

Министерство образования и науки РФ  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»  
Научно-исследовательский технологический институт имени С.П. Капицы  
Институт медицины, экологии и физической культуры  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Кафедра госпитальной терапии  
Кафедра инфекционных и кожно-венерических болезней

## **СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ**

**Материалы  
V Всероссийской конференции с элементами  
научной школы для молодежи**

Ульяновск, 29–30 ноября 2017 г.

Ульяновск  
2017

|  |    |
|--|----|
| <b>Ефремов И.М., Сибасв Ф.Я., Шевалаев Г.А.</b><br>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕМПЕРАТУРНОЙ<br>УСТОЙЧИВОСТИ СТАФИЛОКОККОВОГО БАКТЕРИОФАГА<br>В ГНОЙНОЙ ОСТЕОЛОГИИ.....   | 24 |
| <b>Ефремова Е.В., Шутов А.М., Страхов А.А., Ларионова Н.В., Шкаева О.В.</b><br>КОМОРБИДНОСТЬ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ<br>С ХРОНИЧЕСКИМ КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....   | 26 |
| <b>Лысова О.В.</b><br>ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ<br>РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПЛОДА .....   | 29 |
| <b>Мазурова О.В., Сапожников А.Н., Визе-Хрипунова М.А.,<br/>Сабитов И.А., Яхина Г.Х., Степанова У.Б., Данилова К.С.</b><br>ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО<br>ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ<br>ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ..... | 31 |
| <b>Маринова О.А., Милаев С.Г.</b><br>СТРУКТУРЫ ОРГАНИЗАЦИИ Фолликулярной жидкости<br>У ПАЦИЕНТОК ПРОГРАММ ВРТ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОКРИННЫМ<br>И СМЕШАННЫМ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ .....   | 33 |
| <b>Марковцева М.В., Гусейнова О.Т.,<br/>Мурадханова З.Р., Хасанова Л.М., Юрасова К.И.</b><br>ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА<br>У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ДИАЛИЗА .....  | 36 |
| <b>Марковцева М.В., Шигапова Н.Н., Герасимова Е.В., Вражкина Т.А.,<br/>Санатуллова А.Ф., Петрова К.В., Фатхуллина Г.Р., Фаракшина А.М.</b><br>СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА<br>У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДИАЛИЗА.....                                    | 39 |
| <b>Мерцалова С.Л., Сайфутдинова Ф.А.</b><br>МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОЦЕНКЕ<br>ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНЫХ<br>ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ .....  | 41 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Ордянец И.М., Дмитриева Е.В.,<br/>Куулар А.А., Новгинов Д.С., Есенеева Ф.М.</b><br>УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ЭСТРОГЕНОВЫХ И ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ<br>РЕЦЕПТОРОВ В ЭНДОМЕТРИИ ЖЕНЩИН ПРИНИМАЮЩИХ<br>ТАМОКСИФЕН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ .....                   | 46 |
| <b>Ордянец И.М., Савичева А.М., Буренкова И.А.</b><br>СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН<br>С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ<br>В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....  | 50 |
| <b>Ордянец И.М., Буренкова И.А., Савичева А.М., Побединская О.С.</b><br>СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН<br>С ИЗСД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....  | 53 |
| <b>Сабитов И.А., Белоусова О.В., Баладина Л.Б., Губкина С.В.</b><br>ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ<br>ДЕТЕРМИНАНТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ<br>У ЖЕНЩИН УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....  | 56 |
| <b>Серов В.А., Шутов А.М., Панова Е.А., Кузовенкова М.Ю., Бакумцева Н.Н.</b><br>ПРОБЛЕМА НЕРАЦИОНАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ<br>СРЕДСТВ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ<br>ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....           | 60 |
| <b>Соловьева И.Л., Шалунова Л.А., Нафеев А.А., Дерябина Е.В.,<br/>Дементьева Ю.Н., Соловьева А.А., Закураева К.А., Ланков В.А.</b><br>ИЗМЕНЕНИЕ СИТУАЦИИ ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИРУСНОГО<br>ГЕПАТИТА В В УСЛОВИЯХ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ..... | 63 |



ром рана заживала первичным натяжением; удовлетворительным, если рана заживала вторичным натяжением; неудовлетворительным, если развивалось нагноение.

Согласно, данных критериев, хороший результат достигнут у 8 пациентов. У 1 пациента (возбудитель *Pseudomonas aeruginosa*; в анамнезе облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; установлен интрамедуллярный спейсер) в раннем послеоперационном периоде отмечен рецидив остеомиелитического процесса, что не было связано с установкой спейсера. В дальнейшем данному пациенту после санации очага инфекции (без удаления спейсера) выполнена мышечная пластика остаточной остеомиелитической полости большеберцовой кости m. Extensor hallucis longus и аутодермопластика. В результате проведенного лечения остеомиелитический процесс купирован.

**Выводы.** Стафилококковый бактериофаг, входящий в состав поливалентного пиобактериофага не является термостабильным и высоковирулентным, однако, обладает литической активностью, достаточной для использования его в качестве лечебно-профилактического лекарственного средства. Импрегнация полимерной композиции акрилового костного цемента препаратами бактериофагов возможна, однако, необходима дальнейшая апробация данного метода в клинической практике.

**Информация о финансовой поддержке работы.** Работа выполнена при поддержке Гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых (МК-8698.2016.7).

## КОМОРБИДНОСТЬ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Е.В. Ефремова, А.М. Шутов, А.А. Страхов,  
Н.В. Ларионова, О.В. Шкаева

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,  
Ульяновск, Россия

**Актуальность.** Кардиоренальный синдром (КРС) – патофизиологическое состояние, при котором острая или хроническая дисфункция одного органа ведет к острой или хронической дисфункции другого, описан в

2008 году С. Ronco и соавт. Снижение функции почек при ХСН приводит к формированию хронического КРС и ассоциируется с более тяжелым клиническим течением, ухудшением качества жизни, снижением адаптационных функций, и, в целом, ухудшением прогноза (Серов В.А., Шутов А.М., Макеева Е.Р., 2010; Heywood J.T. et al., 2010). Недостаточно изученными остаются проблемы коморбидности при хроническом кардиоренальном синдроме, как фактора, определяющего дальнейший прогноз больных, а также мотивацию больных к длительному лечению (Lee C.S. et al., 2014; Alosaimi F.D. et al., 2016).

**Цель исследования.** Изучить факторы, определяющие прогноз больных с хроническим кардиоренальным синдромом.

**Материалы и методы.** Обследовано 89 больных с хроническим КРС (47 женщин и 43 мужчины, средний возраст 63,9±9,6 лет). Группу сравнения составили 114 больных (27 женщин и 88 мужчин, средний возраст 60,2±9,3 лет) с ХСН I–III стадии, I–IV функционального класса (ФК). ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр, 2013). Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали согласно Национальным рекомендациям Научного общества нефрологов России (2012). Так как речь идет о КРС (недостаточность одного органа ведет к недостаточности другого), в исследование включали больных с ХБП начиная с 3а стадии – СКФ<60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона. Срок проспективного наблюдения составил 12 мес. Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ № 14.Z56.17.1181-МК от 22 февраля 2017 г.

**Результаты.** ХБП 3а стадии диагностирована у 76 (85,4 %) больных, 3б стадии – у 12 (13,5 %), 4 стадии – у 1,1 (0,5 %) больного контрольной группы. Индекс коморбидности Чарлсона (при подсчете не учитывали баллы, относящиеся к ХБП) у больных с хроническим КРС был выше по сравнению с больными с ХСН без ХБП: 4,3±1,8 и 3,8±1,7 соотв., p=0,03.

В течение 12 месяцев наблюдения в двух группах умерли 17 больных, в том числе, 11 (9,8 %) больных в группе с хроническим КРС и 6 больных в группе сравнения (6,8 %).

Выявлено, что у больных с хроническим КРС наблюдается увеличение среднегодового количества госпитализаций, вследствие всех причин



( $1,3 \pm 0,44$  и  $1,05 \pm 0,32$ , соотв.,  $p=0,01$ ), и вследствие обострения сердечно-сосудистых заболеваний ( $1,2 \pm 0,44$  и  $1,1 \pm 0,31$ , соотв.,  $p=0,02$ ). Также у больных с хроническим КРС по сравнению с больными с ХСН без ХБП наблюдалось увеличение среднегодовой длительности стационарного лечения по поводу всех причин:  $16,1 \pm 5,6$  и  $13,1 \pm 4,4$ , соотв.,  $p < 0,001$ ; и по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы:  $15,2 \pm 4,6$  и  $12,8 \pm 3,9$ , соотв.,  $p < 0,001$ .

Однако, количество прожитых месяцев после включения в исследование больных с хроническим КРС и больных с ХСН без ХБП статистически не различалось ( $11,5 \pm 1,9$  и  $11,9 \pm 0,7$  соотв.,  $p=0,05$ ), несмотря на прослеживаемую тенденцию. Возможно, это объясняется ограниченным сроком наблюдения за больными с ХСН (12 месяцев), тогда как в предыдущих исследованиях нашей клиники срок наблюдения составлял 36 и 72 месяца, и недостаточным количеством больных, включенных в исследование.

При детальном исследовании факторов, определяющих летальность больных с хроническим кардиоренальным синдромом, выявлено, что выживаемость больных при ассоциации с сахарным диабетом 2 типа была ниже ( $p=0,03$ ). Относительный риск смерти больных с хроническим КРС с сахарным диабетом 2 типа составил 1,35 (95 % ДИ 1,11 – 5,97). Также наличие анемии у больных с хроническим кардиоренальным синдромом ухудшает прогноз, приводит к снижению выживаемости ( $p=0,006$ ) и увеличивает относительный риск до 3,96 (95 % ДИ 1,81 – 9,42).

**Выводы.** Наличие коморбидности, а именно хронической болезни почек (хронический кардиоренальный синдром) негативно влияет на прогноз больных с ХСН. У больных с хроническим КРС наблюдается увеличение числа госпитализаций как по всем причинам, так и в связи с обострением сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, у больных с хроническим КРС среднегодовая длительность госпитализаций по всем причинам больше на 3 дня и на 2 дня в связи с обострением сердечно-сосудистых заболеваний.

**Информация о финансовой поддержке работы.** Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ № 14.Z56.17.1181-МК от 22 февраля 2017 г.

## ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПЛОДА

О.В. Лысова

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,  
Ульяновск, Россия

Пренатальная диагностика RHD статуса в этих случаях имеет исключительную важность, потому что при выявлении отрицательного резус-фактора плода дальнейшие анализы по определению титра антител и терапевтические процедуры становятся ненужными. Если же выявится резус-положительный плод, необходимо будет вести беременность с соответствующими предосторожностями и назначать анти-резус иммуноглобулин в целях профилактики.

Методы, до сих пор использовавшиеся для диагностики резус-фактора плода, были либо неточны, либо связаны с инвазивными процедурами и риском прерывания беременности, одним из вариантов которого был кордоцентез (инвазивный метод, основанный на пункции сосудов пуповины под контролем УЗИ для забора крови плода), амниоцентез (инвазивный метод, который представляет собой прокол плодного пузыря с целью взятия околоплодных вод для проведения исследований о содержании в них билирубина). Поэтому для предотвращения нежелательных реакций предложен метод, определение RHD статуса плода, путем определения фетальной ДНК в крови матери. Анализируется венозная кровь беременной женщины, содержащая небольшие количества внеклеточной ДНК плода. Циркулирующие внеклеточные плодные ДНК – это короткие участки плодных нуклеиновых кислот, циркулирующих в материнской плазме и сыворотке. Внеклеточные нуклеиновые кислоты или фетальная ДНК (от англ. «fetal» – плод) появляются в кровотоке матери уже на первом месяце беременности. В целом, внеклеточные ДНК плода составляют 3–5 % от всех циркулирующих в крови беременной внеклеточных ДНК при выделении их из плазмы. Чувствительность метода ПЦР дает возможность определить наличие в плазме беременной ДНК плода, содержащей фрагменты гена RHD (кодирует белок RHD). Обнаружение таких фрагментов ДНК в плазме беременной позволяет сделать заключение о резус-факторе плода.