



Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Pirogov Russian National Research
Medical University



Студенческое научное общество
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Student's Scientific Society
of RNRMU



*„Медицина - любовь моя
и жизнь моя!”*

Н.И. Пирогов

XV Международная
(XXIV Всероссийская)
Пироговская научная
медицинская конференция
студентов
и молодых ученых

XV International Pirogov
scientific medical conference
of students and young scientists

**СБОРНИК
ТЕЗИСОВ**

**BOOK OF
ABSTRACTS**

pirogovka.rsmu.ru

Москва
2020

537

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ГЕАНГИОМ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРОВ ОБРАЗОВАНИЙ

Лопатин Я.Р., Казаков А.Д.

Научный руководитель: Петров Н.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия

Введение. Гемангиома печени – это доброкачественное образование мезодермального происхождения, являющееся результатом пролиферации эндотелия. Чаще всего гемангиомы печени имеют асимптомное течение. У части пациентов они могут иметь симптоматику, снижающую качество жизни, и осложнения: разрыв, кровотечение, некроз гемангиомы, печеночная недостаточность, развитие синдромов портальной гипертензии, механической желтухи, гастро- и дуоденостаза и др. Одним из перспективных методов лечения является транскатетерная артериальная эмболизация гемангиомы (ТАЭ).

Цель исследования. Оценить эффективность лечения с применением ТАЭ в зависимости от размера гемангиом печени в отдаленном периоде.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 23 пациентов (17 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 31 до 65 лет по поводу гемангиом печени с применением методики ТАЭ. Размеры гемангиом печени у пациентов составляли от 35 до 159 мм в наибольшем измерении (в среднем 85,4 мм). Для оценки размера образования применялись визуализационные методы исследования (УЗИ, КТ или МРТ). В зависимости от размера образований выборка была разбита на группы: 1) от 35 до 60 мм (8 человек); 2) от 61 до 90 мм (8 человек); 3) 91 мм и более (7 человек). В качестве эмболизирующего агента при ТАЭ использовалась комбинация сверхжидкого липиодола и гемостатической губки. Эмболизирующие агенты вводились в артерии, питающие гемангиому, до полной редукции кровотока по ним. Отдаленные результаты оценивались по данным повторного обследования пациентов при помощи КТ в период от 3 до 6 месяцев после выполнения ТАЭ. Процедура считалась эффективной, если размер образования уменьшился не менее, чем на 25% по сравнению с его исходным размером.

Результаты. В первой группе (размеры образования от 35 до 60 мм) ТАЭ эффективна в 87,5% случаев (7 из 8 пациентов), во второй группе (размеры образования от 61 до 90 мм) – в 50% случаев (4 из 8 пациентов), в третьей группе (размеры образования от 91 мм и более) – в 28,6% случаев (2 из 7 пациентов).

Выводы. Эффективность ТАЭ имеет обратную зависимость по отношению к размеру гемангиомы печени. При небольших размерах гемангиомы (до 6 см) использование ТАЭ обосновано в качестве окончательного лечения. При размерах гемангиомы более 6 см применение ТАЭ нецелесообразно, предпочтительно выполнение радикального резекционного оперативного вмешательства.

673

ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ВЫБОРУ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Фляева А.С., Цыганков Д.А., Локтионов В.А., Улмасов Ш.Х., Костин С.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Беляев А.Н.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Саранск, Россия

Введение. Паховая грыжа – это патология, которая существует веками и, к сожалению, на сегодняшний день не разработана эффективная профилактика данного заболевания. Операции по поводу паховых грыж являются одними из самых распространенных хирургических вмешательств по данным ВОЗ за 2018 год. Ежегодно в мире проводится около 20 миллионов герниопластик. Различают множество подходов, показаний к лечению и большое количество методов герниопластики при паховой грыже.

Цель исследования. Проанализировать тактику выбора хирургического метода лечения паховых грыж.

Материалы и методы. Нами проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в чистом хирургическом отделении МРЦКБ с диагнозом паховая грыжа за 2017-2019 года.

Результаты. Проведен сравнительный анализ 1372 историй болезни пациентов по полу, возрасту, анамнезу, инструментальным методам диагностики, времени госпитализации и видам хирургического вмешательства. К факторам риска развития паховой грыжи по данным анализа историй болезни относились: семейный анамнез, мужской пол (99%), возраст (61 год), низкий индекс массы тела. Диагноз паховых грыж чаще всего был подтвержден физикальными методами обследования (100%). Дополнительно применялась ультразвуковая диагностика (95%), магнитно-резонансная томография (2%), компьютерная томография (2%). По данным Международных рекомендаций по лечению паховых грыж, 2018 год, герниопластика с использованием сетчатого трансплантата по Лихтенштейну рекомендуется в качестве операции выбора при открытой или лапароскопической технике. Одной стандартной методики лечения всех паховых грыж не существует. При обсуждении с пациентами вариантов лечения может быть предложена тканевая пластика (например, метод Шолдайса). По нашим данным, в структуре госпитализированных в чистое хирургическое отделение МРЦКБ, пациенты с грыжами составляли 20%. Паховые грыжи выявлены у большинства пациентов (52% от общего числа пациентов с грыжами по данным за 2017-19 года). Преобладающей операцией у пациентов с паховыми грыжами в 2017 году являлась герниопластика по Постемскому (98%), в 2019 году – герниопластика по Лихтенштейну (87%). Смена подхода к выбору хирургического метода лечения была связана с внедрением клинических рекомендаций ведения пациентов с паховыми грыжами. Осложнений в послеоперационном периоде не выявлено.

Выводы. Паховые грыжи выявлены у 52% от общего числа пациентов с грыжами. Операцией выбора у пациентов с паховыми грыжами в 2017 году являлась герниопластика по Постемскому (98%), в 2019 году – герниопластика по Лихтенштейну (87%).

834

ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЛИМФОКИСТ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ С ТАЗОВОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ

Жилов М.С.¹, Желтикова Е.А.¹, Базаркин А.К.²

Научный руководитель: к.м.н., доц. Гуспанов Р.И.¹

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

Введение. Радикальная простатэктомия (РПЭ) с тазовой лимфаденэктомией (ТЛЭ) в настоящее время является золотым стандартом хирургического лечения клинически локализованного рака простаты промежуточного и высокого рисков. Согласно протоколам ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) с целью ускоренного восстановления пациентов после операции установка страхового дренажа не требуется.

Цель исследования. Оценить влияние установки страхового дренажа после РПЭ с ТЛЭ на образование лимфокист и проанализировать факторы, влияющие на формирование лимфоцеле.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ больных, оперированных по поводу рака предстательной железы (РПЖ). С января 2017 года по ноябрь 2019 года в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова выполнено 312 РПЭ. 142 пациента по причине отсутствия показаний к проведению ТЛЭ были исключены из исследования. 170 пациентов с ТЛЭ были распределены на две группы: первой группе устанавливали страховой дренаж – 88% (150), второй группе не устанавливали – 12% (31). Средний возраст пациентов составил 65,1 года (45-81 лет). Пациенты подвергались позадилоной РПЭ в 76% (129) случаев и лапароскопической (ЛСК) РПЭ в 24% (41) случаев. Стандартная ТЛЭ выполнялась у 51% (86) пациентов, расширенная у 49% (84). Среднее количество удаленных лимфоузлов

составило 16 (4-52). Предоперационное распределение стадии Т было: Т2 и менее – 57% (97), Т3 и более – 43% (73) пациентов. Сумма Глисона после операции составила: 6 баллов – 31% (54), 7 баллов – 47% (80), 8-10 баллов – 22% (36). Поражение регионарных лимфоузлов выявлено у 24% (40) исследуемых пациентов. Медиана наблюдения составила 21 месяцев (3-36). Последствия лечения удалось проследить у 137 пациентов (80%).

Результаты. В общей сложности образование лимфоцеле наблюдалось у 10,5% (18) пациентов. В группе с установкой дренажа у 8% (12) больных, в группе без дренажа – у 19% (6), средний объем лимфокиста в первой группе 730 (200-2100) мл, во второй – 1190 (400-2450) мл. При анализе данных было выявлено, что пациенты, оперированные открытым доступом и имеющие метастазы в регионарных лимфатических узлах, в разы чаще подвергались повторному оперативному вмешательству, в отличие от пациентов после лапароскопического доступа и без поражения регионарных лимфатических узлов.

Выводы. Частота образования лимфоцеле преобладает у пациентов без страхового дренажа более чем в два раза, чем с дренажем: 19% и 8% соответственно. Таким образом, установка страхового дренажа уменьшает вероятность возникновения симптоматических лимфоцеле и предостерегает пациентов от повторных хирургических вмешательств. В большей степени на образование лимфоцеле влияет открытый оперативный доступ и наличие метастазов в регионарных лимфоузлах, поэтому данные пациенты нуждаются в тщательном послеоперационном обследовании.

845

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧЕК

Жилов М.С., Варенцов М.Г., Желтикова Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Юсуфов А.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Лапароскопическая резекция почки (ЛРП) является стандартом хирургии опухоли паренхимы почки. Данный оперативный метод позволяет сохранить функцию и анатомию почки, таким образом отодвигая лапароскопическую нефрэктомия на второй план. Скорость клубочковой фильтрации, определяющая функциональное восстановление после оперативного лечения, зависит от сохраненного объема паренхимы и тепловой ишемии.

Цель исследования. Оценить динамику изменения почечной функции в зависимости с международной шкалы R.E.N.A.L. и временем тепловой ишемией.

Материалы и методы. С 2016 г. по декабрь 2019 г. в клинике урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, на базе ГКБ №1 проанализированы результаты 150 ЛРП. Распределение по шкале R.E.N.A.L. было следующим: низкий 50% (n=75), средний 35,3% (n=53), высокий 14,7% (n=22). Средний возраст больных достигал 61,1 года (28-79). У 125 больных резекция почки выполнена при тепловой ишемии 9,5 минут (6-29).

Результаты. При измерении до операции СКФ (MDRD) показатель составил 64,58 мл/мин/1,73 м² (29,89-138,47), после операции составил 58,69 мл/мин/1,73 м² (25,68-120,76). Уровень креатинина до операции 105,5 мкмоль/л (59,0-211,7), соответственно после 121,45 мкмоль/л (58,0-243,0). Ухудшение индекса MDRD от исходного с 45 до 29 мл/мин/1,73 м² расценивалось как тяжелое. Это наблюдалось в группах с высоким уровнем сложности резекции по шкале R.E.N.A.L. (средний и высокий), тепловой ишемии более 20 мин, у пациентов имеющих фоновые заболевания (сахарный диабет и гипертоническая болезнь) развития хронической болезни почек. Пациенты при уровне креатинина более 150 мкмоль/л, имели снижение показателя MDRD более 10-20 мл/мин/1,73 м² от исходного.

Выводы. Прогноз восстановления функциональной способности почечной паренхимы зависит от исходного уровня клубочковой фильтрации возраста и наличия хронической болезни почек. При прогнозировании результатов необходимо провести нефро-

метрическую оценку сложности резекции по шкале R.E.N.A.L., а интраоперационно сокращать время тепловой ишемии.

939

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВНЕКОСТНУЮ КАЛЬЦИФИКАЦИЮ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРЕМИЧЕСКОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Булгатов Д.А.^{1, 2}

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ильичева Е.А.^{1, 2}

1. Иркутский научный центр хирургии и травматологии, Иркутск, Россия

2. Иркутская областная клиническая больница, Иркутск, Россия

Введение. Тяжелый гиперпаратиреоз при хронической болезни почек ассоциируется с выраженными нарушениями минерального и костного обменов, при которых происходит прогрессирование внекостной кальцификации и увеличивается летальность. Доказано, что паратиреоидэктомия снижает летальность у пациентов с уремическим гиперпаратиреозом. В доступной литературе отсутствуют данные о факторах, влияющих на внекостную кальцификацию после хирургического лечения. Выявленная информационная ниша послужила мотивом для проведения данного исследования.

Цель исследования. Оценить динамику внекостной кальцификации и выявить факторы, влияющие на нее у пациентов после хирургического лечения уремического гиперпаратиреоза.

Материалы и методы. Критерии включения – наличие показаний к хирургическому лечению уремического гиперпаратиреоза. Критерии исключения – отказ пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании; декомпенсация соматической патологии. Всем пациентам, включенным в исследование, выполнено стандартное обследование в рамках обязательного медицинского страхования при данной нозологии. Дополнительное обследование: фактор роста фибробластов 23 (FGF23); мультиспиральная рентгеновская компьютерная томография с подсчетом индекса Агатстона. В соответствии с критериями выбрано 22 пациентов (10 мужчин, 12 женщин). Медиана возраста составила 52 года. Всем пациентам выполнялась расширенная тотальная паратиреоидэктомия. После операции пациенты наблюдались 2 года. Прогрессирование кальцификации оценена по формуле: Скорость кальцификации = ((индекс Агатстона после операции)/(индекс Агатстона до операции))/количество дней после операции. Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 10.0. Данные представляли в виде медианы. Определенные значимости различий полученных данных (p) в сравниваемых выборках проведено по критерию Вилкоксона. Многофакторный анализ выполнен методом множественной нелинейной регрессии. Значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты. Скорость кальцификации через 6-12 месяцев после операции составила 0,049. Скорость кальцификации через 18-24 месяцев после операции составила 0,414. Через год после операции достоверно увеличивается скорость кальцификации (p=0,002). Последовательное тестирование клинико-лабораторных и инструментальных показателей в многофакторном анализе позволило получить устойчивые модели скорости кальцификации коронарных артерий через 6-12 и 18-24 месяцев после операции. Скорость кальцификации коронарных артерий через 6-12 месяцев после операции определяется ИМТ, уровнем FGF23 и паратиреоидного гормона (p=0,001). Скорость кальцификации коронарных артерий через 18-24 месяцев после операции определяется возрастом больного на момент выполнения операции (p=0,002).

Выводы. Через год после операции достоверно увеличивается скорость кальцификации (p=0,002). Имеются разные факторы, влияющие на внекостную кальцификацию в первый год после операции и при наблюдении свыше года после хирургического вмешательства. В первый год после операции факторами, влияющими на внекостную кальцификацию являются ИМТ, уровень FGF23 и паратиреоидного гормона (p<0,05), а во второй год после операции единственным значимым фактором установлен возраст пациентов на момент выполнения хирургического вмешательства (p<0,05).

1044

РОЛЬ СУПРЕССИИ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА В ПОВЫШЕНИИ СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ

Лебедева Д.В.¹, Жаркая А.В.², Берсенева Г.А.²

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ильичёва Е.А.²

1. Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

2. Иркутский научный центр хирургии и травматологии, Иркутск, Россия

Введение. Гемостаз при тиреоидэктомии у пациентов с токсическим зобом представляется важной проблемой в хирургии щитовидной железы. Диффузная кровотоочность тканей во время операции окрашивает и затемняет важные структуры, что увеличивает риск повреждения таких анатомических образований, как возвратные гортанные нервы и околощитовидные железы. Это приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений при тиреоидэктомии – парезу гортани и гипокальциемии. Известно, что при тиреотоксикозе функция эндотелия нарушается. Об этом свидетельствует увеличение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) у части пациентов, что повышает риск кровоточивости при тиреоидэктомии. Представлены противоречивые результаты о механизмах изменения сосудистой реактивности при патологии щитовидной железы. При этом нет точных данных при какой картине гормонального статуса ожидать избыточную вазоконстрикцию, а при какой, напротив, вазодилатацию.

Цель исследования. Выявить согласованность изменения функции щитовидной железы и сосудистой реактивности до и после тиреоидэктомии при токсическом зобе.

Материалы и методы. Выполнено проспективное наблюдательное исследование, куда вошли 49 женщин с диффузным токсическим и многоузловым токсическим зобом в возрасте от 33 до 50 лет. Обследование проводилось в условиях некомпенсированного тиреотоксикоза и на 5-6-е сутки после тиреоидэктомии. Функцию эндотелия оценивали при выполнении ишемической и нитроглицериновой проб во время УЗИ плечевой артерии с расчётом показателей (диаметр плечевой артерии, его изменение при проведении проб, пиковая систолическая скорость, конечная диастолическая скорость, индекс сопротивления, объёмная скорость кровотока и напряжение сдвига в плечевой артерии). С помощью ИФА определяли уровень ТТГ, свободного Т4, эндотелина-1 в сыворотке крови. Простациклиновая активность плазмы крови оценивалась косвенно по степени снижения агрегации тромбоцитов, индуцированной аденозин 5'-дифосфатом (АДФ).

Результаты. Выявлена связь между повышенным уровнем эндотелина-1 в крови, взятой до проведения проб, и парадоксальной вазоконстрикцией при тиреотоксикозе. При парадоксальной вазоконстрикции уровень эндотелина-1 равен 0,48 (0,37; 0,41), при дилатации 0,29 (0,16; 0,36) ($p=0,05$). При ТТГ < 0,03 мМЕ/л парадоксальная вазоконстрикция выявлена у 9 из 17 (53%) больных, при ТТГ ≥ 0,03 мМЕ/л – у 2 из 34 (6%) ($p=0,0003$; точный тест Фишера). При тиреотоксикозе парадоксальную вазоконстрикцию на фоне супрессии ТТГ вызывает повышение синтетической функции эндотелия с избыточным уровнем эндотелина-1. Увеличение синтетической функции эндотелия наблюдается и при повышении напряжения сдвига на эндотелий при тиреотоксикозе. Вазомоторная функция эндотелия реализуется пропорционально его способности к синтезу простаглицлина. После тиреоидэктомии выявлено снижение ЭЗВД, что свидетельствует о нормализации синтетической функции эндотелия в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. Супрессия ТТГ ниже 0,03 мМЕ/л сопряжена с чрезмерной синтетической функцией эндотелия. При тестировании некоррелируемых между собой переменных в многофакторном анализе получена устойчивая модель, на основании которой сделан вывод о значимой роли изменения синтеза простаглицлина в сосудистой реактивности. Таким образом, простаглицлин может являться одной из причин повышенной кровоточивости тканей при тиреоидэктомии. Медикаментозная терапия у этой категории больных должна быть направлена на блокирование избыточной продукции простаглицлина.

1194

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИЦИДОЗОМ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО

Ибавов И.У., Каллагов Т.Э., Котанджян В.Г., Петухова А.Г.

Научный руководитель: к.м.н. Тарабрин Е.А.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Введение. Трансплантация легких является единственным радикальным методом лечения для пациентов с терминальными стадиями заболеваний дыхательной и/или сердечно-сосудистой системы, когда исчерпаны все альтернативные виды медикаментозного и хирургического лечения. По данным регистра международного общества трансплантации легких и сердца ежегодно выполняются около 4000 трансплантаций легких. Среди них пациенты с муковисцидозом (МВ) занимают третье место по частоте выполнения таких операций. Показания для включения в лист ожидания по трансплантации легких пациентов с МВ: хроническая дыхательная недостаточность III степени: гипоксемическая (pO_2 менее 60 мм рт. ст.); и/или гиперкапническая форма (pCO_2 более 50 мм рт. ст.); легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии более 35 мм рт. ст.); снижение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1, FEV1) до 30% от расчетного и менее.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с МВ путем двусторонней трансплантации легких

Материалы и методы. За период с мая 2011 года по декабрь 2019 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского выполнено 67 трансплантаций легких пациентам с различной патологией, из них 23 (34,3%) пациента с муковисцидозом. Среди них 10 женщин (43,5%), 13 мужчин (56,5%). Средний возраст пациентов составил – 29±2 лет. Всем пациентам выполнялась двусторонняя трансплантация легких. У 17 (77,2%) пациентов интраоперационно использовалась экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО), в 4 (18%) ЭКМО была продолжена в послеоперационном периоде, на вторые, третьи сутки после операции после стабилизации состояния канюли ЭКМО удалялись интраоперационно.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде умерло 3 пациента (13%). Однолетняя выживаемость у пациентов с муковисцидозом после трансплантации легких в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского составила 81%. Для сравнения, госпитальная летальность после трансплантации легких у пациентов с легочным фиброзом составляет 70%.

Выводы. Результаты трансплантации легких у пациентов с муковисцидозом в нашей клинике показывают низкую летальность в раннем и позднем послеоперационном периоде, что свидетельствует о высокой эффективности трансплантации легких у таких пациентов.

874

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Берсенева Г.А.¹, Алдаранов Г.Ю.¹, Рой Т.А.¹, Лебедева Д.В.²

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ильичева Е.А.¹

1. Иркутский научный центр хирургии и травматологии, Иркутск, Россия

2. Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Введение. Морфологические проявления гиперпаратиреоза связаны с патогенезом заболевания. На сегодняшний день отсутствуют четкие морфологические критерии, позволяющие отличить один вид гиперпаратиреоза от другого.

Цель исследования. Изучить структуру морфологических проявлений первичного (ПГПТ) и вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ сплошной выборки из 100 историй болезни пациентов, прооперированных в отделении торакальной хирургии ИОКБ в период с мая 2018 по сентябрь 2019 года с диагнозом ПГПТ и ВГПТ. В зависи-

мости от гистологического заключения пациенты были разделены на 6 групп: 1 - аденома, 2 - гиперплазия, 3 - диффузная гиперплазия, 4 - диффузно-узловая гиперплазия, 5 - узловая гиперплазия и 6 - нормальная ткань околощитовидных желез (ОЩЖ). В каждой группе пациентов оценивалась связь морфологических проявлений с диагнозом и количеством удаленных патологически измененных ОЩЖ. Статистический анализ данных производили с помощью пакета программ Statistica 10.0. Сравнительный анализ проводился с использованием методов непараметрической статистики. Определение статистической значимости различий полученных данных (p) в сравниваемых выборках проведено по критерию χ^2 -квадрат по методу Пирсона и Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В первой группе - 30 пациентов (30%), в том числе с ПГПТ - 27% ($p \leq 0,01$). В этой группе количество удаленных патологически измененных ОЩЖ: 1 - в 24-х случаях ($p \leq 0,01$), 2 - в 3-х случаях ($p > 0,1$), 3 - в 1 случае ($p > 0,1$) и 4 - в 2-х случаях ($p \leq 0,01$). Во второй группе - 37 пациентов (37%), в том числе с ВГПТ - 20% (χ^2 , $p \leq 0,01$). Количество удаленных ОЩЖ в этой группе: 1 - в 12 случаях ($p > 0,1$), 2 - в 7 случаях ($p > 0,1$), 3 - в 5 случаях ($p > 0,1$) и 4 - в 13 случаях ($p < 0,05$). В третьей группе - 12 пациентов (12%): ПГПТ был в 8 ($p > 0,1$) и ВГПТ в 4 случаях ($p > 0,1$). Количество удаленных ОЩЖ: 1 - в 7 случаях ($p > 0,1$), 2 - в 1 случае ($p > 0,1$), 3 - в 2 случаях ($p > 0,1$) и 4 - в 3 случаях ($p > 0,1$). В четвертой группе - 5 пациентов (5%): ПГПТ был в 2 ($p > 0,1$) и ВГПТ в 3 случаях ($p > 0,1$). Количество удаленных ОЩЖ: 2 - в 1 случае ($p > 0,1$), и 4 - в 4 случаях ($p \leq 0,01$). В пятой группе - 11 пациентов (11%): ПГПТ был в 5 ($p > 0,1$) и ВГПТ в 5 случаях ($p > 0,1$). Количество удаленных ОЩЖ: 1 - в 4 случаях ($p > 0,1$), 2 - в 1 случае ($p > 0,1$), и 4 - в 6 случаях ($p \leq 0,01$). В шестой группе было 5 пациентов - все с ПГПТ, у одного из них была персистенция ГПТ, которая потребовала повторную операцию. Выявлено статистически значимое преобладание диагноза ПГПТ и одной удаленной патологически измененной ОЩЖ при гистологической картине аденомы ОЩЖ ($p \leq 0,01$). Также статистически значимо преобладал диагноз ВГПТ ($p \leq 0,01$) и четыре удаленные ОЩЖ при гиперплазии ОЩЖ ($p < 0,05$). Однако по классификации выделяют диффузную, диффузно-узловую и узловую гиперплазию (Tomimaga Y. Et al., 1997) и описание гистологической картины, как «гиперплазия ОЩЖ» считается неприемлемым. Выявлено статистически значимая связь 4-х удаленных ОЩЖ с гистологической картиной - диффузно-узловой и узловой гиперплазии ОЩЖ ($p \leq 0,01$), без значимой корреляции с диагнозом ($p > 0,1$). 4 пациента из 6-ой группы с отсутствием патологического субстрата находятся на амбулаторном наблюдении.

Выводы. Обычное описание гистологической картины ОЩЖ в большинстве случаев не может служить опорой в подтверждении диагноза и выбранной тактики лечения. Требуется разработка стандартизированного протокола описания операционного материала околощитовидных желез.

1050

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

Мишуткина К.С.

Научный руководитель: к.м.н. Лось М.С.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Введение. Рак почки является часто выявляемым заболеванием в урологической практике. Острая почечная или полиорганная недостаточность, развивающаяся в 1,5% случаев в раннем послеоперационном периоде хирургического лечения рака почки, является высоким риском летального исхода и влечет за собой высокие расходы на лечение.

Цель исследования. Выявить дополнительные факторы прогноза развития острой органной недостаточности в раннем послеоперационном периоде хирургического лечения рака почки.

Материалы и методы. 203 пациента, которым проведено хирургическое лечение рака почки.

Результаты. Возраст оперируемых пациентов колебался в диапазоне от 30 до 85 лет, средний возраст составил $59,8 \pm 1,3$ лет,

старше 60 лет - 118 человек (58,1%). Распределение по стадиям: Т₁ - 130 человек (64%), Т₂ и Т₃ - по 36 человек (17,7%), Т₄ - 1 человек (0,5%). Сопутствующий диагноз гипертонической болезни был выставлен у 125 человек (61,6%); ишемическая болезнь сердца - у 24 (11,8%), хроническая сердечная недостаточность - у 36 (17,7%); сахарный диабет 2 типа - у 26 (12,8%); ожирение - у 66 человек (32,5%); атеросклеротической болезни - у 14 (6,9%); заболевания пищеварительной системы - у 40 человек (19,7%); дыхательной - у 14 (6,9%); щитовидной железы - у 6 (3,0%); других органов и систем - у 63 (31%). 89 пациентов (43,8%) не имели снижения скорости клубочковой фильтрации на дооперационном этапе. Хроническая болезнь почек 2 стадии была выявлена у 72 пациентов (35,5%); 3а - у 27 (13,3%); 3б - у 7 (3,4%), 4 - у 5 (2,5%), 5 - у 3 (1,5%). Структура ранних послеоперационных осложнений включала тромбоэмболию легочной артерии (n=1, 0,5%); нарушение ритма сердца (n=1, 0,5%); острую дыхательную недостаточность (n=1, 0,5%); острый тромбоз вен голени (n=1, 0,5%), острую почечную и полиорганную недостаточность (n=5, 2,5%). Все пациенты, у которых в раннем послеоперационном периоде возникла острая органная недостаточность находились в возрасте 60-66 лет; без исходного нарушения функции почки - 2 человека; хроническая болезнь почек 3а стадии была выявлена у 1-ого; 4 - у 1-ого; 5 - у 1-ого (не находился на программном гемодиализе). У всех пациентов был выставлен сопутствующий диагноз гипертонической болезни, ишемическая болезнь сердца - у 2-х пациентов, хроническая сердечная недостаточность - у 1-ого, сахарный диабет - у 1-ого, ожирение - у 3-х. Данным 5 пациентам была выполнена нефрэктомия. Интраоперационно кровотечение возникло у 2 человек с хронической болезнью почек 3а и 5 стадии. Всем пациентам выполнялась заместительная терапия с положительной динамикой. Пациенты, у которых развитие острой органной недостаточности не было связано с интраоперационным кровотечением, имели сочетание повышения лейкоцитарного индекса интоксикации и сдвига лейкоцитарных клеток более 20 единиц в 1-е сутки после операции. Все 5 пациентов имели вегетативный индекс Кердо более 50 ед. в 1-е сутки после операции.

Выводы. Функция почек, скомпрометированная на дооперационном этапе, не является достоверным фактором прогноза развития острой органной недостаточности; риск развития органной недостаточности в раннем послеоперационном периоде коррелирует с резким переходом на симпатическую регуляцию нервной системы с парасимпатической или наоборот, что проявляется изменением вегетативного индекса Кердо более 50 единиц в 1-е сутки после операции; риск развития органной недостаточности в раннем послеоперационном периоде отражает повышение лейкоцитарного индекса интоксикации в сочетании со сдвигом лейкоцитарных клеток выше 20 единиц в 1-е сутки после операции.

1164

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Казадаева А.А., Казадаева И.А.

Научные руководители: д.м.н., проф. Черданцев Д.В.,

д.м.н., проф. Первова О.В., к.м.н. Носков И.Г.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Введение. Ежегодно отмечается увеличение заболеваемости острым панкреатитом. Постнекротическая киста поджелудочной железы - является серьезным осложнением острого панкреатита. В настоящее время достаточно широко распространено применение малоинвазивных методов лечения, но вопрос лечебно-диагностической тактики по-прежнему остается спорным.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы.

Материалы и методы. Для исследования было выбрано 107 пациентов средней возраст составил 43 года. Все пациенты были разделены на 4 группы: пациентам 1 группы ретроспективно было выполнено МСКТ (n=32), проводилось традиционное хирургическое лечение; 2 группа - пациенты с чрескожной цистографией на эта-

пе диагностики и изолированным перкутаным дренированием кисты под УЗИ-контролем (n=26); пациентам 3 группа выполнена эндоскопическая цистография и изолированное транслюминальное дренирование под ЭУС-наведением (эндоскопическое ультразвуковое исследование) (n=29); 4 группа – ЭРХПГ на диагностическом этапе и комбинированное малоинвазивное дренирование (n=20).

Результаты. Количество осложнений в 1 группе - 54,5%. Продолжительность лечения составила 26,5 койко-дней, летальность 9,6%. По данным МСКТ – несформированность стенки ПКПЖ (постнекротической кисты поджелудочной железы). Во 2 группе частота осложнений - 23%. Продолжительность лечения - 19,5 койко-дней. Летальность 3,8%. У 27% уровень амилазы более 5000 ЕД/л; по результатам чрескожной цистографии разгерметизация ГПП (главного панкреатического протока) выявлена у 15,4% пациентов (чувствительность метода 57%). 3 группа - осложнения в 10,2% случаев. Летальные исходы отсутствовали. Средняя продолжительность лечения составила 13 койко-дней. Разгерметизация ГПП выявлена у 5 пациентов из 11 с повышенным уровнем амилазы пунктата (чувствительность ЭРХПГ 45,5%). В 4 группе - 1 осложнение (острый панкреатит). Летальных исходов не возникло. Продолжительность лечения - 11 койко-дней. Чувствительность ЭРХПГ 66,6%.

Выводы. Методы малоинвазивной хирургии позволяют достичь значительного регресса полости кисты, уменьшить частоту послеоперационных осложнений, сократить продолжительность стационарного лечения по сравнению с традиционными методами лечения. Чувствительность МСКТ в диагностике сформированности стенки кисты более 96,6%. Лучевые методы исследования (МСКТ, цистография, панкреатография) равнозначны в диагностике разгерметизации главного панкреатического протока, а в комплексе с биохимическим исследованием пунктата полости кисты – превышает 95%.

1215

ПОИСК СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хузахметов Р.З.

Научные руководители: Курашинова Л.С., к.м.н. Титкова С.М.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Показатели летальности при острой странгуляционной кишечной непроходимости доходят до 30%, что в большинстве случаев связано с задержками в диагностике и лечении. Это вызывает серьезную озабоченность, поскольку на начальных стадиях процесс потенциально полностью обратим. Однако на раннем этапе клинические проявления ишемического повреждения кишки очень неспецифичны. Серологические маркеры, специфичные для ишемии кишечника, необходимы для выявления пациентов с высоким риском странгуляционной формы острой кишечной непроходимости.

Цель исследования. Изучить потенциальную возможность использования серологических маркеров для ранней диагностики ишемии кишки и определения объема ишемического поражения при острой странгуляционной непроходимости.

Материалы и методы. Исследование провели у 22 крыс-самцов линии Wistar массой тела 430-560 г, которые были распределены случайным образом в 4 группы. В группе «О» животным создавали модель острой обтурационной непроходимости (n=6), в группе «SL» - модель острой странгуляционной непроходимости с длинной странгулированной петлей (n=6), в группе «S» - модель острой странгуляционной непроходимости с короткой странгулированной петлей (n=6), контрольную - составили “ложнооперированные” животные, которым выполняли только лапаротомию (n=4). Все хирургические вмешательства выполнялись в стерильных условиях. Для анестезии применяли золетил 100 в дозе 3 мг/100 г массы тела в/м. Перед операцией животным устанавливали катетер в бедренную вену для взятия образцов крови. Обтурационную непроходимость моделировали путем отключения петли тонкой кишки длиной 16-19 см (4 сосудистые аркады), которую перевязывали без брыжейки с 2-х сторон лигатурой полисорб 0; странгуляционную - путем

перевязки петли тонкой кишки вместе с брыжейкой мягким катетером (22G) до исчезновения видимой пульсации брыжеечной артерии. Длина странгулированной петли в группе SL составляла 16-17 см (4 сосудистые аркады), в группе S - 9-10 см (2 сосудистые аркады). Пробы крови (1,5 мл) брали до, через 2 и 4 часа после создания модели. В пробах определяли лейкоциты, лактат, щелочную фосфатазу, АЛТ, АСТ, креатинкиназу (КК), Са, С-реактивный белок (СРБ) и кишечный белок, связывающий жирные кислоты (I-FABP). Статистический анализ проведен с использованием Statistica StatSoft 13.0. Для парного сравнения непрерывных переменных использовался U-критерий Манна-Уитни. Множественные сравнения зависимых переменных проводили с помощью теста Фридмана. Значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты. В течение всего периода наблюдения, в отличие от группы О, в группах SL и S отмечался статистически значимый рост уровня I-FABP, АСТ и КК. При этом не было отмечено значимого повышения уровня лейкоцитов и СРБ ни в одной из групп. При сравнении между группами, была выявлена достоверная разница только между уровнями I-FABP ($p=0,017$ SL vs O; $p=0,047$ S vs O) и лактата ($p=0,028$ SL vs O; $p=0,03$ S vs O) через 4 часа после создания модели. И хотя эти параметры были выше в группе SL, значимой разницы при сравнении с группой S выявлено не было. В контрольной группе все исследуемые параметры находились на уровне исходных значений в течение всего периода наблюдения.

Выводы. Результаты, полученные в нашем пилотном исследовании, позволяют заключить, что повышение I-FABP может служить ранним диагностическим признаком ишемии кишки при острой странгуляционной непроходимости, но по его уровню нельзя судить об объеме ишемического поражения.

1224

НЕОТЛОЖНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ СТАРТОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Егорская А.Т.¹, Егорская Л.Е.², Стриженов Д.С.²Научный руководитель: д.м.н., проф. Карпова И.Ю.¹

1. Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия
2. Детская городская клиническая больница №1 Приокского района, Нижний Новгород, Россия

Введение. Тупая травма живота характеризуется нарушением анатомической целостности и функционального состояния тканей или органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, которое вызвано внешним воздействием; целостность покровных тканей при этом сохранена. Закрытые абдоминальные травмы, частота встречаемости которых у детей составляет 3%, могут повлечь осложнения и явиться причиной летального исхода (8,5% случаев). В связи с ежегодным увеличением общего количества детского и подросткового травматизма, в том числе и абдоминального, применение неинвазивных способов ранней диагностики, в частности УЗИ, актуально и определяет принципы терапии.

Цель исследования. Цель исследования – представить частоту встречаемости, результаты диагностики и принципы стартового лечения абдоминальных травм у детей.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 гг. на базе хирургического отделения детской городской клинической больницы №1 г. Нижнего Новгорода пролечен 151 ребенок (73% - мальчики, 27% - девочки) с обращением по поводу тупой травмы живота, что составило 21% от общей структуры пациентов с абдоминальным синдромом. 89% детей экстренно госпитализированы в течение 6 часов после получения травмы. Средний возраст составил $9,5 \pm 3,6$ лет. Осмотр, клиничко-инструментальные обследования и лечение регламентированы клиническими рекомендациями. Лабораторные показатели анализов крови и мочи определяли с помощью унифицированных стандартных методик. Всем детям была выполнена обзорная рентгенография (Siemens multics pro, 2009 г., Siemens multics mobil, 2,5, 2009 г.), УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшин-

ного пространства (Vivid-7, GE, 2011 г.) с контролем в динамике через 8-12, 16-24 и 36-48 часов после травмы и на 7-е, 14-е и 21-е сутки болезни. Полученные данные были подвергнуты вариационно-статистической обработке.

Результаты. Отмечено повышение абдоминального травматизма в летний период (45%), наиболее низкий уровень наблюдался зимой (14%). В 59,4% случаев выявлена изолированная травма живота, в 40,6% наблюдений – сочетанная. Посттравматические изменения при УЗИ топически превалировали в структуре печени (68%). Повреждение селезенки диагностировали у 36% больных, поджелудочной железы – у 32%, почек – у 25%; повреждение мочевого пузыря и разрыв кишечника составили по 0,66%. У 43% пациентов определялся парез кишечника. Гемоперитонеум встречался в 23% обследованных. Тактика ведения пациентов с тупыми абдоминальными травмами при стартовом лечении заключалась в назначении постельного режима с охлаждением наиболее болезненных участков туловища в сочетании с энтеральным покоем и проведением консервативной терапии, включающей антибактериальную, гемостатическую, симптоматическую и инфузионную терапию. Из 151 пациента четверо (2,6%) были прооперированы. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии домой. Средний койко-день составил 27,3±8,5 сут.

Выводы. Таким образом, высокий уровень детского абдоминального травматизма и опасность развития осложнений, в том числе и летального исхода, требуют проведения УЗИ как метода ранней неинвазивной комплексной оценки абдоминальных изменений и степени их тяжести для выбора тактики лечения с определением необходимости экстренных хирургических вмешательств. Своевременность комплексной терапии обуславливает органосохранность и благоприятный исход при абдоминальных травмах у детей.

1331

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНОГО ЭКСТРАКТОРА ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МАГНИТНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Карлова Н.А., Широков Р.Р.

Научные руководители: к.м.н. Задвернюк А.С., к.м.н., доц. Шумихин В.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Проглатывание инородного тела является актуальной проблемой и представляет собой опасное для жизни состояние, приводящее к гибели многих людей ежегодно, особенно среди детей младшего возраста. Инородное тело может самостоятельно пройти через пищеварительный тракт, однако, этого может и не случиться, в таком случае, особую опасность представляют магнитные инородные предметы (монеты, батарейки, магниты), без своевременного удаления которых, могут развиться тяжелые осложнения, такие как: химический ожог, перфорация кишечника, кровотечение, перитонит, непроходимость кишечника. Ранняя диагностика и своевременное хирургическое вмешательство являются ключами успешного ведения таких пациентов.

Цель исследования. Представить новый метод извлечения магнитных инородных тел желудка и доказать его актуальность, путем сравнения длительности манипуляции и длительности пребывания пациента под общей анестезией в случае применения классического метода – эндоскопии и в случае применения магнитного экстрактора.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с инородными телами пищевода и желудка, обратившихся в Детскую городскую клиническую больницу им. Н.Ф. Филатова в период с 26.06.2019 по 19.12.2019, в возрасте от 0 до 11 лет (средний возраст – 3 года 7 месяцев). Всем пациентам было выполнено рентгенографическое исследование органов брюшной полости, проведены стандартные исследования. Пациенты были разделены на группы в зависимости от типа хирургического вмешательства. В первую группу вошли 24 пациента, что составило 61,5% от общей группы исследуемых, которым извлечение инородного тела желудка проводилось путем фиброгастродуоденоскопии. Во вторую группу вошли 15 пациентов, что составило 38,5%, кото-

рым извлечение инородного тела желудка проводилось с помощью магнитного экстрактора.

Результаты. Среди проанализированных пациентов мальчиков оказалось 25 человек (64,1%), средний возраст которых – 3,32 года; девочек – 14 человек (35,9%), средний возраст которых – 3,34 года. В результате исследования было выявлено, что у 1-ой группы пациентов длительность пребывания под общей анестезией составила в среднем 29,17 минут, а у 2-ой – 19,6 минут. В то время как длительность непосредственно самой манипуляции у 1-ой группы составила, в среднем, 2 – 4 минуты, а у 2-ой группы 10 – 15 минут. После проведенной манипуляции, в случае отсутствия осложнений, пациент мог быть выписан домой.

Выводы. Использование магнитного экстрактора для удаления магнитных инородных тел без колющих свойств может значительно сократить время нахождения ребенка под общим обезболиванием и непосредственно время проведения манипуляции. Экстрактор также более прост в использовании и требует меньшего времени на стерилизацию, в отличие от эндоскопа. Можно сделать вывод, что метод удаления магнитных инородных тел пищевода и желудка с использованием магнитного экстрактора может оказаться более эффективным и быстрым в определенных клинических случаях.

1307

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Мовсесян Л.А.¹, Габдуллина О.У.¹

Научный руководитель: д.м.н., проф. Митупов З.Б.^{1,2}

1. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

2. Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Введение. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) вторая по частоте встречаемости врожденная деформация грудной клетки, которая характеризуется протрузией грудины и суставов реберных хрящей. Оперативное вмешательство является ведущим методом лечения больных с КДГК. В работе анализируется метод консервативного лечения КДГК с помощью динамической компрессионной системы (ДКС) – FMF® Dynamic Compressor System. Путем длительного сдавливания в области наибольшей протрузии специальной пластиной, крепящейся к алюминиевой дуге, динамическая компрессионная система предотвращает прогрессирование деформации и исключает косметический дефект.

Цель исследования. Оценить эффективность консервативного метода лечения килевидной деформации грудной клетки с использованием динамической компрессионной системы.

Материалы и методы. В ДГКБ им. Н.Ф. Филатова в торакальном отделении в период с февраля 2015 по ноябрь 2019 года всего находилось на лечении 60 пациентов с КДГК. Из них консервативное лечение применено у 25 пациентов (41,6%). Во всех наблюдениях использовали систему FMF® Dynamic Compressor System. Отбор пациентов для проведения консервативного лечения проводился в зависимости от желания родителей и параметров измерений грудной клетки. При первичном осмотре пациентам производили замеры параметров грудной клетки в области наибольшей протрузии и давление инициальной компрессии (PIC) с помощью специального измерительного прибора. Критерием отбора пациентов в группу являлось PIC<7 и неосложненная врожденная корпоро-костальная деформация грудной клетки.

Результаты. Результаты лечения напрямую зависят от значения PIC, длительности и регулярности ношения ДКС. Из 25 пациентов 19 (76%) – закончили лечение. 2 больных (8%) – продолжают лечение, а 4 пациента (16%) – отказались от продолжения консервативного лечения. По значению PIC детей разделили на группу 1 – где PIC>5 (n=9) и группу 2 – где PIC<5 (n=10). Статистически значимая зависимость между результатами лечения и значением PIC оценена по методу Фишера и считается достоверной при p<0,05. Из 19 (100%) пациентов, закончивших лечение, у 15 (79%) получен хороший результат (9 пациентов с PIC<5 и 6 пациентов с PIC>5). В 4 случаях (21%) получен неудовлетворительный результат (PIC>5).