМД преобладали пациенты с I и II типами МНВ, единичные пациенты с полипоидальной хориоидальной васкулопатией (ПХВ) и ретинальной ангиоматозной пролиферацией (РАП). Так как наш томограф не

поддерживает исследование в ангиорезиме, в некоторых случаях тип МНВ определить достоверно было проблематично.

Среднее количество интравитреальных инъекций в течение первого года составило: в первой группе – 5,7 инъекции, во второй группе – 5 инъекций.

На фоне проводимого лечения достигнуты повышение и стабилизация остроты зрения (ОЗ), уменьшение толщины центральной зоны сетчатки (ТЦЗС) и общего макулярного объема (МО) пропорционально во всех группах. В нашем исследовании только 3 пациента нарушали режим терапии в связи с прогрессированием сопутствующих заболеваний.

Проведя анализ изменения ОЗ у всех пациентов в течение первого года лечения, мы получили следующие результаты: острота зрения всех пациентов в течение 1-го года лечения повысилась с $0,40 \pm 0,14$ до $0,48 \pm 0,13$ ($p=0,048$), т.е. изменение признака можно считать статистически незначимым.

Также мы заметили в нашем исследовании, что низкая острота зрения определялась как у пациентов с утолщенной сетчаткой, так и при нормальных значениях ТЦЗС.

Согласно исследованиям последних лет определение ТЦЗС не может считаться достаточным ни для оценки морфологических проявлений ВМД, ни для контроля проводимого лечения. Дело в том, что ТЦЗС не учитывает характер изменений в различных компартментах сетчатки, а оценивает их все вместе, что снижает чувствительность и специфичность этого параметра.

Так, в недавно опубликованных зарубежных рекомендациях экспертов и обществ офтальмологов наличие персистирующей субретинальной жидкости не является показателем недостаточной эффективности терапии.

Выводы. Необходимость длительного наблюдения и регулярного лечения неоваскулярной ВМД накладывает большую нагрузку как на медицинское учреждение и врача, так и на пациента. Поэтому результаты, получаемые в клинической практике, не всегда соответствуют данным клинических исследований и чаще всего именно в связи с несоблюдением режима терапии, поздним началом лечения и в некоторых случаях с отказом от антиангиогенной терапии, что приводит к продолжающейся активности заболевания.

Большинство пациентов в нашем исследовании соблюдали режим лечения. Среднее количество интравитреальных инъекций в течение первого года терапии составило 5,3, что сопоставимо с рекомендуемой кратностью инъекций (согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ за 2022 год). Отсутствие значимого роста остроты зрения скорее всего связано с поздним началом анти-VEGF терапии (более 3 месяцев) и как следствие, с развитием субретинального фиброза.

В дальнейших исследованиях, при приобретении более современного томографа с ангиорезимом ОКТ, мы в наших наблюдениях будем учитывать не только изменения ТЦЗС и МО, но и морфологические изменения, релевантные для ОЗ, исходов лечения и применяемых режимов дозирования: тип МНВ, ее размер, локализация, степень активности неоваскулярной мембраны и другие особенности витреомакулярного интерфейса.

Наше исследование имеет ряд ограничений ввиду небольшой выборки и требует дальнейшего наблюдения пациентов в связи с хроническим характером заболевания. Анализ долгосрочных результатов и расширение группы пациентов послужат темой дальнейшего исследования и анализа.

Коэффициент микроцитарной анемии как показатель латентного железодефицита (MAF)

Т. Ю. Юдина, Т. К. Пиженкова, Н. А. Болоняева

КГБУЗ КДЦ «Вивея», г. Хабаровск, ул. Запарина, 83

Актуальность. Среди множества заболеваний организма серьезное место занимает железодефицитная анемия. Железодефицитная анемия (далее – ЖДА) – самый распространенный анемический синдром и составляет 80 %

от всех видов анемий. Согласно ВОЗ, дефицит железа входит в число 10 наиболее опасных факторов риска развития различных заболеваний, нетрудоспособности и смертности во всем мире. По данным ВОЗ, железодефицитной

анемией страдают около 2 млрд человек, скрытый железодефицит наблюдается у 3,5 млрд. Железодефицитное состояние является причиной снижения умственной и физической работоспособности, снижения вирусного иммунитета, задержки физического и умственного развития детей. Железодефицитные состояния оказывают неблагоприятное влияние на перинатальные исходы беременности, способствуя развитию фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной задержке роста плода.

Дефицит железа развивается поэтапно. На первом этапе потребности в железе превышают его потребление, вызывая прогрессирующее истощение запасов железа в костном мозге. Когда уменьшаются запасы железа, компенсаторно повышается абсорбция железа с пищей. Развитие анемии в конечном счете развивается из-за отрицательного влияния дефицита железа на синтез эритроцитов.

Стадии дефицита железа

1-я стадия характеризуется уменьшением запасов железа в костном мозге; гемоглобин и сывороточное железо остаются в норме, но содержание сывороточного ферритина падает до < 20 нг/мл. Компенсаторное повышение абсорбции железа приводит к повышению железосвязывающей способности сыворотки (уровень трансферрина).

На 2-й стадии нарушается эритропоэз. Хотя уровень трансферрина повышается, показатель сывороточного железа снижается; насыщение трансферрина также снижается. Эритропоэз нарушается, если содержание железа в сыворотке падает до уровня < 50 мг/дл (< 9 мкмоль/л) и коэффициент насыщения трансферрина до < 16 %. Количество сывороточных рецепторов трансферрина возрастает.

На 3-й стадии развивается анемия с нормальными эритроцитарными индексами.

На 4-й стадии развивается микроцитарная гипохромная анемия.

нормальный уровень гемоглобина на протяжении первых двух стадий развития дефицита железа. Но благодаря новым диагностическим параметрам современных гематологических анализаторов раннее выявление ЖДА и ее дифференцировка с другими видами анемий стали возможными по обычному клиническому анализу крови. Один из таких параметров – коэффициент микроцитарной анемии – показатель скрытого дефицита железа, который является расчетным ($[\text{гемоглобин} \times \text{средний объем эритроцита}] / 100$).

Материал и методы. Для оценки уровня гемоглобина, эритроцитарных индексов и расчета МАФ пациентам был выполнен клинический анализ крови на системе клеточного анализа UniCel® DxH 800 Coulter (производство Beckman Coulter, США) с использованием родных реагентов производителя из пробирки, содержащей в качестве антикоагулянта K_2 ЭДТА.

В то же время у пациента определялся уровень сывороточного железа на биохимическом анализаторе AU480 (Beckman Coulter, США) с использованием родных реагентов производителя в пробирке с активатором свертывания, отцентрифугированной через 30 минут после забора крови.

Нормальные значения для показателей

Гемоглобин: 120–140 г/л – для женщин;
130–160 г/л – для мужчин;
МАФ: 10,6–15,5 Ед
Железо: 8,8–27,0 мкмоль/л – для женщин;
9,6–30,0 мкмоль/л – для мужчин.

Результаты и обсуждение. Была обследована группа из 1202 пациентов, из которых 855 женщин (71,1 %) и 347 мужчин (28,9 %). По результатам исследований пациенты были разделены на три группы. Критерии отбора:

	Группа	Гемоглобин	МАФ	Железо
I	Здоровые	Норма	Норма	Норма
II	Скрытый дефицит железа	Норма	Снижение	Снижение
III	Пациенты с ЖДА, получающие лечение	Снижение	Снижение	Норма

На 5-й стадии дефицит железа оказывает влияние на тканевый обмен, что приводит к появлению симптомов и признаков заболевания, таких как слабость, быстрая утомляемость, одышка, головная боль, головокружение, бледность кожи, выпадение волос, трещины в углах рта, извращенный вкус (например, желание есть мел).

Огромную проблему для своевременной диагностики и начала лечения ЖДА составляет

В первую группу вошел 981 пациент (81,6 % из всех обследованных), из которых 732 женщины (74,6 %) в возрасте от 18 до 91 года и 249 мужчин (25,4 %) в возрасте от 18 до 84 лет. Значения гемоглобина, МАФ в общем анализе крови и уровень сывороточного железа у этих пациентов находились в пределах нормы.

Вторую (целевую) группу составили пациенты, в общем анализе крови которых

уровень гемоглобина был нормальным, но отмечалось снижение показателя МАФ. Наличие у таких пациентов скрытого дефицита железа подтверждалось его сниженным уровнем в сыворотке крови. В данную группу вошло 57 человек, из них 53 женщины (93 %) в возрасте от 18 до 81 года и 4 мужчины (7 %) в возрасте от 48 до 84 лет. После дополнительных обследований (ферритин, трансферрин, общая и латентная железосвязывающая способность) у 18 пациентов из данной группы был выставлен диагноз железодефицитной анемии. МАФ этих пациентов находился в пределах от 9,1 до 9,8.

В состав третьей группы было включено 164 пациента со сниженными показателями гемоглобина и МАФ в общем анализе крови, но нормальным содержанием железа в сыворотке крови. Среди них 140 женщин (85,4 %)

в возрасте от 18 до 83 лет и 24 мужчины (14,6 %) в возрасте от 24 до 83 лет. Эти пациенты наблюдались у гематолога с диагнозом железодефицитной анемии и получали лекарственную терапию препаратами железа, что способствовало его повышенному содержанию в сыворотке крови.

Выводы

1. Латентный дефицит железа наиболее часто встречается у женщин.
2. Снижение МАФ имеет место уже на стадии латентной железодефицитной анемии при нормальном уровне гемоглобина в клиническом анализе крови.
3. Снижение показателя МАФ ниже 9,8 является предикторным признаком развития 2-й и 3-й стадий дефицита железа.