



RNMT

ПРИЛОЖЕНИЕ  
К ЖУРНАЛУ

# ТЕРАПИЯ

## THERAPY

WWW.RNMT.RU

WWW.THERAPY-JOURNAL.RU

### ХІХ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

МОСКВА,  
20–22 НОЯБРЯ, 2024 Г.

#### ОРГАНИЗАТОР:

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (МИНЗДРАВ РОССИИ)

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК (РАН)

#### ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

ЕВРОПЕЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ  
МЕДИЦИНЫ (EFIM)

МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ВНУТРЕННЕЙ  
МЕДИЦИНЫ (ISIM)

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ (ОВР)

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ  
К ЖУРНАЛУ «ТЕРАПИЯ №8»

ТОЛЬКО  
ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ

# **СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

## **XIX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ**

### **Под общей редакцией:**

**В.А. Кокорин**, д.м.н., заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсами эндокринологии, гематологии и клинической лабораторной диагностики медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, ученый секретарь РНМОТ, председатель тезисного комитета XIX Национального конгресса терапевтов

### **Рецензенты и члены тезисного комитета XIX Национального конгресса терапевтов:**

**В.Н. Ларина**, д.м.н., заведующий кафедрой поликлинической терапии ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), член президиума РНМОТ

**Е.Н. Белоусова**, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Н.Д. Кобзева**, д.м.н. доцент кафедры поликлинической и неотложной терапии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, председатель секции Молодые терапевты РНМОТ

**Н.А. Суворова**, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии имени академика П.Е. Лукомского ИКМ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), секретарь секции Молодые терапевты РНМОТ

**Ю.В. Цыганова**, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

**Для цитирования:** XIX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ.  
(сборник тезисов)

Терапия. 2024; 10(8S): 1-393.

Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2024.8suppl.1-393>

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>АБДУЖАББОРОВ Х.М., ДЕЙА А.Р., ТЕРЕЩЕНКО Е.А., ХУЦИШВИЛИ Н.И., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Миокардиальный стресс у пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом 1 типа.....	35
<b>АБДУЖАББОРОВ Х.М., ДЕЙА А.Р., ТЕРЕЩЕНКО Е.А., ХУЦИШВИЛИ Н.И., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Оценка глобальной продольной деформация левого желудочка у пациентов с сахарным диабетом 1 типа в состоянии кетоацидоза.....	36
<b>АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К., ОРЗИЕВ Д.З., КУРМАЕВА Д.Н.</b> О персонализированном подходе к лечению и реабилитации больных коронарной болезнью сердца.....	37
<b>АБОЛЁШИНА А.В., ЗОТКИН Е.Г., МОВСЕСЯН А.А., МОЛОВА К.М., МАКОЕВА М.А., КОВАЛЕНКО П.С.</b> Ревматоидный артрит с поздним началом заболевания: оценка боли и мультиморбидности.....	38
<b>АБУЛДИНОВА О.А.</b> Прогноз развития постковидного синдрома у пациентов, инфицированных SARS-COV-2.....	39
<b>АБЫЗОВ А.С., АБЫЗОВА Е.А.</b> Клинико-эпидемиологическая характеристика рассеянного склероза в Чувашской республике.....	40
<b>АВETИСЯН Г.Р., АНИЧКОВ Д.А., КЛИМЕНКО А.А.</b> Факторы сердечно-сосудистого риска при системной склеродермии.....	41
<b>АДАМОВА И.Г., ТАРАКИ Б.М., ПШЕННИКОВА И.Г., ФЕДОРОВ И.Г., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю.</b> Саркопения у пациентов с жировой болезнью печени.....	42
<b>АКСЕНОВА А.В., ДИОМИДОВА В.Н., ЖУРАВЛЕВА Н.В., ПУШКИНА Н.С.</b> Рецидивирующий полихондрит: на что обратить внимание.....	43
<b>АКСЕНОВА А.В., ЖУРАВЛЕВА Н.В., ДИОМИДОВА В.Н.</b> Применение тофацитиниба в лечении ювенильного ревматоидного артрита.....	44
<b>АЛ АУТАИРИ А., МОИСЕЕВА А.Ю., КОТОВА Е.О., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Характеристика доменов синдрома старческой астении у госпитализированных пациентов с сердечной недостаточностью.....	45

<b>АЛЕКСЕЕВА А.А., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Будесонид ММХ: монотерапия и комбинация с месалазином у больных язвенным колитом (сравнительное исследование).....	46
<b>АЛИАХУНОВА М.Ю.</b> Клинико-иммунологические взаимосвязи при реактивных артритах.....	47
<b>АЛИАХУНОВА М.Ю.</b> Диагностика поражения нервно-мышечного аппарата при серонегативных спондилоартритах.....	48
<b>АЛИЕВА Л.Х., ИЛЬЯСОВА Щ.М., АЗИЗОВА Х.Ш., РЕЗНИК Е.В.</b> Тревога и депрессия у пациентов с сердечной недостаточностью.....	49
<b>АЛИЕВА Л.Х., РЕЗНИК Е.В.</b> Гипераммониемия у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	50
<b>АЛЬМУХАМЕТОВА А.И., ФАХРУТДИНОВА О.Ю.</b> Сравнение скорости клубочковой фильтрации у пожилых формулами СКД-ЕРІ и BIS1...51	51
<b>АМЕЛИНА Я.Г., РОМАШОВ О.М., ТЕПЛОВА Н.В.</b> Клинический случай эрадикации <i>Klebsiella pneumoniae</i> у пожилого пациента с нозокомиальной пневмонией на фоне коронавирусной инфекции.....	52
<b>АМИРОВА Н.У., ХРИПУНОВА И.Г., ХРИПУНОВА А.А.</b> Распространенность гиперурикемии у пациентов с первым пароксизмом неклапанной фибрилляции предсердий.....	53
<b>АНТРОПОВА О.Н., НАЗАРОВА В.В., МОРОЗОВ Д.Г., ПЕРЕВОЗЧИКОВА Т.В., МАРКИНА И.Л.</b> Факторы риска и поражение органов-мишеней при неконтролируемой гипертонии белого халата.....	54
<b>АРЧАКОВ Е.А., БАТАЛОВ Р.Е., ХЛЫНИН М.С., ЭШМАТОВ О.Р., СТЕПАНОВ И.В., АФАНАСЬЕВ С.А., ПОПОВ С.В.</b> Распространенность хронического миокардита у больных с фибрилляцией предсердий...55	55
<b>АРХИПОВА Е.Д., БУДНЕВСКИЙ А.В., ШИШКИНА В.В., ЧЕРНИК Т.А.</b> Анализ протеазной активности тучных клеток сердца и легких при COVID-19.....	56
<b>АСАДУЛЛИНА Г.В., БАБУШКИНА Г.В., МУТАЛОВА Э.Г.</b> Полиорганый саркоидоз с поражением легких и сердца.....	57
<b>АТАЕВА З.Н., КУДАЕВ М.Т., ГУСЕЙНОВА Р.К, ОСМАНОВА А.В., ГАДЖИЕВА Т.А., МАГОМЕДОВ А.З., АХМЕДОВА Д.А, ЭЗИЛЯЕВА М.Р., БЕЙБОЛАЕВА М.Р., КАЛЛАЕВА А.Н.</b> Опыт применения дапаглифлозина при остром коронарном синдроме.....	58

<b>АХИЯРОВА К.Э.</b> Расстройства спектра гипермобильности – вопросов больше, чем ответов.....	59
<b>БАДЫКОВА К.М., ПРАСКУРНИЧИЙ Е.А., КИТАЕВА Ю.С.</b> Верификация факторов риска снижения минеральной плотности костной ткани у пациентов с лимфомой Ходжкина.....	60
<b>БАЙРАМОВА С.О., БОРОВКОВА Н.Ю., КОНТОРЩИКОВ М.М., КУРАШИН В.К., ТОКАРЕВА А.С., МАВРЫЧЕВА Н.В., ГУДАНОВА Е.М., ВАСИЛЬКОВА А.С.</b> Частота абдоминального ожирения в популяции населения Нижегородского региона.....	61
<b>БАКИНА А.А., ПАВЛЕНКО В.И.</b> Связь скорости клубочковой фильтрации с провоспалительными цитокинами при фенотипе ХОБЛ с частыми обострениями.....	62
<b>БАТЯШОВА Д.В., ФУРИН К.Д., ЯЦЫНА Д.С., МАЛЫШЕНКО О.С.</b> Курение вейпа и качество сна.....	63
<b>БЕЗБОРОДОВА А.П., РЫЖОВ А.В., ТУРКОВА Н.И., ВЛАСОВА Т.И.</b> Оценка вегетативной функции в профилактике гипертензии.....	64
<b>БЕЗДЕНЕЖНЫХ Н.А., СУМИН А.Н., АРТАМОНОВА Г.В.</b> Жесткость артерий и уровень мочевой кислоты - предикторы нарушений углеводного обмена по данным ЭССЕ-РФ в Кузбассе.....	65
<b>БЕЗДЕНЕЖНЫХ Н.А., СУМИН А.Н., БЕЛИК Е.А., НОСКОВ М.А., БАРБАРАШ О.Л.</b> Скрининг нарушений углеводного обмена у пациентов с ишемической болезнью сердца перед аортоаортокоронарным шунтированием с помощью электронной экспертной программы.....	66
<b>БЕЙЛИНА Н.И.</b> Ожирение как фактор метаболически ассоциированной болезни печени у пожилых пациентов.....	67
<b>БЕЛОУСОВА Е.Н., МУХАМЕТОВА Д.Д., ХАЗИЕВА Г.Р., ГАЛИЕВА А.М., ВАЛИТОВА А.Д.</b> Саркопения, астения и энцефалопатия у пациентов с циррозом печени до и после трансплантации печени.....	68
<b>БИКУШОВА И.В., СМИРНОВА Е.А.</b> Проблема профилактики кардиоэмболического инсульта при фибрилляции предсердий.....	69
<b>БИСОВ А.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П., БОЙЧЕНКО П.К.</b> Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных внебольничной пневмонией, сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	70

<b>БЛАГИНИНА И.И., БЛУДОВА Н.Г.</b> Особенности вегетативной регуляции у пациентов с анкилозирующим спондилитом и расстройствами тревожно-депрессивного спектра.....	71
<b>БЛУДОВА Н.Г., БЛАГИНИНА И.И., РЕБРОВ Б.А., БЛАГОДАРЕНКО А.Б., КНЯЗЕВА А.К.</b> Клинические аспекты выбора антигипертензивной терапии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....	72
<b>БОГОМОЛОВ А.Н., КУРОЧКИНА О.Н.</b> Клинические характеристики больных острым коронарным синдромом на примере сосудистого центра Александровской больницы Санкт-Петербурга.....	73
<b>БОНДАРЕНКО Е.М., ХАРЧЕНКО Д.П.</b> Неинфекционный эндокардит – долгий путь к диагнозу.....	74
<b>БОРОВКОВА Н.Ю., КУРАШИН В.К., ТОКАРЕВА А.С.</b> Гиперурикемия – важный фактор сердечно-сосудистого риска.....	75
<b>БРОВИН Д.Л., ШЕЛЬТИНГ А.С., ГУЧУА Н.Г., КУЛЕШОВА Д.В., КОВАЛЕВ А.А., ДОЛГУШЕВ Д.А.</b> Уровень прокальцитонина у пациентов пожилого возраста с инфекцией кровотока.....	76
<b>БУБМАН Л.И., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ГОЛИМБЕКОВА М.В., МЕЛЬНИКОВА К.Д., ПИЛЯРОВА М.Х., МОЛОЧНИКОВ А.Ю., МАРЧЕНКО И.П., ЛЫТКИНА К.А., БУРИЕВ И.М., МЕЛКОНЯН Г.Г.</b> Венозные тромбозомболические осложнения у пациентов с боевыми травмами конечностей.....	77
<b>БУЛАТОВА И.А., СОБОЛЬ А.А., ГУЛЯЕВА И.Л.</b> Прогнозирование риска фиброза у пациенток с неалкогольной жировой болезнью печени в постменопаузе.....	78
<b>БУТУСОВ М.В., КУЧИН К.В., КЛЕМЕНОВ А.В.</b> Особенности пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от степени нарушения клубочковой фильтрации и жесткости артерий.....	79
<b>БЫЧКОВА М.С., РЕЗНИК Е.В.</b> Диагностическое и прогностическое значение сердечного белка, связывающего жирные кислоты, при инфаркте миокарда, сердечной недостаточности.....	80
<b>ВАГИНА Ю.И., ПОБЕДЕННАЯ Г.П.</b> Эйкозаноиды при внебольничной пневмонии у больных с ожирением.....	81

<b>ВАКУЛЕНКО О.Н., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ЕЛИСЕЕВА Т.А., РОМАНОВА М.А., БУБМАН Л.И., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.</b> Интерлейкин-6 – маркер субклинического воспаления в старческом возрасте и у долгожителей.....	82
<b>ВАЛЕЕВА Д.И.</b> Исследование уровня макро- и микроэлементов у взрослых пациентов с несовершенным остеогенезом.....	83
<b>ВАРЕХА Н.В., СТУКЛОВ Н.И., ГИМАДИЕВ Р.Р., ВАРАКИНА-МИТРАЙ К.А., ЩЕГОЛЕВ О.Б., ГУРКИНА А.А.</b> Дифференциальная диагностика железодефицитной анемии и анемии хронических болезней с помощью искусственного интеллекта.....	84
<b>ВАСИЛЬЕВА В.П., КОКОРИН В.А., СОЗЫКИН А.В.</b> Возможности выявления нестабильных атеросклеротических бляшек у больных стабильной стенокардией напряжения методом оптической когерентной томографии.....	85
<b>ВАСИЛЬЕВА Л.В., ГОСТЕВА Е.В., КРЫШКА А.Н., СУСЛОВА Е.Ю., СКУРКО М.В.</b> Ширина распределения эритроцитов у пациентов при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и хронической сердечной недостаточности.....	86
<b>ВАСИЛЬЕВА Н.П., ОПАЛИНСКАЯ И.В., БУСАЛАЕВА Е.И., АЛЕКСЕЕВА М.А., ШУЛИКОВА В.А.</b> Солечувствительность: клиничко-лабораторные параллели.....	87
<b>ВАСИЛЬКОВА А.С., КОНТОРЩИКОВ М.М., МИРОНОВ М.А., КУРАШИН В.К., ТОКАРЕВА А.С., ТУШИНСКАЯ Л.А., БАЙРАМОВА С.О.</b> Дислипидемия и уровень высокочувствительного С-реактивного белка среди женщин Нижегородского региона.....	88
<b>ВВЕДЕНСКАЯ И.П., КАЛУЖСКИХ Е.В.</b> Синдром Бругада со сводчатым подъёмом сегмента ST.....	89
<b>ВЕБЕР В.Р., ЖМАЙЛОВА С.В., ПАВЛОВА В.А., ПАВЛОВА А.А.</b> Реакция артериального давления на холодовой стресс у здоровых и больных артериальной гипертензией мужчин и женщин.....	90
<b>ВЕЙЦМАН И.А., КАЛИНОВСКАЯ А.А., КУЛИКОВА С.И.</b> Особенности гипогликемии у лиц пожилого и старческого возраста при лечении сахароснижающими препаратами.....	91

<b>ВЕЙЦМАН И.А., ЧЕГАНОВА Ю.В.</b> Подход к коррекции гипергликемии у лиц с перенесенным острым инфарктом миокарда на этапе реабилитации.....	92
<b>ВОЗНЮК М.А., ЛЕВИТАН Б.Н., ВИЛЯВИНА Е.В.</b> Фетальный гемоглобин как диагностический маркер при хронической болезни почек.....	93
<b>ВОЛКОВ А.О., СИВЕРИНА А.В., КОСТЕНКО В.А., СКОРОДУМОВА Е.А., СКОРОДУМОВА Е.Г.</b> Анализ случаев тромбоза легочной артерии у коморбидных пациентов в многопрофильном стационаре по данным патологоанатомических вскрытий.....	94
<b>ВОЛЧЕК И.А., ТЕРЯЕВ А.С.</b> Исследование экстракта Бересклета Европейского ( <i>Euonymus Europaeus</i> ) как перспективного источника фармацевтических субстанций.....	95
<b>ВОЛЧЕК И.А., ТЕРЯЕВ А.С.</b> Ингибция синтеза интерлейкина 17А экстрактом Бересклета Европейского ( <i>Euonymus Europaeus</i> ).....	96
<b>ВОЛЧКОВА Е.А., ЛЕГКОВА К.С., МЕДВЕДЕВА А.Н., СМИРНОВ Д.А., ЗАТЕЙЩИКОВ Д.А.</b> Анализ частоты встречаемости и вариабельности этиологических факторов дилатационной кардиомиопатии в рутинной практике скоромощного стационара.....	97
<b>ВРУБЛЕВСКИЙ А.Н., КАРПЕНКО Д.Г., ЛАРИНА В.Н.</b> Когнитивные нарушения и повышение уровня гомоцистеина у долгожителей.....	98
<b>ГАВРИЛОВ Е.С., КОРНЕЕВА Н.В.</b> Особенности артериальной гипертензии у лиц с различным статусом курения.....	99
<b>ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С.</b> Тревожно-депрессивная симптоматика во взаимосвязи с факторами кардиометаболического риска: фокус на студенческую молодежь.....	100
<b>ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С.</b> Эпидемиологическая ситуация по факторам кардиометаболического риска и тревожно-депрессивной симптоматике среди студенческой молодежи.....	101
<b>ГАВРИШКО О.П., ОКУЛОВА В.А., ГЛЫТНЕВА А.М., МАЛЫШЕНКО О.С.</b> Риск развития сахарного диабета у лиц юношеского возраста.....	102

<b>ГАГАРИН В.И.</b> Поражения сердечно-сосудистой системы у пожилых пациентов с СД 2 типа.....	103
<b>ГАЙНУЛЛИНА Г.Р., ГУБАЙДУЛЛИНА З.Р., ВАСИЛЬЕВ А.Г., МУХИНА Р.Г.</b> Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция: клинический случай.....	104
<b>ГАЛЕЕВА Ш.Ш., ГАЛЯУТДИНОВ Г.С., ЖИДЯЕВСКИЙ А.Г.</b> Анализ уровня психосоциальной адаптации пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий к хронической сердечной недостаточности.....	105
<b>ГАФАРОВ В.В.</b> Полувековой тренд заболеваемости, смертности и летальности от острого инфаркта миокарда лиц в возрасте 25-64 лет и влияние на риск развития острого инфаркта миокарда психосоциальных факторов в России/Сибири с позиций международных программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» и «МОНИКА».....	106
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ГОРБУНОВА А.М., ЗИМИНА Ю.Д., БЕХТЕНОВ Д.А., ДУБЕНКО Д.А.</b> Психологические аспекты качества жизни гериатрических пациентов в условиях медицинской реабилитации.....	107
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГОРБУНОВА А.М., ЗНАХАРЕНКО Е.А., ДУБЕНКО Д.А.</b> Некоторые аспекты качества жизни гериатрических пациентов.....	108
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГОРБУНОВА А.М., СОЛОВЬЕВА В.И.</b> Вопросы онконастороженности в условиях медицинской реабилитации.....	109
<b>ГИРФАНОВА Л.Г., ХЛЫНОВА О.В.</b> Клинико-метаболический профиль пациентов с холестерозом желчного пузыря и различной массой тела.....	110
<b>ГНОЕВЫХ В.В., ЧЕРНОВА Н.Г., СМИРНОВА А.Ю., ПЕТРОВ А.Д., ЗЕМСКОВ Е.А., КРЕСТЬЯНИНОВ М.В.</b> Клинико-функциональные последствия фиксированной обструкции дыхательных путей у больных бронхиальной астмой.....	111
<b>ГОЛУБКИНА Е.В., ЖИВЧИКОВА Е.В., БИКБАЕВА Ж.М.</b> Опыт применения российского препарата омализумаб у пациентов атопической бронхиальной астмой среднетяжелого или тяжелого течения.....	112
<b>ГОЛУБКИНА Е.В., ЖИВЧИКОВА Е.В., ШИРЯЕВА Н.Ю., УМЕРОВА А.Р.</b> Опыт изучения комплаентности больных с гастроудоденальной патологией к врачебным рекомендациям.....	113

<b>ГОМОНОВА В.П., РАЙХЕЛЬСОН К.Л.</b> Факторы прогрессирующего течения метаболически ассоциированной жировой болезни печени у жителей Санкт-Петербурга.....	114
<b>ГОРБАЧЕВА Е.Е., ТУРКИНА С.В.</b> Оценка показателей сосудистого возраста у пациентов с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени с нормальной массой тела.....	115
<b>ГОРДИЕНКО А.В., СОТНИКОВ А.В., ТАСЫБАЕВ Б.Б., НОСОВИЧ Д.В., ТАТАРИН А.В., БЛАГОВ С.В., МЕЛЕЙЧУК К.А.</b> Сравнительный анализ особенностей клинического течения инфаркта миокарда у мужчин моложе 60 лет, осложненного острым повреждением почек, при выполнении ранней реваскуляризации сердца.....	116
<b>ГОРЯЧЕВА О.Г., ЗУБАРЕВ М.А.</b> Факторы риска формирования хронической сердечной недостаточности у больных с ВИЧ-инфекцией.....	117
<b>ГОРЯЧЕВА О.Г., ТРУШНИКОВА М.А., ЖЕЛОБОВ В.Г., КРАВЦОВА Т.Ю.</b> Изменения уровня общего холестерина у пациентов с субклиническим гипотиреозом...	118
<b>ГРИГОРЬЕВА Е.В., КОНДРАШОВА И.А., МАГДЕЕВА Н.А., ПАСЕЧНАЯ Н.В.</b> Болезнь Фабри: диагноз трудный для всех (клиническое наблюдение).....	119
<b>ГРИГОРЬЕВСКАЯ А.С., РЕЗНИК Е.В., ЯРОВОЙ М.Д.</b> Факторы риска прогрессирования инфильтративных изменений в легких при коронавирусной инфекции COVID-19.....	120
<b>ГРИДНЕВА Ю.Ю., ЧЕСНИКОВА А.И., ХРИПУН А.В., ПАЩЕНКО Е.В., БЕКЕТОВА Е.М.</b> Частота развития сердечно-сосудистых событий после перенесённого инфаркта миокарда в зависимости от сопутствующего синдрома гипотиреоза.....	121
<b>ГРИШАЕВА В.А., БАРАНОВ В.Л., ШЕВЯКОВ М.А.</b> Роль маркеров воспаления в развитии диабетической дистальной полиневропатии.....	122
<b>ГУРКИНА А.А., СТУКЛОВ Н.А., КОКОРИН В.А.</b> Оценка эффективности препаратов железа у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и анемическим синдромом.....	123
<b>ГУРЬЯНОВА Е.А., ДИОМИДОВА В.Н., ЖУРАВЛЕВА Н.В., ПУШКИНА Н.С.</b> Характеристика пациентов с постковидным синдромом амбулаторного отделения медицинской реабилитации.....	124

<b>ГУСЕЙНОВА Р.К., КУДАЕВ М.Т., МАГОМЕДОВ А.З., АТАЕВА З.Н., ГАДЖИЕВА Т.А., АХМЕДОВА Д.А., ОСМАНОВА А.В., ЭЗИЛЯЕВА М.Р.</b> Декомпенсированное легочное сердце, лечение и оценка её эффективности.....	125
<b>ДАВЛЕТОВА М.А., СТАВЦЕВА Ю.В., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Распространённость сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса у пациентов с симптомной фибрилляцией предсердий.....	126
<b>ДАДАШОВА Н.Ф.</b> Возможные ассоциация сурфактантных белков SP-A и SP-D в плазме крови с показателем систолического артериального давления в популяции лиц в возрасте 45-69 лет с артериальной гипертензией.....	127
<b>ДЕХАРЬ В.В., ТАНКОВ С.В., БОРИСОВА Л.В., БУРДИН А.А., ХЛОПКОВА Н.В.</b> Распространённость сахарного диабета 2 типа среди пациентов, подлежащих диспансерному учёту в кабинете хронической сердечной недостаточности Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн.....	128
<b>ДЖУЛАЙ Т.Е., БАХМЕТЬЕВА А.Д.</b> Бессимптомное камненосительство: клинико-патогенетические особенности.....	129
<b>ДИЛЬ С.В., КЕРЧЕВА М.А., ПАНТЕЛЕЕВ О.О., БЕЛИЧ Н.А., РЯБОВ В.В.</b> Инфаркт миокарда-ассоциированный шок: комплексный анализ фенотипов, стратификация по шкале SCAI и оценка исходов.....	130
<b>ДУБОВА А.В., ЖУЧКОВА С.М.</b> Клинический случай массивной тромбоэмболии легочной артерии у пациента в ходе терапии лимфопролиферативного заболевания.....	131
<b>ЕЛИЗАРОВА И. О., КАРПЕНКО Ю. Ю., ВОЛЫНКИНА А.П.</b> Анализ коморбидности у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....	132
<b>ЕРМАЧКОВА Л.В., ХОВАЕВА Я.Б.</b> Стандартные модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с острым коронарным синдромом.....	133
<b>ЕФРЕМОВА О.Н., ПРЕКИНА В.И., ЕСИНА М.В., ЯМАШКИНА Е.И.</b> Электрокардиографическая диагностика тахикардий с широким QRS комплексом.....	134
<b>ЖИГУЛА З.М., ЖИЛИНА А.А., ЛЕРЕВА Н.В.</b> Субклинический атеросклероз и сердечно-сосудистый риск у молодых больных язвенным колитом.....	135
<b>ЖИГУЛИНА К.В., СПИЦИНА С.С.</b> Нарушения углеводного обмена у больных подагрическим артритом.....	136

<b>ЖИДЯЕВСКИЙ А.Г., ГАЛЯУТДИНОВ Г.С., ГАЛЕЕВА Ш.Ш.</b> Влияние фибрилляции предсердий на качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	137
<b>ЖМАЙЛОВА С.В., ВЕБЕР В.Р., ШВЕЦОВА Т.П., ПУКСИНГ К.Н.</b> Влияние адреналина на коллагеновую сеть миокарда крыс линии Вистар в эксперименте.....	138
<b>ЖУРАВЛЕВА Н.В., АКСЕНОВА А.В., ИВАНОВА А.В., ДИОМИДОВА В.Н.</b> Эффективность применения бифосфонатов с препаратами кальция и витамином D3 на фоне генно-инженерной терапии у пациентов с ревматоидным артритом.....	139
<b>ЖУЧКОВА С.М., ПРОКОПЬЕВА В.Р., ПЕРЕПЕЛКИНА И.В., ЛЮБИМОВА Л.В., ЗАЙЦЕВ М.Ю., СОЛЕНОВА Е.А., КРЫЦОВА А.Н., ГЕОРГИЕВА К.С., ПАВЛОВА С.И., НАЗАРЕНКО Н.С.</b> Анализ случаев нежелательных реакций на антибактериальные препараты по Чувашской республике.....	140
<b>ЗАГЛИЕВ С.Г., ЗАГЛИЕВА С.С., МАММАЕВ С.Н.</b> Диагностика некомпактного миокарда правого и левого желудочка.....	141
<b>ЗАГЛИЕВА С.С., МАММАЕВ С.Н., ИБРАГИМОВА Х.И., ЗАГЛИЕВ С.Г.</b> Провоспалительные цитокины у больных хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии.....	142
<b>ЗАКИРОВА Г.А., БОБОЕВ К.Т., МАШАРИПОВА Д.Р., ТАГАЕВА Д.Р.</b> Роль полиморфизма T-786C гена при хронической сердечной недостаточности и почечной дисфункции.....	143
<b>ЗАМАНОВА Э. С., ШАМСУТДИНОВА Н.Г., БАШИРОВА Р.А.</b> Возможности ранней диагностики висцеральных поражений пищевода при системной склеродермии.....	144
<b>ЗАМЯТИН К.А., ЛАРИНА В.Н.</b> Возможность применения приложений для смартфонов с целью повышения приверженности лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	145
<b>ЗАНИНА Т.В., ТАВЛУЕВА Е.В.</b> Развитие сердечной недостаточности у пациентов с острым инфарктом миокарда в сочетании с фибрилляцией предсердий в зависимости от приема ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа.....	146

<b>ЗЕЛЕНИН В.А., ГОРБУНОВ А.Ю., ГОРШУНОВА В.В., ВОЗИСОВА И.А., ИДРИСОВА А.А.</b> Оценка данных электрокардиографии и некоторых биохимических показателей у больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию.....	147
<b>ЗЕНКИНА А.Н., ЛАПШИНА Е.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., КАРАПЕТЯН Л.В., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Характеристика суточного профиля артериальной ригидности у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	148
<b>ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЛЕОНОВА А.О., ГОРБУНОВА А.М., ГЕРАСИМЕНКО О.Н.</b> Портрет пациента с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса.....	149
<b>ИВАНИКОВ И.О., ВИНОГРАДОВА Н.Н., ЖАРОВА М.Е., ЕФРЕМОВА Н.В., ВЛАДИМИРОВА Н.Н., НОСОВ Д.А.</b> Качество помощи пациентам с онкологическими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта в условиях пандемии COVID-19.....	150
<b>ИВАНОВА Д.А., ТАРАСОВА Л.В.</b> Особенности подбора патогенетической терапии у пожилого с болезнью Крона.....	151
<b>ИВАНОВА Л.Н., ХОЛИНА Е.А., ПИЛИЕВА Е.В.</b> Факторы развития атерогенеза у больных ишемической болезнью сердца с субклиническим гипотиреозом и расстройством адаптации.....	152
<b>ИВАНОВА С.Н., ГАЛАШЕВСКАЯ Л.А., ВЕТОШКИНА У.В.</b> Эффективность лечения острых перикардитов в Архангельской области.....	153
<b>ИВАНОВА С.Н., КОСТИНА К.С., ПЕШКОВА А.А., ПОПОВА И.В.</b> Трудности диагностики атипичного течения болезни Фабри.....	154
<b>ИВАХНЕНКО О.И., АНТИПОВ В.В.</b> Реология мокроты больных хронической обструктивной болезнью легких с достоверно отличающимся уровнем острофазового белка гаптоглобина.....	155
<b>ИСПАВСКИЙ В.Е., ИЗМОЖЕРОВА Н.В., ПОПОВ А.А.</b> Структурно-геометрические варианты ремоделирования левого желудочка у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и новой коронавирусной инфекцией....	156
<b>ЙАЙА Л., МАРТЫНОВ А.Ю.</b> Особенности острого повреждения почек при тропической малярии у подростков и взрослых.....	157
<b>ЙАЙА Л., МАРТЫНОВ А.Ю., ВИГАН Ж., КОКОРИН В.А.</b> Острое повреждение почек при тропической малярии.....	158

<b>КАЗАРИН Д.Д., ЧУПИНА М.С., ШКЛЯЕВ А.Е.</b> Особенности течения постковидного синдрома у пациентов с язвенным колитом.....	159
<b>КАЛИНКИНА Е.Ю., ПОГОДИНА Е.П., ГАРАНИНА Л.К., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю.</b> Гиполипидемическая терапия при метаболически ассоциированной жировой болезни печени.....	160
<b>КАРДАШЕВСКАЯ Л.И., БАГРИЙ А.Э., МИХАЙЛИЧЕНКО Е.С.</b> Клинический случай симптомной аномалии коронарных артерий.....	161
<b>КАРЕЛИНА А.М., ФЁДОРОВ И.Г., ТОТОЛЯН Г.Г., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., НИКИТИН И.Г.</b> Оценка социального, психологического статуса и клинической симптоматики у молодых мужчин.....	162
<b>КАРПУХИНА Е.В., ЛОБАНОВА А.В., НИКИТИН К.И., КАРПУХИН И.Б., СМИРНОВА М.С.</b> Изучение возможности влияния аффективных расстройств непсихотического спектра на вариабельность сердечного ритма.....	163
<b>КАСАЕВА Э.А., МАММАЕВ С.Н., ГАНИЕВА Ж.А.</b> Ревматоидный артрит и риск сердечно-сосудистых заболеваний.....	164
<b>КИЧИГИН В.А. АБЫЗОВ А.С., ТАРАСОВА Л.В.</b> Эффективность применения ингибиторов янус-киназ у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.....	165
<b>КОЗЫРЕВ С.Е., ЛАРИНА В.Н.</b> Скрининг старческой преаестии на амбулаторном этапе: анализ встречаемости и качества жизни.....	166
<b>КОЛЕСНИКОВА И.Ю.</b> Старческая астения, депрессия и одиночество в зависимости от социального статуса людей пожилого и старческого возраста.....	167
<b>КОЛОНТАЙ Т.М., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ЕЛИСЕЕВА Т.А., ВАКУЛЕНКО О.Н., БУБМАН Л.И., РОМАНОВА М.А., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.</b> Гормоны щитовидной железы у долгожителей с ишемической болезнью сердца.....	168
<b>КОЛПАЧЕВА М.Г.</b> Определение распространенности гиперурикемии и коморбидной патологии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	169
<b>КОМАРОВ В.Т., ХИЧИНА Н.С., ФАДЕЕВА С.С., ГРИГОРЬЕВА О.Г.</b> Опыт лечения олокизумабом пациентов с ревматоидным артритом.....	170

- КОНОВАЛОВА Д.Ю., ЛЕБЕДЕВ П.А., КОРНИЛИН Д.В., ГРИШАНОВ В.Н., КОМАРОВА М.В.**  
Прогностическое значение параметра аутофлюоресценции кожи у пациентов, получающих программный гемодиализ.....171
- КОНОВАЛОВА Д.Ю., ЛЕБЕДЕВ П.А., КОРНИЛИН Д.В., ГРИШАНОВ В.Н., КОМАРОВА М.В.**  
Аутофлюоресценция кожи в комплексной оценке клинического и метаболического статуса пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек.....172
- КОНТОРЩИКОВ М.М., БОРОВКОВА Н.Ю., ТУШИНСКАЯ Л.А., КУРАШИН В.К., ТОКАРЕВА А.С., МАВРЫЧЕВА Н.В., ВАСИЛЬКОВА А.С., ГУДАНОВА Е.М., КРИСАНОВА К.И., БАЙРАМОВА С.О.**  
Распространенность и структура ожирения в Нижегородском регионе на современном этапе.....173
- КОРИЧКИНА Л.Н., ПОСЕЛЮГИНА О.Б.**  
Хроническая болезнь почек и полиморбидная патология у больных артериальной гипертонией III стадии в зависимости от пола.....174
- КОРОЛЕВА И.Г., СИЗОВА Ж.М., ЗАХАРОВА В.Л.**  
Возможности фармакологической коррекции дефицита витамина В12 у больных сахарным диабетом 2 типа, принимающих метформин.....175
- КОРСАКОВА Д.А., СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А.**  
Маркеры фиброза sST2 и галектин-3 у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от тяжести сердечной недостаточности и наличия фибрилляции предсердий.....176
- КОРЯГИНА Н.А., ЛЫСКОВЦЕВА К.С., КОРЯГИН В.С., МЕЛЕХОВА О.Б.**  
Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в динамике на территории Прикамья.....177
- КОРЯГИНА Н.А., МАЛЬЦЕВ А.И., КОРЯГИН В.С., ТРУШНИКОВА М.А.**  
Нарушения метаболизма глюкозы у больных с острым коронарным синдромом в период пандемии.....178
- КОТОВА Е.О., МОИСЕЕВА А.Ю., ПИСАРИЮК А.С., КАРАУЛОВА Ю.Л., КОБАЛАВА Ж.Д.**  
Значение нейтрофильно-лимфоцитарного индекса для прогнозирования осложненного течения инфекционного эндокардита в краткосрочном отдаленном периоде.....179
- КОТОВА Е.О., МОИСЕЕВА А.Ю., ПИСАРИЮК А.С., КАРАУЛОВА Ю.Л., КОБАЛАВА Ж.Д.**  
Значение расчетных индексов воспаления для прогнозирования краткосрочной летальности у пациентов с инфекционным эндокардитом.....180

<b>КРАЮШКИН С.И., ИВАХНЕНКО И.В., ПОНОМАРЕВА А.В., РАЗВАЛЯЕВА О.В.</b> Тактика ведения пожилых пациентов с язвенной болезнью и хроническим гастритом в амбулаторных условиях.....	181
<b>КРИВОШАПОВА К.Е., БАРБАРАШ О.Л.</b> Уровень интерлейкина 18 в сыворотке крови «хрупких» пациентов с ишемической болезнью сердца.....	182
<b>КСЕНОФОНТОВА Н.В., ЗАХАРОВА И.А., ПОЗДЕЕВА О.Г.</b> Определение предикторов эффективности медицинской реабилитации пациентов перенесших COVID-19.....	183
<b>КУДАЕВ М.Т., МАГОМЕДОВ А.З., АТАЕВА З.Н., ГАДЖИЕВА Т.А., АХМЕДОВА Д.А., ГУСЕЙНОВА Р.К., ОСМАНОВА А.В.</b> Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у жителей республики Дагестан.....	184
<b>КУДРЯШОВ С.И.</b> Особенности тиреоидного статуса при рефрактерном варианте первичного нефротического синдрома.....	185
<b>КУЗЬМИНА А.Ю.</b> Распространенность ожирения у пилотов гражданской авиации старшей возрастной группы.....	186
<b>КУЛИК Е.Г., ПАВЛЕНКО В.И.</b> Динамика параметров качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких в течение 12 месяцев после перенесенного COVID-19.....	187
<b>КУЛИКОВ И.А.</b> Уровни гепсидина у пожилых пациентов с анемией различной этиологии.....	188
<b>КУРАШИН В.К., БОРОВКОВА Н.Ю., ТОКАРЕВА А.С.</b> Фибрилляция предсердий в стационаре терапевтической кардиологии на современном этапе.....	189
<b>КУРОЧКИНА О.Н., КОРОТКОВ Д.А., БОЛТУНОВ К.С., РАУШ Т.А.</b> Индекс Генсини как прогностический фактор госпитальной летальности больных с острым коронарным синдромом.....	190
<b>КУРОЧКИНА О.Н., КОРОТКОВ Д.А., БОЛТУНОВ К.С., РАУШ Т.А.</b> Оценка маркеров системного воспалительного ответа у больных с острым коронарным синдромом.....	191
<b>КУРОЧКИНА О.Н., КОРОТКОВ Д.А., БОЛТУНОВ К.С., РАУШ Т.А.</b> Роль сопутствующих заболеваний в ухудшении прогноза больных с острым коронарным синдромом.....	192

<b>КУРЫШЕВА М.А.</b> Лаксативная болезнь.....	193
<b>ЛАВРИВА М.В., ПАВЛОВА О.С.</b> Межвизитная вариабельность артериального давления как значимый предиктор развития ишемического инсульта и инфаркта миокарда.....	194
<b>ЛАРИНА В.Н., САЙНО О.В., ФЕДОРОВА Е.В., ВАРТАНЯН Е.В., МОРУНОВ О.Е.</b> Поведенческие факторы риска и уровень приверженности здоровому образу жизни студентов медицинского ВУЗа.....	195
<b>ЛОМАКИНА Н.А., КОТОВЩИКОВА Е.Ф., КЛИМОВА Е.Е.</b> Влияние физической реабилитации на диастолическую дисфункцию правого желудочка сердца у больных хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией.....	196
<b>ЛУНЕВ В.И., ФЕДОРОВА Е.В., ЛАРИНА В.Н.</b> Клинические особенности амбулаторных пациентов с низким и средним уровнем приверженности лечению.....	197
<b>ЛУЧНИКОВА Т.А., ПРИХОДЬКО О.Б., ЛУЧНИКОВА А.А.</b> Влияние маркеров эндотелиальной дисфункции на динамику бронхиальной астмы в период гестации.....	198
<b>ЛУЦИК Е.А., СКОРОДУМОВА Е.А., СИВЕРИНА А.В., КОСТЕНКО В.А., СКОРОДУМОВА Е.Г.</b> Отдаленные результаты лечения и генетические особенности пациентов с повторным инфарктом миокарда.....	199
<b>ЛЮБСКАЯ Л.А., СИНЕВА А.С., СОКОЛОВА А.Р.</b> Особенности клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у людей разного возраста.....	200
<b>ЛЯМИНА Н.П., КАЛЕКАНОВА И.А., АЛЛАХВЕРДИЕВ Т.А.</b> Современная модель медицинской реабилитации кардиосоматических пациентов: мультидисциплинарность и ценностно ориентированный подход.....	201
<b>ЛЯМИНА С.В., МАЕВ И.В., ИЛЬИНА Е.Н., ГОВОРУН В.М., ЗАБОРОВСКИЙ А.В., КОЖЕВНИКОВА Е.О., КАЛИШ С.В., ИВАНОВА Т.И., АНДРЕЕВ Н.Г., АНДРЕЕВ Д.Н., ДЕВКОТА М.К.</b> Потенциальные молекулярные биомаркеры для диагностики воспалительных заболеваний кишечника.....	202
<b>ЛЯМИНА Н.П., КАЛЕКАНОВА И.А., АЛЛАХВЕРДИЕВ Т.А.</b> Телемедицинские технологии в медицинской реабилитации кардиосоматических пациентов.....	203

<b>МАГОМЕДОВ А.З., КУДАЕВ М.Т., АТАЕВА З.Н., АХМЕДОВА Д.А, ГАДЖИЕВА Т.А., ГУСЕЙНОВА Р.К., ОСМАНОВА А.В., ЭЗИЛЯЕВА М.Р.</b>	
Применение препарата тиотропия бромид + олодатерол при бронхиальной астме.....	204
<b>МАЙКО О.Ю.</b>	
Подагра и сердечно-сосудистый риск.....	205
<b>МАЛЫХИН Ф.Т.</b>	
Сравнение возрастных характеристик пациентов старших возрастных групп с хронической обструктивной болезнью легких, умерших в доковидный и пандемийный периоды.....	206
<b>МАЛЬ Г.С.</b>	
Роль тройного ингибирования в коррекции первичных дислипидемий у больных ишемической болезнью сердца.....	207
<b>МАЛЬ Г.С., ОБЪЕДКОВА Н.Ю.</b>	
Обучение пациентов в парадигме контроля резидуального риска у пациентов с ишемической болезнью сердца.....	208
<b>МАЛЬЦЕВА А.Н., КОСИНОВА А.А., ГРИНШТЕЙН Ю.И.</b>	
Агрегационная активность тромбоцитов и роль Р-селектина в развитии резистентности к ацетилсалициловой кислоте после коронарного шунтирования.....	209
<b>МАЛЬЦЕВА И.В., КОТОВЩИКОВА Е.Ф.</b>	
Роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани в коннектоме.....	210
<b>МАНТО В.С.</b>	
Особенности вариабельности ритма сердца у больных артериальной гипертонией при влиянии привычной физической активности.....	211
<b>МАРШАЛА С.Н., ЯРОВОЙ М.Д., РЕЗНИК Е.В.</b>	
опыт двухлетнего наблюдения пациента с болезнью Деркума на фоне терапии метотрексатом.....	212
<b>МАХКАМОВА М.М.</b>	
Оценка частоты метаболических нарушений у пациентов с ишемической болезнью сердца.....	213
<b>МАЦКЕВИЧ С.А., КОЖАНОВА И.Н., РОМАНОВА И.С., ЧАК Т.А.</b>	
Приверженность к фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.....	214

<b>МЕДВЕДЕВА К.А., АНТРОПОВА О.Н., СИЛКИНА С.Б.</b> Прогноз развития стойкой артериальной гипертонии у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением.....	215
<b>МЕЛЬНИЧЕНКО О.В., МУРАДОВА Ф.Н., ВАЛИКУЛОВА Ф.Ю., РУИНА О.В., ХАНЬКЕВИЧ И.Д., GERMAN В.В.</b> Анализ отдаленных результатов лечения пациентов, перенёсших острый коронарный синдром, с применением бесшовного обеспечения льготными лекарственными препаратами.....	216
<b>МИЛАШЕНКО Н.Ю., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ЧЕРЕПАНЦЕВ Г.Р., БУБМАН Л.И., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ГОЛИМБЕКОВА М.В., ГОРДЕЕВА О.В., ЗВЯГИНА И.Н., БОНДАРЕВА М.С., КАДЖИНОВА Н.М., МУХИНА Т.М., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.</b> Хронические болевые синдромы в старческом возрасте и роль субстанции Р при данной патологии.....	217
<b>МИХАЙЛОВ Р.Р., ЛЕОНОВА И.А., БОЛДУЕВА С.А.</b> Эндотелиальная дисфункция у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса.....	218
<b>МИХАЙЛОВА О.Д., ГАЛИЦЫН Р.А.</b> Изучение обеспеченности населения врачами-терапевтами и смертности населения в Удмуртской республике.....	219
<b>МИШКИН И.А., КОНЦЕВАЯ А.В., ГУСЕВ А.В., САХАРОВ А.А., ДРАПКИНА О.М.</b> Сравнение эффективности традиционных шкал сердечно-сосудистого риска на примере SCORE И FRAMINGHAM и технологий машинного обучения.....	220
<b>МИШКО М.Ю., БИКБАЕВА М.В., ШАРУШКИНА С.В., ЦЫРЕНОВА А.А., ВОРОНОВА С.И., ШАЦКИХ А.О., ИЗМЕСТЬЕВ С.В.</b> Оценка коморбидности у пациентов с острым миелобластным лейкозом в терапевтической практике.....	221
<b>МОСКАЛЕЦ О.В.</b> К вопросу о медицинских отводах от прививок. Что показала пандемия.....	222
<b>МЯЗИН Р.Г.</b> Изучение эффективности и безопасности применения L-орнитина-L-аспартата при лечении хронических заболеваний печени, осложненных развитием гипераммониемии и саркопении: результаты клинического исследования.....	223
<b>НАВАЗНОВ В.В., ПРОХОРЧИК А.А., КАРПОВА С.Н., ТАСОЕВА Е.С., БАКШЕЕВ В.И.</b> Атипичный гемолитико-уремический синдром с поздним дебютом.....	224

<b>НЕДОМОЛКИНА С.А., ПАШКОВА А.А., ВЕЛИКАЯ О.В., НЕДОМОЛКИН С.В.</b> Анемический синдром у пациентов с инфарктом миокарда.....	225
<b>НЕДОМОЛКИНА С.А., ПАШКОВА А.А., КОТЕЛЬНИКОВА Т.Е., ВЕЛИКИЙ А.В.</b> Частота встречаемости сахарного диабета у пациентов, госпитализированных с инфарктом миокарда.....;	226
<b>НЁМА М.А., МУРКИНА Р.Г., САДОВАЯ В.В., МИНЕЕВ В.Н.</b> TAS2R5 рецепторы в сыворотке крови при различных вариантах БА.....	227
<b>НЕХАЙЧИК Т.А., ЛАРИОНОВ А.С., КУДРАВЕЦ В.С.</b> Анализ случаев асептического некроза с позиции своевременной диагностики и улучшения прогноза.....	228
<b>НЕХАЙЧИК Т.А., КУДРАВЕЦ В.С., ЛАРИОНОВ А.С.</b> Оценка гиперурикемии в сопоставлении с прочими факторами риска артериальной гипертензии у лиц призывного возраста.....	229
<b>НИКОЛАЕВА М.Н., КАРАМНОВА Н.С., ШВАБСКАЯ О.Б., РЫТОВА А.И., БАЛАНОВА Ю.А., ИМАЕВА А.Э., ЕВСТИФЕЕВА С.Е., КАПУСТИНА А.В., МАКСИМОВ С.А., МУРОМЦЕВА Г.А., ШАЛЬНОВА С.А., ДРАПКИНА О.М.</b> Ассоциации характера питания и депрессии в мужской популяции: результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ.....	230
<b>НУРИЕВА А.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В., БУТАКОВА Л.А.</b> Ассоциация фенотипов ожирения с неалкогольной жировой болезнью печени у лиц молодого и среднего возраста.....	231
<b>ОВСЕПЯН М.А.</b> Оценка клинической эффективности терапии у пациентов с симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после фенотипирования на основании суточной рН-импедансометрии.....	232
<b>ОЛЕЙНИК В.С.</b> Оценка вариабельности сердечного ритма у работников виброопасных производств с сахарным диабетом 2 типа.....	233
<b>ОЛОВЯННИКОВ Ю.С., БАТАНОВА Е.В., АЗАБ А.Х., КЛЕСТЕР Е.Б.</b> Хроническая обструктивная болезнь легких и сахарный диабет: роль диабетической пневмопатии.....	234
<b>ОРЛОВ Д.А., МИРОНОВА Т.Н., МАХОВА У.В., ВАРЛАМОВА Ю.Ю., ЛАРИНА В.Н.</b> Гендерные особенности липидного профиля до и после сердечно-сосудистых событий у амбулаторных пациентов.....	235

<b>ОСМАНОВА А.В., КУДАЕВ М.Т., АТАЕВА З.Н., КАЛЛАЕВА А.Н., ГУСЕЙНОВА Р.К., МАГОМЕДОВ А.З., ГАДЖИЕВА Т.А., АХМЕДОВА Д.А., ЭЗИЛЯЕВА М.Р.</b> Дапаглифлозин у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек, страдающих постковидным синдромом.....	236
<b>ПАВЛОВА В.Ю., АНЕШИНА И.И., ЗАТЕЕВА Т.Н.</b> Тромбоцитопения – от симптома к диагнозу.....	237
<b>ПАВЛОВА В.Ю., БОЙКО Е.А.</b> Прогностическая значимость исследования показателей липидограммы на амбулаторном этапе.....	238
<b>ПАНАЧЕВА Л.А., ЗОЛОТУХИНА Е.В., ШПАГИНА Л.А.</b> Особенности ремоделирования сосудов при вибрационной болезни в сочетании с артериальной гипертензией в постковидном периоде.....	239
<b>ПАНКОВА Е.Д., ЧУЛКОВ В.С., ЧУЛКОВ ВЛ.С., ЭКТОВА Н.А.</b> Состояние сердечно-сосудистой системы и качества жизни при неалкогольной жировой болезни печени у молодых лиц.....	240
<b>ПАРФЕНОВА О.А., СТУКЛОВ Н.И., ВЕРНЮК М.А., ЧЕРВОНЦЕВА А.М., ЧЕРКАШИНА И.В., ГУЩИНА Е.Е., ЧИСТЯКОВА А.В., КИСЛЫЙ Н.Д.</b> Особенности клинической картины лимфомы с первичным поражением кишечника.....	241
<b>ПЕЧЕРСКИЙ Д.А., ПИКУНОВА И.Н.</b> Маски заболеваний системы кроветворения в клинической практике терапевта.....	242
<b>ПИЛИПЕНКО В.В., ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х., ПЛОТНИКОВА О.А., АЛЕКСЕЕВА Р.И., СОРОКИНА Е.Ю.</b> Частота встречаемости rs1801282 гена PPAR $\gamma$ у пациентов сахарным диабетом 2 типа и ожирением.....	243
<b>ПИЛИПЕНКО В.Е., КОЛБАСНИКОВ С.В.</b> Структура факторов риска, эмоциональных расстройств у больных артериальной гипертензией в зависимости от уровня физической активности.....	244
<b>ПОЛУНИНА Т.Е.</b> Коррекция патологии желчного пузыря при лечении комбинированными препаратами урсодезоксихолевой кислоты.....	245
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А., ПРИХОДЬКО К.С.</b> Вентиляционные нарушения у беременных с бронхиальной астмой.....	246

<b>ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А., ПРИХОДЬКО К.С.</b>	
Курение во время беременности как фактор риска заболеваний потомства.....	247
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А.</b>	
Клинико-функциональные особенности тяжелой бронхиальной астмы у беременных...	248
<b>ПРОХОРОВ Д.Ю.</b>	
Психоэмоциональное состояние ординаторов и студентов медицинского ВУЗа.....	249
<b>ПРОХОРЧИК А.А., ГУЛЯЕВ Н.И., ПАВЛОВ А.И., СЕРЕБРЕННИКОВ В.Н., БЕЗНОСИК Ж.А., ТАСОЕВА Е.С., БАКШЕЕВ В.И.</b>	
Роль генетического тестирования пациентов с поздним дебютом врожденных заболеваний.....	250
<b>ПЯТЧЕНКОВ М.О., ЗАХАРОВ М.В., ЩЕРБАКОВ Е.В., ДОРОЩУК К.С.</b>	
Взаимосвязь содержания короткоцепочечных жирных кислот с параметрами ремоделирования миокарда у больных на программном гемодиализе.....	251
<b>РОМАНОВА М.А., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ВАКУЛЕНКО О.Н., БУБМАН Л.И., ЕЛИСЕЕВА Т.А., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.</b>	
Локомотивный синдром в практике гериатрического стационара.....	252
<b>РОМАЩЕНКО О.В.</b>	
Новые горизонты исследования эффективного применения триметазида у пациентов со стабильной стенокардией напряжения.....	253
<b>РУБЦОВА Е.В., ЖДАНОВА Е.В.</b>	
Динамика уровня циркулирующего иммунного комплекса при суставном синдроме в постковидном периоде.....	254
<b>РУДЕНКО И.Б., МАМУТИН И.В., МАЛИКОВА А.Р., МАМЕЕВА О.В.</b>	
Реалии в практике использования длительной глюкокортикостероидной терапии.....	255
<b>РЫЖИХ А.А., ЛАРИНА В.Н.</b>	
Клинико-лабораторные проявления постковидного периода у пациентов.....	256
<b>САВИЧ М.Б., ДЕМКО И.В., СОБКО Е.А., ИЩЕНКО О.П.</b>	
Этиология одышки у пациентов с БА и сопутствующей патологией.....	257
<b>САВЧЕНКО М.В., ЮХИНА Ю.Е.</b>	
Частота возникновения сахарного диабета 2 типа в зависимости от совокупности его факторов риска на фоне высокоинтенсивной терапии статинами у пациентов, проходящих третий этап кардиореабилитации.....	258

<b>САЖИНА А.С., КУРОЧКИНА О.Н.</b> Влияние сопутствующей патологии на неблагоприятные события у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	259
<b>САЛИЕВА Э.Р., ФАРАДЖОВ Р.А., ДАВЛУТАКАЕВА Х., ШЕВЧЕНКО А.О.</b> Влияние факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на показатели сна.....	260
<b>САМАРИНА Е.И., ЛИЛЕЕВА Е.Г.</b> Факторы, провоцирующие обострения бляшечного псориаза.....	261
<b>САМКОВА И.А., ЛАРИНА В.Н.</b> Страх повторных падений как фактор риска падений у женщин пожилого возраста с артериальной гипертензией.....	262
<b>САМОЙЛОВА Ю.С., РЕУТСКАЯ В.В., СКУРАТОВА О.С., ЛАГУТИНА С.Н.</b> Скрининговое исследование качества сна, дневной сонливости и тревожно-депрессивных расстройств у беременных женщин.....	263
<b>САМОЙЛОВА Ю.С., СКУРАТОВА О.С., ЛАГУТИНА С.Н.</b> Изучение показателей липидного профиля у женщин в постменопаузе.....	264
<b>САФОНОВА Ю.А.</b> Что известно о саркопении сегодня и как ее лечить.....	265
<b>СВИСТУН О.В.</b> Взаимосвязь параметров оксидативного метаболизма у пациентов с бронхиальной астмой и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью со степенью полиморбидности...	266
<b>СЕДЫХ Д.Ю., КАШТАЛАП В.В., БАРБАРАШ О.Л.</b> Различия показателей приверженности лечению у пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от социальных факторов.....	267
<b>СЕМЕНОВА Е.А., ЕФРЕМОВА А.Ю., ШОСТКА А.Г., БАКУЛИН И.Г.</b> Опыт ведения регистра пациентов с глютен-ассоциированными заболеваниями в реальной клинической практике.....	268
<b>СЕРГЕЕВА В.А., ШУЛЬПИНА Н.Ю.</b> Скрининг респираторной саркопении в гериатрической практике.....	269
<b>СЕРГЕЕВА В.А., ШУЛЬПИНА Н.Ю.</b> Бендопное у гериатрических пациентов с различными саркопеническими фенотипами.....	270

<b>СЕРЕБРЕННИКОВ В.Н., БАКШЕЕВ В.И., СЕРЕБРЕННИКОВА К.В., ПРОХОРЧИК А.А., ПАВЛОВ А.И., ЗАХАРОВА Е.Ю.</b>	
Новая мутация в гене переносчика электронов флавопротеина у пациента с поздним дебютом глутаровой ацидурии.....	271
<b>СЕРЕБРЕННИКОВ В.Н., ПРОХОРЧИК А.А., ПАВЛОВ А.И., БАКШЕЕВ В.И.</b>	
Сахарный диабет как симптом феохромоцитомы (клиническое наблюдение).....	272
<b>СЕРКОВА М.Ю., АВАЛУЕВА Е.Б., СТАДНИКОВА Д.А., ЛЯШУК С.С.</b>	
Влияние комплекса метаболитов <i>bacillus subtilis</i> на состояние кожи.....	273
<b>СЕРКОВА М. Ю., СЕМЕНОВА Е.А., АЛЕКСЕЕВА Е.А., КАРЕЛКИНА В.К.</b>	
Использование экспресс-теста Biohit LACTOSE INSERT INSTERANCE для определения активности лактазы слизистой оболочки тонкой кишки у пациентов с симптомами диспепсии.....	274
<b>СИДНЕВА Е.Л., РИГОЕВА Д.А., СЫРОМЯТНИКОВА Н.А., ПАСХИНА И.А., ТУЛИЧЕВ А.А., ФЕДОТОВ В.Д.</b>	
Выявление зависимости степени выраженности симптомов бронхиальной астмы у пациентов различного уровня образования и когнитивного статуса.....	275
<b>СИДОРЕНКО Ю.В., БАЛАБАЕВА Н.В., ХОЛИНА Е.А., ИВАНОВА Л.Н., ПИЛИЕВА Е.В.</b>	
Системное воспаление у больных хронической обструктивной болезнью легких в условиях мультиморбидности и возможности его коррекции.....	276
<b>СИНЬКОВА М.Н., ИСАКОВ Л.К., СИНЬКОВ М.А., ПЛОТНИКОВА Е.Ю.</b>	
Отдаленные эффекты влияния омега-3 полиненасыщенных жирных кислот на течение ишемической болезни сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда, с подъемом сегмента ST на фоне многососудистого стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (посттриальный анализ).....	277
<b>СКИБА Т.А., ЯРЦЕВА С.В.</b>	
Некоторые показатели клеточного и гуморального иммунитета при бронхиальной астме у больных сахарным диабетом 2 типа.....	278
<b>СКОБОВА Ю.В., АКСЕНОВА Т.А.</b>	
Распространенность полиморфизмов некоторых генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у гипертензивных больных анкилозирующим спондилитом...	279
<b>СМИРНОВ В.В., МОЧАЛОВ П.А., ФЕДОСЕЕВА В.В., КАБИКЕНОВА М.К.</b>	
Аспекты влияния заместительной гормональной терапии препаратами тестостерона в профилактике остеопороза у пациентов в андропаузе.....	280

<b>СМИРНОВА А.Ю., ГНОЕВЫХ В.В., ДРУЖИНИНА А.А., КЛЮЕВА И.О., КАРГИН А.Г., ЗЕМСКОВ Е.А., КРЕСТЬЯНИНОВ М.В., ТЕРЯГОВА Л.Е.</b>	
Клинические симптомы лёгочной гиперинфляции и кислородная десатурация гемоглобина при проведении 6-минутного нагрузочного теста у больных ХОБЛ.....	281
<b>СМОЛЯКОВА М.В.</b>	
Посттрансплантационный сахарный диабет у реципиентов трансплантата почки.....	282
<b>СОЛИЖОНОВ Ж.И., МАКСУДОВА А.Н., НУРУЛЛИНА Г.И., ХАЛФИНА Т.Н., ХУСНИДДИНОВ М.А.</b>	
Сложности диагностического поиска у пациента с двусторонним интерстициальным поражением легких.....	283
<b>СОЛОВЬЕВА А.В., ГЛОТОВ С.И., ЮНЕВИЧ Е.А., СТОЛЯРОВ Э.В., МОЖАРОВА А.А., РОЗОВСКИЙ М.Д.</b>	
Клинико-демографическая характеристика пациентов с анемией в терапевтическом стационаре.....	284
<b>СОЛОВЬЕВА А.В., ПАНИН И.В., СМАЗНОВА О.А., МАРТЫНОВА А.А., БЕЛЯНСКАЯ О.Ю., ИВАНЕВА Е.А.</b>	
Оценка кальциноза коронарных артерий у пациентов с COVID-19.....	285
<b>СТАРЧЕНКО А.Д., ЛИСКОВА Ю.В.</b>	
Морфофункциональные предикторы неблагоприятных исходов после коронарного шунтирования у мужчин с хронической сердечной недостаточностью.....	286
<b>СТАЦЕНКО М.Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В.</b>	
Влияние инсулинорезистентности на ремоделирование миокарда у лиц с артериальной гипертензией и ожирением, сахарным диабетом 2 типа.....	287
<b>СТАЦЕНКО М.Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., ФАБРИЦКАЯ С.В., ШИЛИНА Н.Н.</b>	
Влияние висцерального ожирения на снижение эластических свойств артерий у больных хронической сердечной недостаточностью.....	288
<b>СТЕПАЕВА И.П.</b>	
Диагностическая значимость бронхоскопии в выявлении патологии органов дыхания у больных туберкулезом.....	289
<b>СТЕПАЕВА И.П., НИКИТИНА А.А.</b>	
Значение и роль эзофагогастродуоденоскопии в выявлении сопутствующей патологии у больных туберкулезом.....	290
<b>СТЕПАНОВ М.С., КАРПУНИНА Н.С., ГОДОВАЛОВ А.П.</b>	
Состояние кишечной микрофлоры и уровни некоторых цитокинов у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ.....	291

<b>СТЯЖКИНА Ю.А., ГРИШИНА И.Ф., ПОЛЕТАЕВА Н.Б.</b> Динамика психологического статуса у пациентов с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования.....	292
<b>СУХОМЛИНОВА И.М.</b> НПВП-ассоциированные поражения желудочно-кишечного тракта у пациентов старшей возрастной группы: приверженность лечению как предиктор эффективности..	293
<b>ТАВИНЦЕВА В.Л., БАТЮШИН М.М., АБОЯН И.А., КАЛАЙТАНОВА Н.В., КАРТАШЕВА И.В., РУДЧЕНКО Е.А., ЛИТВИНЕНКО К.Г.</b> Показатели двухсуточного мониторинга артериального давления у пациентов с хронической болезнью почек 5Д стадии при наличии интрадиализной гипертензии.....	294
<b>ТАВИНЦЕВА В.Л., БАТЮШИН М.М., АБОЯН И.А., КАЛАЙТАНОВА Н.В., КАРТАШЕВА И.В., КОВАЛЬЧЕНКО А.А., ЯРМАЛЮК Ю.Г.</b> Влияние интрадиализной гипертензии на степень ремоделирования сердца у пациентов с хронической болезнью почек 5Д стадии.....	295
<b>ТАНАЕВА Т.А., ИВАНОВ Л.А.</b> Стеатоз поджелудочной железы - так ли он безобиден?.....	296
<b>ТАНЧЕНКО О.А., НАРЫШКИНА С.В.</b> Адипокиновые предикторы развития эндотелиальной дисфункции у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и метаболическим синдромом.....	297
<b>ТАРАКИ Б.М., АДАМОВА И.Г., ФЕДОРОВ И.Г., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., НИКИТИН И.Г.</b> Анализ причин развития острой декомпенсации у пациентов с циррозом печени.....	298
<b>ТАРАСОВА М.Г., ГАГАРИН В.И.</b> Сахарный диабет 2 типа у пожилых в условиях крайнего на примере республики Саха (Якутия).....	299
<b>ТАРАСОВА О.И, КУХАРЕВА Е.И., ПОЛИТИДИС Р.Р., ЖУРАВЛЁВА А.С.</b> Неалкогольная жировая болезнь печени - маркер субклинического поражения почек....	300
<b>ТАРАСОВА О.И., МИНОСЯН И.С.</b> Роль избыточного бактериального роста в тонком кишечнике у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.....	301
<b>ТАЮТИНА Т.В.</b> Диагностическая значимость маркеров экстрацеллюлярного матрикса при развитии и дифференцировке клинических фенотипов ХОБЛ.....	302

<b>ТЕРЕХОВ И.В.</b> Роль мелатонина в регуляции функциональной активности лейкоцитов при ишемической болезни сердца.....	303
<b>ТЕРЕХОВ И.В.</b> Коррекция фагоцитарной активности лейкоцитов у лиц, перенесших пневмонию при использовании дециметровой терапии.....	304
<b>ТЕРЕХОВ И.В., БОНДАРЬ С.С.</b> Оценка эффективности использования блокаторов интерлейкинов или антагонистов их рецепторов в лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов пожилого и старческого возраста.....	305
<b>ТЕРЕХОВ И.В., БОНДАРЬ С.С., ЛОГАТКИНА А.В.</b> Особенности взаимосвязей концентрации инсулина с вазопрессорными факторами у пациентов с артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска.....	306
<b>ТИМОФЕЕВА О.В., СКИБИЦКИЙ В.В., ФЕНДРИКОВА А.В.</b> Динамика эхокардиографических показателей при комбинированной фармакотерапии мужчин в андропаузе с артериальной гипертензией и тревожно-депрессивными расстройствами.....	307
<b>ТИНАЕВА Р.Ш., СКВОРЦОВ В.В.</b> Результаты реабилитации пациентов с постковидной вегетативной дисфункцией при помощи фотоманнитотерапии зеленого спектра.....	308
<b>ТКЕБУЧАВА Т.Э., МАРТЫНОВ А.Ю.</b> Развитие алкогольного поражения сердца у пациентов с хронической алкогольной интоксикацией.....	309
<b>ТОЛСТОКОРОВА Ю.А., НИКУЛИНА С.Ю., ЧЕРНОВА А.А.</b> Ассоциативная роль однонуклеотидного полиморфизма rs692243 гена PRKAG3 на развитие синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта.....	310
<b>ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., КУРЖОС М.Н., БУБМАН Л.И., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ГОЛИМБЕКОВА М.В., МЕЛЬНИКОВА К.Д., КОЛОНТАЙ Т.М., ПИЛЯРОВА М.Х., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.</b> Нарушения углеводного обмена у пациентов с боевыми травмами.....	311
<b>ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., КУРЖОС М.Н., ПИЛЯРОВА М.Х., БУБМАН Л.И., ГОЛИМБЕКОВА М.В., МЕЛЬНИКОВА К.Д., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.</b> Нарушения сердечного ритма и профиль артериального давления у пациентов с боевыми травмами.....	312

<b>ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., РОМАНОВА М.А., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ДОЛОТКАЗИНА Е.Н., ПИЛЯРОВА М.Х., ЕЛИСЕЕВА Т.А., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.</b> Исследование витамина D у пациентов с боевыми травмами и переломами костей конечностей.....	313
<b>ТОРГАШОВ М.Н.</b> Преждевременное старение у лиц с последствиями стрессовых воздействий и хронической болью.....	314
<b>ТРАПЕЗНИКОВА А.А., ХЛЫНОВА О.В.</b> Особенности гемостаза у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени.....	315
<b>ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., КОСИВЦОВА М.А., ТИТАРЕНКО М.Н., ТЫЩЕНКО И.А., ЛОПУШКОВА Ю.Е.</b> Оценка соответствия неалкогольной жировой болезни печени у лиц с нормальной массой тела метаболически ассоциированной жировой болезни печени.....	316
<b>ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., ТЫЩЕНКО И.А., КОСИВЦОВА М.А., ТИТАРЕНКО М.Н., ЛОПУШКОВА Ю.Е.</b> Возможности оценки инсулинорезистентности у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и нормальной массой тела.....	317
<b>ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., ТЫЩЕНКО И.А., КОСИВЦОВА М.А., ТИТАРЕНКО М.Н., ЛОПУШКОВА Ю.Е.</b> Оценка частоты встречаемости и риска прогрессирования фиброза печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и нормальной массой тела.....	318
<b>ТЮРИН А.В.</b> Композиционный состав тела как фактор риска остеопороза.....	319
<b>ТЮРЮПОВ М.С., КРИПАК А.О., НУЯНЗИН В.К., МИТРОФАНОВСКИЙ А.М.</b> Вклад полиморфизмов генов <i>LIPC</i> , <i>LPL</i> в риск развития инфаркта миокарда у пациентов с ИБС.....	320
<b>УБУШАЕВА Д.Ш., САХИН В.Т., РУКАВИЦЫН О.А., КАЗАКОВ С.П., ПРОХОРЧИК А.А., КАЛИНИН А.Г., ГУЛЯЕВ Н.И.</b> Изменения эритроцитарных индексов как возможный фактор прогноза у пациентов с ожоговой травмой.....	321
<b>УБУШАЕВА Д.С., САХИН В.Т., РУКАВИЦЫН О.А., КАЗАКОВ С.П., ПРОХОРЧИК А.А., КАЛИНИН А.Г., ГУЛЯЕВ Н.И.</b> Оценка возможности использования цитоза костного мозга для прогнозирования клинического исхода у пострадавших с ожоговой травмой.....	322
<b>УКЛИСТАЯ Т.А., ПОЛУНИНА О.С., УКЛИСТАЯ Е.А.</b> Полиморфизм гена аполипопротеина E и кардиореспираторная коморбидность.....	323

<b>УРЯСЬЕВ О.М., БЕРСТНЕВА С.В., СОЛОВЬЕВА А.В., НИКИФОРОВ А.А., ЮДИЧЕВ Н.А.</b> Оценка генетических факторов в развитии диабетической нефропатии при сахарном диабете 2 типа в сочетании с первичным гипотиреозом.....	324
<b>УСТИНОВ М.С., МАКОВА Е.В., УСТИНОВА В.М.</b> Компьютерно-томографические и спирометрические параллели при поражении легких новой коронавирусной инфекцией.....	325
<b>ФАБРИЦКАЯ С.В., СТАЦЕНКО М.Е., РЫНДИНА Ю.А.</b> Эпикардальный жир и функциональное состояние почек у больных с хронической сердечной недостаточностью.....	326
<b>ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В.</b> Артериальная гипертензия и дислипидемия в аспекте приверженности лечению у лиц молодого возраста.....	327
<b>ФЕДОРЕНКО А.А., КУРЫШЕВА М.А.</b> Особенности липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца с патологией поджелудочной железы.....	328
<b>ФИЛАТОВА Т.Е., ФИЛИПОВ Е.В. ФИЛЮШИН О.В.</b> Опыт применения эплеренона у пациентов с резистентной артериальной гипертензией и ожирением.....	329
<b>ФОМИНА Л.А.</b> Коморбидное течение неалкогольной жировой болезни печени и остеопороза.....	330
<b>ХЛЫНИН М.С., БАТАЛОВ Р.Е., АРЧАКОВ Е.А., ЭШМАТОВ О.Р., АТАБЕКОВ Т.А.</b> Идиопатическая фибрилляция предсердий, воспаление и эффективность радиочастотной аблации.....	331
<b>ХЛЯМОВ С.В., МАЛЬ Г.С.</b> Особенности вариабельности артериального давления при кардиопротекции бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии.....	332
<b>ХОВАЕВА Я.Б., ПАНЬКОВА А.И., СОБОЛЕВ А.В., КОЗЮКОВА О.В., НАССОНОВА Н.П., ДАНИЛЕВИЧ К.М.</b> Долгосрочные исходы у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от начальной оценки тяжести заболевания.....	333
<b>ХОЛИНА Е.А., ИВАНОВА Л.Н., СИДОРЕНКО Ю.В.</b> Состояние стресс-лимитирующей системы у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с субклиническим гипотиреозом.....	334

<b>ЦИНЗЕРЛИНГ А.Ю., ГАЙДУКОВА И.З., МАЗУРОВ В.И., ИНАМОВА О.В., ПЕТРОВА М.С.</b> Влияние гиперурикемии на коморбидный профиль пациентов со спондилоартритами...	335
<b>ЧАЙКА Н.В., ПОБЕДЕННАЯ Г.П.</b> Центральная гемодинамика и периферическая микрогемоциркуляция при внебольничной пневмонии у больных субклиническим гипотиреозом.....	336
<b>ЧЕРЕПАНОВА В.В., КУРЫШЕВА М.А.</b> Трудности диагностики острой порфирии.....	337
<b>ЧЕРНОВА А.А., НИКУЛИНА С.Ю., КРЮЧКОВА Н.М.</b> Ассоциативная роль полиморфизмов генов FGA, ITGA2, PAI-1 с развитием тромбоза легочной артерии.....	338
<b>ЧЕРНОВА А.А., НИКУЛИНА С.Ю., НИКУЛИН Д.А.</b> Ассоциации полиморфизма rs1132896 гена матриксной металлопротеиназы 2-го типа с развитием острого нарушения мозгового кровообращения.....	339
<b>ЧУЛКОВ В.С., МАРТЫНОВ С.А., ГАВРИЛОВА Е.С., ЭКТОВА Н.А.</b> Метаболические показатели при кардиоренометаболическом синдроме у лиц молодого возраста.....	340
<b>ШАПОВАЛОВА А.Б.</b> Первичная диагностика и инициация терапии постменопаузного остеопороза при длительно компенсированном гипотиреозе.....	341
<b>ШЕВЧЕНКО А.О., ТЮНЯЕВА И.Ю., ЛЫСЕНКО М.М., КОЛОСКОВА Н.Н., ЗАХАРЕВИЧ Н.Ю., ТУРАЕВА В.И.</b> Прогностическая роль неинвазивных маркеров эластичности общей сонной артерии у реципиентов трансплантированного сердца.....	342
<b>ШЕВЦОВА В.И.</b> Кластеры пациентов с хронической сердечной недостаточностью, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи.....	343
<b>ШКЛЯЕВ А.Е., МАКСИМОВ К.В., ШУТОВА А.А.</b> Клиническая эффективность питьевой бальнеотерапии постпрандиального дистресс-синдрома.....	344
<b>ШНЮКОВА Т.В., ШАВКУТА Г.В., ЧЕРКАШИН А.А., СВИРИДКИНА Д.И., РАДЧЕНКО И.А., ЕВТУШЕНКО Б.Е., САВИНА Э.К.</b> Три поколения женщин первой линии родства – дисплазия соединительной ткани и аритмии.....	345

<b>ШОКИНА С.В., СЕРГУНОВА М.И., УЛАНОВА Т.В.</b> Изучение медико-социальных аспектов хронической обструктивной болезни легких....	346
<b>ШПАГИНА Л.А.</b> Современные стратегии контроля табакокурения в профилактике кардиореспираторных заболеваний.....	347
<b>ШУБИНА К.М., НИКИТИН И.Г.</b> Оценка эффективности канаглифлозина у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и неалкогольной жировой болезнью печени.....	348
<b>ШУБИНА К.М., НИКИТИН И.Г.</b> Влияние канаглифлозина на сывороточный уровень растворимой дипептидилпептидазы-4 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и неалкогольной жировой болезнью печени....	349
<b>ШУМАТОВА Н.В.</b> Вклад различных патогенетических механизмов бронхиальной обструкции в прогрессирование дыхательных расстройств при профессиональной патологии лёгких в Пермском крае.....	350
<b>ЩЕМЕЛЕВА Е.В., СКОРОДУМОВА Е.А., ПИВОВАРОВА Л.П., ОСИПОВА И.В., ГОНЧАРОВА О.В.</b> Оценка функции почек у пациентов с острым коронарным синдромом и бессимптомной гиперурикемией.....	351
<b>ЩЕРБИНА Е.С., КЛАДОВИКОВА О.В., ЛАРИНА В.Н.</b> Коморбидность хронической сердечной недостаточности и остеопороза у пациентов пожилого и старческого возраста.....	352
<b>ЭСЕДОВ Э.М., АКБИЕВА Д.С., АХМЕДОВА Ф.Д., АБАСОВА А.С.</b> Содержание провоспалительных цитокинов при хроническом гастрите и язвенной болезни.....	353
<b>КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ</b>	
<b>АКЧУРИНА О.Э., МУХАМЕТОВА Д.Д., БОДРЯГИНА Е.С., ОДИНЦОВА А.Х., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Ультразвуковое исследование мышц для оценки саркопении у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.....	354
<b>БЫРКАНОВА А.А., ВАСИЛЕНКО Е.А., МАКСИМОВА Е.А.</b> Распространенность HLA-B27 и HLA-Cw6 у пациентов с различными ревматическими заболеваниями.....	355

<b>ГАРАЕВА А.Р., ЛАПШИНА С.А., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Особенности течения спондилоартритов у пациентов с МРТ-верифицированными изменениями атлантоаксиальной области.....	356
<b>ГОНЧАРОВ М.В., БЕРНС С.А., МАКСИМОВ С.А.</b> Ассоциации региональных условий проживания и заболеваемости в субъектах Российской Федерации.....	357
<b>ГРЕНАДЕРОВА М.А.</b> Оценка деформации миокарда у постменопаузальных пациенток с хронической сердечной недостаточностью и различной активностью нейрогуморальных факторов...358	358
<b>ГРИГОРЬЕВСКАЯ А.С., РЕЗНИК Е.В., ЯРОВОЙ М.Д.</b> Влияние компонентов кардиоренальнометаболического синдрома на тяжесть течения коронавирусной инфекции COVID-19.....	359
<b>ГУЗЕНКО Д.С., СТАЦЕНКО М.Е.</b> Состояние магистральных артерий и эндотелиальной функции у больных с артериальной гипертонией и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.....	360
<b>ГУЛОВА Ш.Г., КУРНИКОВА И.А., ДАНИЛИНА Н.О., МОХАММЕД Х.Х.А., ЭЛЬСОН А.Р.</b> Оценка вариабельности сердечного ритма у пациентов с ожирением молодого возраста.....	361
<b>ДАНИЛИНА Н.О., КУРНИКОВА И.А., ГУЛОВА Ш.Г., ПАВЛОВ А.Ф.</b> Вегетативный дисбаланс у молодых женщин: взаимосвязь с дисплазией соединительной ткани и психоэмоциональным статусом.....	362
<b>ДЕНИСОВА А.Ю., МЕНЗОРОВ М.В., САХАРОВ В.С., ОЛЕЙНИКОВА А.В., КЕРИМОВА С.Ф.</b> Критерии диагностики острой болезни почек у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.....	363
<b>ДЕНИСОВА А.Ю., МЕНЗОРОВ М.В., САХАРОВ В.С., ОЛЕЙНИКОВА А.В., КЕРИМОВА С.Ф., ДЕНИСОВ О.Н.</b> Острая болезнь почек у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.....	364
<b>ДИЛЬ С.В., ВЫШЛОВ Е.В., БОГДАНОВ Ю.И., СУЛТАНОВ С.М., РЯБОВ В.В.</b> Эффективность и безопасность интракоронарного введения эпинефрина при рефрактерном феномене «no-reflow».....	365
<b>ДОЧКИНА И.С.</b> Функциональная активность у пациентов пожилого и старческого возраста со старческой астенией.....	366

<b>ДУДАРЕВ В.М., ШКЛЯЕВ А.Е., ПАНТЮХИНА А.С. ГАЛИХАНОВА Ю.И.</b> Влияние вейпинга на функциональное состояние верхних отделов пищеварительной системы.....	367
<b>ЕВДОКИМОВ Д.С., ЕВДОКИМОВА Е.Д.</b> Психологические особенности у пациентов с синдромом такоцубо и их влияние на риск развития заболевания.....	368
<b>ЗЕБРОВА А.А., ВАСИЛЕНКО Е.А., МАКСИМОВА Е.А.</b> Диагностика болезни Крона среди пациентов с ревматическими заболеваниями на основании уровня фекального кальпротектина.....	369
<b>ЗЕНКИНА А.Н., ЛАПШИНА Е.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Фенотипы нарушений суточного профиля центрального артериального давления у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и их ассоциации с когнитивным статусом.....	370
<b>ИРКАБАЕВА М.М., МАРТЫНОВ А.Ю.</b> Инфаркт миокарда у молодых пациентов: факторы риска, клиническое течение, прогноз.....	371
<b>ИСАЕВА Т.П., БЕЛОГЛАЗОВА И.П., КАНЕЕВА И.В.</b> Идиопатическая нормотензивная гидроцефалия с триадой Хакима-Адамса в терапевтической практике. Клинический случай.....	372
<b>КАДНИКОВ Л.И.</b> Влияние полиморбидности пациентов с COVID-19 на тромбоцитарное звено системы гемостаза.....	373
<b>КОМИССАРОВА К.В., ДОРОШЕНКО Д.А., ГОРДЕЕВ И.Г., ГОДЗЕНКО А.В.</b> Поражение легких степени КТ-4, вызванное вирусом SARS-CoV-2: результаты отдаленного наблюдения.....	374
<b>КОНТАРЕВА Н.И., ХРУЛЕВА Ю.В., АНДРИАМАНУЭРИ Р.Т., ЕФРЕМОВЦЕВА М.А., КАРАПЕТЯН Л.В., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Ухудшение функции почек после острой декомпенсации сердечной недостаточности: результаты годового амбулаторного наблюдения.....	375
<b>КОСИМОВ О.У., МОРГУНОВ Л.Ю., БАХОДИРОВ Б.Б.</b> Гипергликемия на фоне применения глюкокортикоидов у лиц с гематологическим раком и без установленного диагноза сахарный диабет.....	376
<b>КУЛИКОВ А.Н., МУРАВЬЕВА Н.В., БЕЛОВ Б.С.</b> COVID-19 у пациентов с ревматическими заболеваниями: факторы риска, профилактика.....	377

<b>ЛАПШИНА Е.А., ЗЕНКИНА А.Н., ТРОИЦКАЯ Е.А., КОБАЛАВА Ж.Д., ЛАПШИН А.А., ГАЛОЧКИН С.А.</b> Характеристика застоя и признаков ремоделирования сердца у пациентов с сердечной недостаточностью в зависимости от наличия гиперурикемии.....	378
<b>МАЙОРОВ В.А., МАЙОРОВ А.А., КУРНИКОВА И.А., МЕЛЕШКЕВИЧ Т.А., ЗАВАЛИНА М.А.</b> Оценка влияния структуры и уровня коморбидности у пациентов с пневмонией или COVID-19 на риск развития хронической болезни почек.....	379
<b>МИСАН И.А., АРИШЕВА О.С., ГАРМАШ И.В., КОНТАРЕВА Н.И., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Оценка функционального состояния почек, бессимптомной гиперурикемии и воспалительных изменений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени.....	380
<b>ОБЪЕДКОВ Р.Н.</b> Гиперурикемия «серебряного возраста»: оценка влияния уровня мочевой кислоты сыворотки на основные гериатрические синдромы.....	381
<b>ПРИБЫЛОВ В.С., МАЛЬ Г.С., ПРИБЫЛОВА Н.Н., ЛЕОНИДОВА К.О., ПРИБЫЛОВ С.А.</b> Персонализированная терапия амлодипином/периндоприлом пациентов ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией на фоне эмфизематозного фенотипа хронической обструктивной болезни легких.....	382
<b>ПРИСЕКО Л.Г.</b> Возможности улучшения инструментов прогнозирования кардиоваскулярных заболеваний.....	383
<b>РАКОВСКАЯ Ю.С., ДРОЗДОВА Л.Ю., ДРАПКИНА О.М.</b> Проведение углубленной диспансеризации в России в 2022 и 2023 годах.....	384
<b>РЕБРОВСКАЯ М.М., ЕФРЕМОВА Е.В., ШУТОВ А.М., СЕРЕБРЯКОВА Т.А.</b> Проблема диагностики и контроля артериальной гипертензии у беременных в амбулаторной практике.....	385
<b>РЫЖОВ А.В., МЯКУШИН С.С., ШУТОВ М.В., ВЛАСОВА Т.И.</b> Состояние сосудистой стенки у молодых мужчин с избыточной массой тела.....	386
<b>САВИНА А.Д., ГЕОРГИНОВА О.А., ГАББАСОВА Л.А., КРАСНОВА Т.Н.</b> Валидация анкеты для выявления факторов риска суставного синдрома и связанных с ним состояний.....	387
<b>САМАРИНА Е.И., РОМАЩЕНКО О.В.</b> Характеристика образовательной среды в Ярославском государственном медицинском университете.....	388

<b>СТАНЧУЛЯК А.Е., КРАСНОВА Т.Н.</b> Вклад иммунных и неиммунных механизмов в развитие хронических гломерулонефритов.....	389
<b>СУМОРОКОВА Е.Ю., КИТАЕВА Ю.С.</b> Особенности гормонального профиля и риск снижения минеральной плотности костной ткани у пациентов с лимфомой Ходжкина.....	390
<b>ЦАРЕГОРОДЦЕВА А.А.</b> Мультиморбидность пациентов с лекарственной гиперчувствительностью.....	391
<b>ЧУХАРЕВА К.С.</b> Диагностическая значимость опросника SARC-F для скрининга саркопении.....	392
<b>ЭШМАТОВ О.Р., БАТАЛОВ Р.Е., ХЛЫНИН М.С., АРЧАКОВ Е.А.</b> Антикоагулянтная терапии у пациентов после катетерного лечения предсердных тахикардий (результаты регистра RРАТIT).....	393

## МИОКАРДИАЛЬНЫЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

АБДУЖАББОРОВ Х.М., ДЕЙА А.Р., ТЕРЕЩЕНКО Е.А., ХУЦИШВИЛИ Н.И., КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Метаболический ацидоз у пациентов сахарным диабетом 1 типа (СД) – одна из основных причин экстренной госпитализации и реанимационных мероприятий. Сахарный диабет – утяжеляющий фактор риска сердечно-сосудистых исходов и повреждений миокарда. Ранний метод диагностики и поиск новых методов оценки миокардиального стресса позволит начать раннее вмешательство для снижения уровня сердечно-сосудистых исходов.

**Цель.** Оценить значение NT-proBNP в прогнозировании миокардиального стресса в остром периоде и после стабилизации состояния у больных с метаболическим ацидозом СД 1-го типа.

**Материал и методы.** Пациенты с сахарным диабетом 1 типа в состоянии метаболического ацидоза были включены в данное исследование. В первые сутки проведена оценка кислотно-щелочного состояния, анализы крови на мозговой натрийуретический пептид В (NT-proBNP), рутинные лабораторно-инструментальные обследования, а также повторные анализы крови и инструментальные методы обследования в динамике на 3 сутки и при выписке из стационара в отделении эндокринологии. Пороговыми значениями кислотно-щелочного состояния приняты уровни рН менее 7,3; миокардиального стресса NT-proBNP более 75 пг/мл.

**Результаты.** Обследовано 46 пациентов с СД 1-го типа в состоянии декомпенсации: мужчин 60% (n=28) и женщин 40% (n=18) в возрасте 19–46 лет (средний возраст 29±5 лет). Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям. Пациенты разделены на группы в зависимости от уровня рН, в порядке возрастания степени декомпенсации состояния (А1: рН 7,3-7,25 легкая степень; А2: 7,25-7,0 средняя степень; А3: рН <7,0 тяжелая). У 45% (n=21) больных зафиксированы рН артериальной крови рН 7,3-7,25; 34% (n=15) 7,25-7,0; 21% (n=10) <7,0.

Выявлена положительная корреляционная зависимость между содержанием в сыворотке крови NT-proBNP в зависимости от уровня кислотно-щелочного состояния А2  $r=0.5$  против А3  $r=0.8$  по Пирсону. NT-proBNP А1 медиана 71,5 (25-73 пг/мл), А2 медиана 211 (156-402 пг/мл), А3 медиана 541 (178-1100 пг/мл). В динамике на 3 сутки наблюдалось сохранение высоких уровней NT-proBNP, в группах А2, А3. Зафиксированы NT-proBNP А1 медиана 69 (30-84 пг/мл), А2 медиана 201 (104-235 пг/мл), А3 511 (420-881 пг/мл). При выписке из стационара отмечалось сохранение высокого уровня NT-proBNP в группе NT-proBNP А3 483 (402-778 пг/мл).

**Выводы.** Тяжесть кетоацидоза напрямую коррелирует с уровнем NT-proBNP. Таким образом NT-proBNP является высокочувствительным предиктором миокардиального стресса у больных с СД 1-го типа и необходим для дальнейшего контроля данного показателя с оценкой сердечно-сосудистых исходов.

## ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В СОСТОЯНИИ КЕТОАЦИДОЗА

АБДУЖАББОРОВ Х.М., ДЕЙА А.Р., ТЕРЕЩЕНКО Е.А., ХУЦИШВИЛИ Н.И., КОБАЛАВА Ж.Д.

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД) – фактор риска развития сердечно-сосудистых событий, включая хроническую сердечную недостаточность. Ранние неинвазивные методы диагностики глобальной продольной деформации (ГПД) левого желудочка (ЛЖ) для оценки субклинического повреждения миокарда позволят снизить частоту сердечно-сосудистых исходов у пациентов с декомпенсацией СД 1 типа.

**Цель.** Оценить показатели миокардиальной работы с помощью 2D спекл-трекинг эхокардиографии у пациентов с СД 1-го типа в состоянии кетоацидоза с верифицированным субклиническим повреждением миокарда, по данным уровня NT-proBNP.

**Материал и методы.** Обследовано 46 пациентов с декомпенсированным СД 1 типа (28 мужчин (60%) и 18 женщин (40%)) в возрасте 19–46 лет (средний возраст  $29 \pm 5$  лет). Пациенты обследовались в 1-е сутки в отделении реанимации, в динамике – на 3 сутки в отделении эндокринологии и при выписке из стационара. Выполняли углубленный протокол эхокардиографического обследования, включавший спекл-трекинг глобальной продольной деформации (ГПД/GLS), оценку кислотно-щелочного состояния (КЩС), рутинное обследование. Субклиническое повреждение рассматривали при значении ГПД/GLS менее -20.

**Результаты.** Пациенты разделены на группы в зависимости от уровня КЩС – В1: рН 7,3-7,25 легкая степень; В2: 7,25-7,0 средняя степень; В3: рН <7,0 тяжелая степень. У 45% (n=21) больных зафиксированы рН артериальной крови в пределах 7,3-7,25; у 34% (n=15) – в пределах 7,25-7,0; у 21% (n=10) – <7,0. Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям. На 1 сутки у пациентов ГПД составила более [-20] в группе В1 – медиана [-21,3] ( $21,5 \pm 1,2$ ), в группе В2 – медиана [-18,4] ( $18,3 \pm 1,2$ ), в группе В3 – медиана [-18,1] ( $18,1 \pm 1,2$ ). В динамике на 3 сутки наблюдался прирост ГПД [-0.2] у пациентов в группе В1 – медиана [-21,4] ( $21,2 \pm 2,23$ ); в группе В2 (прирост ГПД [-0.1]) – медиана [-18,5] ( $18,23 \pm 1,3$ ), в группе В3 (прирост ГПД [-0.1]) – медиана [-18,2] ( $18,23 \pm 1,3$ ). При выписке из стационара медиана ГПД в группе В1 составила [-21,5] ( $21,6 \pm 2$ ); в группе В2 – [-20,5] ( $19,5 \pm 1,2$ ); в группе В3 сохранялось значение ГПД менее [-20] – медиана [-18,25] ( $18,5 \pm 1,2$ ).

**Выводы.** ГПД ЛЖ – эхокардиографический метод оценки систолической функции ЛЖ, способный выявлять незначительные отклонения в сокращении ЛЖ даже при сохраненной фракции выброса, возможно рассматривать как маркер субклинического повреждения и оценки работы миокарда у пациентов с декомпенсированным СД 1 типа.

## **О ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., УЗОКОВ Ж.К., ОРЗИЕВ Д.З., КУРМАЕВА Д.Н.  
РСНПМЦТ и МР РУз, г. Ташкент, Узбекистан  
ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценка эффективности лечения и реабилитации больных коронарной болезнью сердца (КБС) после стентирования коронарных артерий (СКА).

**Материал и методы.** 38 пациентов КБС, стабильной стенокардией напряжения (СС) III и IV функциональных классов (ФК) после планового СКА на фоне базисной терапии занимались лечебной физкультурой (ЛФК) с учётом толерантности к физическим нагрузкам. Исходно и через 6 месяцев изучали агрегацию тромбоцитов, холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой плотности (ХСЛПНП), триглицериды (ТГ), полиморфизм генов CYP2C19\*2 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), жизнеспособность миокарда. Базисное лечение включало статины, антиагреганты,  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ.

**Результаты.** Под влиянием лечения выявлено уменьшение ХС до  $4,83 \pm 0,21$ , ХСЛПНП до  $2,3 \pm 0,18$ , ТГ до  $1,55 \pm 0,12$  ммоль/л и увеличение ХСЛПВП до  $1,18 \pm 0,04$  ммоль/л. До СКА наблюдали высокие значения агрегации тромбоцитов и сниженные параметры систолической функции левого желудочка (ЛЖ), которые были более выражены при СС IV ФК. В динамике показатели улучшились: фракция выброса (ФВ) ЛЖ – 62,5%; масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) 181,5 г; толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ) – 1,05 см; толщина межжелудочковой перегородки 1,05 см; конечно-диастолический размер ЛЖ 4,9 см; конечно-диастолический объем (КДО) – 119 мл; конечно-систолический объем (КСО) 49,5 мл; ударный объем (УО) 77,5 мл. В конце наблюдения улучшились показатели ФВ, ММЛЖ, ТЗЛЖ, КДО и УО. В зависимости от генотипов изученных генов уменьшали или увеличивали дозы статина и антиагреганта. К концу наблюдения у больных, занимавшихся ЛФК второй степенью нагрузки, увеличились двигательные возможности, нормализовались частота дыхания и сердечных сокращений, увеличилась пороговая нагрузка с 51 до 100 Вт и положительной динамики дыхательных проб. У больных, получавших ЛФК по третьей степени нагрузки, наблюдалось умеренное увеличение двигательных возможностей, ослабление одышки при быстром подъеме по лестнице с 2 до 1 баллов. Увеличилась пороговая нагрузка с 101 до 150 Вт. Намного улучшились показатели пробы Генча (до 22 сек) и пробы Штанге (40 сек). Побочных эффектов и осложнений не наблюдали.

**Вывод.** Оценка жизнеспособности миокарда, назначение препаратов с учетом фармакогенетических исследований и индивидуализированный подход к физическим нагрузкам у больных КБС, подвергшихся СКА, повышают эффективность лечения и реабилитации.

## РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОЦЕНКА БОЛИ И МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ

АБОЛЁШИНА А.В., ЗОТКИН Е.Г., МОВСЕСЯН А.А., МОЛОВА К.М., МАКОЕВА М.А., КОВАЛЕНКО П.С.

*ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Ревматоидный артрит (РА) с началом в пожилом возрасте отличается от РА с началом в более раннем возрасте клиническими проявлениями, течением, активностью, ответом на терапию и исходом. Распространенность сопутствующих заболеваний среди пациентов с поздним началом РА выше, чем в общей популяции пожилых людей. По оценке боли, у пожилых пациентов с РА получены различные данные: показатели боли могут быть связаны с депрессией и когнитивными нарушениями; несмотря на худшие результаты НАQ и функциональный статус, могут наблюдаться низкие показатели боли; уровень боли может не отличаться между сравниваемыми группами пожилых пациентов.

**Цель.** Оценить интенсивность боли и структуру мультиморбидности у пациентов с поздним началом РА.

**Материал и методы.** В исследование включено 90 пациентов старше 60 лет с диагнозом РА. Группа №1 - пациенты с ранее диагностированным и длительно текущим РА, n=38. Группа №2 - пациенты с поздним началом РА, длительностью заболевания до 3 лет, n=52. Интенсивность боли оценивали по ВАШ (мм), мультиморбидность - по данным медицинской документации и стандартного обследования.

**Результаты.** Пациенты с поздним началом РА имели более низкую интенсивность боли, чем пациенты с длительным РА (60 [50-70] в группе 1, 50 [30-60] в группе 2 соответственно,  $p=0,02$ ). Асептический некроз чаще наблюдался у пациентов 1-й группы (31,5% против 9,6%,  $p=0,019$ ), как и гиперлипидемия (86,8% против 61,5%,  $p=0,009$ ). Пациенты 2 группы с ВАШ >40 мм чаще имели нарушения сердечного ритма (29,4% против 0,  $p=0,011$ ) и реже - онкологические заболевания (5,9% против 33,3%,  $p=0,011$ ).

**Выводы.** Пациенты с поздним началом РА имели более низкую интенсивность боли, чем пациенты с длительно текущим РА. Асептический некроз и гиперлипидемия достоверно чаще выявлялись в 1 группе пациентов. Интенсивная боль ассоциировалась с нарушениями ритма во 2 группе пациентов, а наличие онкологического заболевания было связано с меньшей интенсивностью боли ( $VAS < 40$  мм).

## ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ SARS-COV-2

АБУЛДИНОВА О.А.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, РФ

**Актуальность.** Новая коронавирусная инфекция – одна из актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Постковидный синдром значительно влияет на качество жизни пациентов, что подчеркивает необходимость поиска эффективных методов прогнозирования, диагностики и лечения.

**Цель.** Создание прогностической модели в развитии постковидного синдрома у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2.

**Материал и методы.** Объект исследования: 60 человек с постковидным синдромом. Выявление предикторов развития постковидного синдрома у пациентов проводилось с помощью дискриминантного и ROC анализа.

**Результаты.** Были отобраны три параметра, максимально характеризующие возможные дискриминации совокупности между исследуемыми группами: параметр микроциркуляции в первые 72 часа от начала заболевания (ПМ), застойно-стазический тип гемодинамики через 2 недели от начала заболевания (ЗСТГ), тип пульсовой кривой А через 2 недели от начала заболевания (ТПКА) –  $p < 0,001$ . Дискриминантная функция, построенная согласно вычисленным коэффициентам:  $F = 90,856 - 24,036 \times \text{ПМ} + 1,255 \times \text{ЗСТГ} + 0,847 \times \text{ТПКА}$ , где 90,856 – константа. Дальнейший анализ показал, что переменная ЗСТГ вносит наибольший вклад в дискриминацию совокупностей канонической функции. Расчёты, выполненные с помощью ROC-анализа, подтвердили возможность использования переменных ПМ, ЗСТГ, ТПКА в качестве предикторов развития постковидного синдрома. Выявлена выраженная связь развития постковидного синдрома с показателями периферической микроциркуляции равными и превышающими пороговые значения для ПМ, ЗСТГ и ТПКА ( $\chi^2=566,848$ ,  $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Таким образом, продемонстрирована возможность использования показателей периферической микроциркуляции для выделения групп риска развития постковидного синдрома.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

АБЫЗОВ А.С., АБЫЗОВА Е.А.

*ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова»,*

*г. Чебоксары, РФ*

*БУ "Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины" г. Чебоксары, РФ*

**Цель.** Оценить распространенность, заболеваемость, клиническое течение рассеянного склероза на территории Чувашской Республики.

**Материал и методы.** В ходе исследования проанализированы 387 случаев рассеянного склероза (РС) на территории Чувашской Республики, состоящих на учете на 2023 г. Для оценки состояния пациентов была использована расширенная шкала статуса инвалидизации пациента EDSS.

**Результаты.** Распространенность РС по Чувашской Республике составила 28,5 случаев на 100 000 населения, среди них 72% женщин, 28% мужчин, что несколько ниже, чем в среднем по Российской Федерации. Впервые выявленных пациентов с РС - 5%. Наиболее высокие показатели распространенности РС выявлены в Красночетайском (36,4%), Порецком (49,5%) и Шумерлинском (39,7%) районах.

Средний возраст пациентов на момент установки диагноза составил 42,4 года (у мужчин – 39,8 лет, у женщин – 43,4 года).

Инвалидность установлена у 25% больных, из них инвалиды I группы - 3%, II группы – 9%, III группы – 13%, сохранили трудоспособность – 75%.

У 88,4% больных преобладало ремитирующее течение заболевания, 9% имели вторично-прогрессирующее течение, 2,1% - ремитирующе-прогрессирующее течение.

Степень инвалидизации оценивалась по шкале EDSS. 80,6% пациентов сохранили способность самостоятельной ходьбы (1 до 5,5 баллов), 15% – ходьба с поддержкой (6-6,5 баллов), 3,9% - прикованы к креслу-коляске (7-8 баллов) и 0,5% - прикованы к постели (8,5-9,5 баллов). Так же учитывался показатель «скорость прогрессирования», который рассчитывается как деление показателя инвалидизации по оценочной шкале EDSS на продолжительность болезни в годах. Медленный темп прогрессирования отмечен в 26% случаев, умеренный темп у 55% пациентов, быстрый темп – 19% случаев. Средняя скорость прогрессирования составила 0,57 баллов в год, что относится к умеренному темпу.

Подавляющее большинство пациентов (79,4%) получали препараты 1 линии терапии, 10,9% пациентов - препараты 2 линии терапии.

**Выводы.** Таким образом, распространенность данного заболевания в Чувашской Республике несколько ниже, чем по Российской Федерации. В клинической картине РС характерно преобладание ремитирующего течения заболевания.

## **ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ**

АВETИСЯН Г.Р., АНИЧКОВ Д.А., КЛИМЕНКО А.А.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Оценить факторы сердечно-сосудистого риска у больных системной склеродермией (ССД) и сопоставить с клинической характеристикой заболевания.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 38 пациентов с ССД. Критерии включения: женский пол, возраст 18-65 лет, установленный диагноз ССД (по критериям ACR/EULAR 2013), информированное согласие пациента. Критерии исключения: документированная/симптоматическая ИБС, ХСН III-IV ФК, периферический атеросклероз (с клиническими проявлениями), фибрилляция предсердий и другие гемодинамически значимые аритмии, нарушение мозгового кровообращения, полинейропатия, сахарный диабет 1 или 2 типа, заболевание щитовидной железы с нарушением ее функции, прием бета-адреноблокаторов. Всем пациентам проводилось стандартное физикальное обследование, сбор жалоб и анамнеза, оценка лабораторных показателей (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, глюкоза, мочевая кислота). У пациентов оценивали 10-летний риск фатальных или нефатальных ССЗ по шкале SCORE2 с коэффициентом 1,5. Статистическая обработка осуществлялась с применением программы STATISTICA 6.0.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 55 лет [47,3; 59,8]. Продолжительность заболевания (с момента установки диагноза) – 9,0 лет [2,0; 8;0]. У 9 (23,7%) пациентов – диффузная форма, у 29 (76,3%) – лимитированная форма заболевания. ИМТ пациентов составил 24,3 [22,3; 27,3] кг/м<sup>2</sup>, ОТ – 83,0±10,5 см, индекс талия/бедро – 0,8±0,1. Лабораторные показатели: общий холестерин – 5,53±1,27 ммоль/л, ЛПНП – 3,21±0,88 ммоль/л, ЛПВП – 1,68±0,51 ммоль/л, триглицериды – 1,19 [0,80; 1,79] ммоль/л, глюкоза – 4,62±0,71 ммоль/л, мочевая кислота – 248,2±66,2 ммоль/л. При оценке 10-летнего риска фатальных или нефатальных ССЗ по шкале SCORE2 с коэффициентом 1,5 1 пациентка (3,0%) отнесена к категории низкого риска, 11 (33,3%) – умеренного, 21 (63,6%) – высокого риска. У пациенток с диффузной формой ССД наблюдались более высокие значения ИМТ, индекса талии/бедро ( $p < 0,05$ ). У пациенток с диффузной формой ССД более низкие значения уровня ЛПВП ( $p < 0,05$ ). По остальным параметрам и значению SCORE2 различий не получено.

**Вывод.** *При системной склеродермии необходима тщательная оценка традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.*

## САРКОПЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

АДАМОВА И.Г., ТАРАКИ Б.М., ПШЕННИКОВА И.Г., ФЕДОРОВ И.Г.,  
ИЛЬЧЕНКО Л.Ю.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, РФ*  
*ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ», Москва, РФ*

**Цель.** Установить частоту и выраженность саркопении у пациентов с жировой болезнью печени (ЖБП) на стадии цирроза (ЦП).

**Материал и методы.** В исследование включены 37 пациентов (19 мужчин и 18 женщин) с ЖБП (МАЗБП – 1, АБП – 20, МетАБП – 16); средний возраст - 51,4±11,0 года. При комплексном клинико-лабораторном и инструментальном обследовании установлен диагноз ЦП. Дополнительно были выполнены кистевая динамометрия, биоимпедансометрия, денситометрия поясничного отдела позвоночника, определение аммиака в капиллярной и витамина D - в сыворотке крови. Мышечная функция оценивалась с помощью опросников SARC-F и SPPB, а мышечная масса - по индексу аппендикулярной скелетно-мышечной ткани (ИАСМ).

**Результаты.** Среди обследованных женщин в сравнении с лицами мужского пола выявлено выраженное уменьшение мышечной массы и мышечной силы, а также более значимое превышение уровня аммиака. ИАСМ составил 6,1 кг и 5,5 кг у женщин и мужчин соответственно ( $N > 5,5 \text{ кг/м}^2$  для женщин и  $> 7 \text{ кг/м}^2$  для мужчин). У 9 женщин и у 14 мужчин зарегистрировано снижение мышечной массы (пресаркопения). При динамометрии сила сжатия достигала 4-20 кг и 10-40 кг у женщин и мужчин соответственно. У 7/9 женщин и у 9/14 мужчин также выявлено снижение мышечной силы (саркопения), а у 2 женщин – тяжелая саркопения. Вместе с тем оказалось, что женщины менее подвержены снижению минеральной плотности костной ткани, что коррелировало с более высоким уровнем витамина D. По данным денситометрии, у 3 пациенток и 2 пациентов установлена преостеопения, а у 10 женщин и 15 мужчин - остеопения. Средний уровень витамина D составил 10,5 нг/мл и 7,3 ( $N > 30$ ) нг/мл, аммиака – 202 мкмоль/л и 182,8 мкмоль/л ( $N < 60$ ) у женщин и у мужчин соответственно.

**Выводы.** У пациентов, наблюдавшихся в стационаре с ЖБП на стадии ЦП, установлена высокая выявляемость пре- и саркопении. Это исследование демонстрирует необходимость разработки методов раннего выявления и лечения саркопении как одного из серьезных осложнений ЖБП.

## РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОЛИХОНДРИТ: НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ

АКСЕНОВА А.В., ДИОМИДОВА В.Н., ЖУРАВЛЕВА Н.В., ПУШКИНА Н.С.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ

БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, РФ

БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, РФ

**Введение.** Рецидивирующий полихондрит (РП) – редкое системное прогрессирующее иммуноопосредованное заболевание. Нет разработанных клинических рекомендаций по лечению РП, необходимо проведение рандомизированных клинических исследований для создания доказательных клинических рекомендаций по лечению этого заболевания.

**Описание случая.** Пациент В. 57 лет, в апреле 2022 г. обратился к терапевту с жалобами на боли и покраснение ушных раковин, изменение формы спинки носа, появление приступов затрудненного дыхания, эпизоды повышения температуры тела (до 38 °С), скованность в суставах кистей. Наследственность по аллергическим и аутоиммунным заболеваниям не отягощена. В сентябре 2022 г. впервые направлен на консультацию к ревматологу для уточнения диагноза и назначения лечения. По результатам анализов: СОЭ до 47 мм/час, С-реактивный белок 30,3 мг/л, антитела (АТ) к циклическому цитруллиновому пептиду 8,0 ед., иммуноблот – отрицательный, АТ к миелопероксидазе – 4,22 RU/ml, АТ к протеиназе – 33,1 RU/ml, ревматоидный фактор 11 ЕД/л; спирометрия: нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу. На основании критериев McAdam выставлен диагноз: рецидивирующий полихондрит с системными проявлениями: билатеральный хондрит ушных раковин, хондрит носовой перегородки, серонегативный артрит, конституционные симптомы (лихорадка), синдром бронхиальной обструкции. Назначен прием преднизолона 30 мг/сут., нестероидные противовоспалительные препараты при болях; инициирована терапия метотрексатом [15 мг/нед. до 20 мг/нед] внутримышечно. На дозе метотрексата 20 мг/нед. возникали эпизоды опоясывающего герпеса. В июле 2023 г. пациент направлен в ФГБНУ НИИР имени В.А. Насоновой для коррекции лечения. Комиссия по терапии генно-инженерно-биологических препаратов (ГИБП) вынесла заключение о том, что назначение метотрексата не влияло на течение заболевания, поэтому он был отменен. К лечению добавлен дапсон 50 мг 2 р/сут., рекомендовано продолжить прием преднизолона 20 мг/сут. На фоне приема дапсона активности РП не отмечалось. Через 3 месяца пациент самостоятельно отменил дапсон из-за появления заложенности в ушах, головокружения.

В ноябре 2023 г. проконсультирован ревматологом в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, к лечению добавлен азатиоприн 150 мг/сут и продолжен преднизолон 20 мг/сут. В мае 2024 г. по данным рентгеноденситометрии, выявлены признаки остеопении. Но при попытке снижения преднизолона до 15 мг/сут на фоне приема азатиоприна, отмечались обострения РП. Пациент направлен на повторную госпитализацию для решения вопроса о назначении ГИБП в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

**Заключение.** Рассмотрены сложности диагностики и подбора терапии при лечении рецидивирующего полихондрита.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТОФАЦИТИНИБА В ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

АКСЕНОВА А.В., ЖУРАВЛЕВА Н.В., ДИОМИДОВА В.Н.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашской Республики,*

*г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашской Республики,*

*г. Чебоксары, РФ*

**Описание случая.** Пациентка 2007 г.р. в апреле 2022 г. после перенесенной ОРВИ с лихорадкой отметила появление припухлости в проксимальных межфалангеальных суставах кистей и стоп. Госпитализирована в детское ревматологическое отделение по месту жительства, проведены обследования: ревматоидный фактор (РФ) 51,7 МЕ/мл (норма <14 МЕ/мл). МРТ коленных суставов - умеренный синовит справа, незначительный слева. Рентгенография кистей - околоуставной остеопороз пястно-фаланговых суставов и запястно-пястных сочленений, УЗИ коленных суставов – признаки синовита.

В анализах крови: СОЭ 44 мм, СРБ 23 мг/л, АЦЦП 213 ед/л. УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено. МРТ дистальных отделов стоп-МР картина эрозивного артрита 4-го и 5-го плюснефаланговых суставов. Выставлен клинический диагноз «Ювенильный ревматоидный артрит» (ЮРА). Инициирована терапия метотрексатом 15 мг/неделю с эскалацией дозы до 20 мг в неделю подкожно; нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – по требованию. На фоне базисной терапии сохранялась высокая лабораторная активность. В феврале 2023 г. назначен второй базисный препарат лефлуномид 20 мг/сутки. Однако, сохранялась место высокая лабораторная активность (СОЭ 45 мм/ч, СРБ 15 мг/л) с формированием контрактур суставов кистей, стоп.

Для обсуждения лечебной тактики в июне 2023 г. направлена в детское отделение ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. С учетом прогрессирования деструктивных изменений по данным МРТ кистей (МР-признаки эрозивные изменения головки II пястной кости; незначительно выраженное увеличение количества свободной жидкости в полости межзапястных; запястно-пястных; I, II, IV проксимальных межфалангеальных суставов), принято решение об интенсификации терапии с включением в схему лечения ингибитора янус-киназ - тофацитиниба в дозе 5 мг 2 раза в сутки. Рекомендовано наблюдение фтизиатра (диаскин-тест, реакция Манту, рентгенограмма органов грудной клетки - 2 раза в год) на фоне приема данного препарата.

На фоне лечения через 1,5 месяца отмечена положительная клинико-лабораторная динамика не стало болей в суставах, объем движений в суставах полный. На сегодняшний день активности ЮРА нет, движения в полном объеме. Токсического влияния тофацитиниба не зарегистрировано.

**Заключение.** *Отмечена эффективность и безопасность тофацитиниба при длительном применении у пациентки с ЮРА.*

## ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМЕНОВ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АЛ АУТАИРИ А., МОИСЕЕВА А.Ю., КОТОВА Е.О., ГАЛОЧКИН С.А.,  
КОБАЛАВА Ж.Д.

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Цель.** Оценить домены синдрома старческой астении (ССА) у госпитализированных пациентов с сердечной недостаточностью (СН).

**Материал и методы.** Включено 150 пациентов старше 75 лет, госпитализированных в стационар по поводу декомпенсации СН. Для оценки ССА применялся опросник «Возраст не помеха». Определялся клинический домен (индекс Чарлсона, NYHA, краткая шкала оценки питания), функциональный домен (индекс Бартел), психокогнитивный домен (Монреальская шкала оценки когнитивных функций – МоСА, гериатрическая шкала депрессии), социальный домен (семейный статус, жилищные условия, образование).

**Результаты.** ССА наблюдался у 55,3% (n=83) госпитализированных пациентов старческого возраста с СН, преастения – у 38,0% (n=57). Медиана [IQR] возраста составила 83,0 [78,0-86,7] года, 62% (n=93) женщины. Клинический домен: пациенты характеризовались высокой коморбидностью (индекс Чарлсона –  $8,6 \pm 1,6$  баллов) и высокой распространенностью мальнутриции 92,0% (n=138). У 90,7% (n=136) пациентов наблюдался III–IV функциональный класс по NYHA. Функциональный домен: у 60,0% (n=90) пациентов наблюдалась полная/выраженная зависимость от посторонней помощи, которая чаще отмечалась при сопутствующем ССА, чем у пациентов без ССА – 69,9% против 30,1%,  $p < 0,05$ , соответственно. Психокогнитивный домен: когнитивные нарушения наблюдались у 93,3% (n=140) пациентов (средний балл МоСА –  $16,6 \pm 4,9$ ). Более тяжелая когнитивная дисфункция наблюдалась при ССА, чем без ССА –  $15,3 \pm 4,6$  против  $18,1 \pm 4,7$ ,  $p < 0,05$ , соответственно. У 66,7% (n=100) пациентов отмечалась депрессия. Социальный домен: 54,7% (n=82) пациентов живут одни, 5,3% (n=8) – в доме престарелых. 60,0% (n=90) пациентов не состоят в браке, 60,6% (n=91) имеют среднее образование, 36,7% (n=55) – высшее. При проведении логистической регрессии наиболее значимыми предикторами ССА оказались: III–IV функциональный класс по NYHA (ОШ 5,6, 95% ДИ 1,4–22,9,  $p < 0,05$ ), выраженная/полная зависимость от посторонней помощи (ОШ 4,7, 95% ДИ 2,0–10,8,  $p < 0,05$ ), каждый балл по МоСА уменьшал вероятность ССА на 10%.

**Выводы.** Более половины госпитализированных пациентов старческого возраста с СН имели ССА. Доменный подход в ведении таких пациентов необходим для выявления уязвимых компонентов, требующих контроля для оптимизации лечения.

## **БУДЕСОНИД ММХ: МОНОТЕРАПИЯ И КОМБИНАЦИЯ С МЕСАЛАЗИНОМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ (СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

АЛЕКСЕЕВА А.А., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

ООО «Клиника семейного врача +», г. Нижний Новгород, РФ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ

**Цель.** Изучить лечение язвенного колита (ЯК) монотерапией будесонидом ММХ и комбинированной терапией будесонидом ММХ с месалазином путем сравнения зависимости «доза-эффект».

**Материал и методы.** В исследование включен 41 пациент с активным ЯК средней тяжести, у которых предшествующая терапия месалазином была неэффективна. Пациенты разделены на 2 группы: первой группе (20 пациентов) назначена монотерапия будесонидом ММХ в стандартной дозе 9 мг в день, месалазин был отменен; второй группе (21 пациент) - будесонид ММХ в дозе 9 мг был добавлен к месалазину в дозе 3 г перорально. Продолжительность лечения в обеих группах составила 8 недель. Исходная степень тяжести ЯК и последующая эффективность лечения оценивались по полному количественному индексу активности Мейо. Конечной точкой исследования было достижение клинко-эндоскопической ремиссии со значением индекса Мейо 0-1. Построение зависимости «доза-эффект» (функции эффективности) проводилось по оригинальной технологии, разработанной С.В. Криштопенко и соавт. с расчетом дозы будесонида в мг на 1 кг массы тела пациента.

**Результаты.** В первой группе клинко-эндоскопическая ремиссия на момент окончания курса терапии была достигнута у 40,0% больных, во второй группе – у 57,1% лиц. Увеличение частоты достижения клинко-эндоскопической ремиссии в группе комбинированной терапии составило 17,1%, но не достигло статистической значимости ( $p > 0,05$ ). Построение и анализ функций эффективности в обеих группах позволил установить, что эффективность терапии зависела от массы тела пациентов, при этом при комбинированной терапии эффективность терапии была выше во всем диапазоне доз, но достоверно увеличение на 19,1% зарегистрировано только у больных с массой тела 82 и более кг.

**Вывод.** *Полученные данные свидетельствуют о большей пользе лечения будесонидом ММХ в комбинации с месалазином, а не в качестве монотерапии.*

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ

АЛИАХУНОВА М.Ю.

ГУ «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации Республики Узбекистан»,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить клинико-иммунологические взаимосвязи у больных реактивным артритом (РеА) хламидийной и постэнтероколитической этиологии.

**Материал и методы.** У 50 пациентов диагноз был верифицирован с использованием критериев, предложенных Э.Р. Агабабовой (2003 г.). Среди больных было 18 женщин и 20 мужчин. Средний возраст составил  $31,2 \pm 1,1$  года, средняя длительность заболевания -  $20,4 \pm 3,5$  месяца. 60,0% составили пациенты с хламидийным РеА, постэнтероколитический РеА был у 40,0% больных. Оценка суставного синдрома включала боль, скованность, подсчет болезненных и припухших суставов и суставного индекса Ritchie. Лабораторные методы включали анализ крови, определение содержания общего белка и белковых фракций, трансаминаз, креатинина, СРБ и иммуноглобулинов класса А, М и G,  $CD3^+$ -,  $CD4^+$ -,  $CD8^+$ -Т-лимфоцитов и  $CD19^+$ -В-лимфоцитов и уровней цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-4, ИЛ-6, ИФ- $\gamma$ , ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1Ra) в крови. Инструментальные методы включали рентгенографию суставов и крестцово-подвздошных сочленений, УЗИ суставов и ЭКГ.

**Результаты.** У 11 больных РеА с I степенью активности клинические симптомы заболевания были слабо выражены. При рентгенографии коленных суставов у 20,0% больных выявлены единичные кистовидные просветления в области эпифизов большеберцовых костей, у 40 (80,0%) изменений не обнаружено. Вместе с тем, при УЗИ суставов у 18 больных выявлялись признаки синовита. У 50,0% определялись признаки сакроилиита. У больных урогенитальным РеА наблюдалось повышение общего количества лимфоцитов в периферической крови и их субпопуляций ( $CD3^+$ ,  $CD4^+$ ,  $CD8^+$ -Т-лимфоцитов). Наблюдалось повышение содержания ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$  и снижение ИЛ-4 и ИЛ-1Ra в сыворотке крови по сравнению с группой здоровых доноров. Содержание IgG в крови больных РеА коррелирует со степенью активности, а его высокий уровень является фактором риска хронизации заболевания.

**Выводы.** У больных урогенитальным РеА с наличием хламидийной инфекции наблюдается достоверное повышение общего количества лимфоцитов периферической крови и отдельных их субпопуляций  $CD3^+$ ,  $CD4^+$ ,  $CD8^+$ -Т-лимфоцитов, что свидетельствует об активации Т-клеточного звена иммунитета, также наблюдалось повышение ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$  и снижение ИЛ-4 и ИЛ-1Ra в сыворотке крови по сравнению с группой доноров, что свидетельствует о провоспалительном характере цитокинового профиля при этом заболевании.

## ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ПРИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

АЛИАХУНОВА М.Ю.

ГУ «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации Республики Узбекистан»,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение нервно-мышечного аппарата у больных с анкилозирующим спондилитом (АС).

**Материал и методы.** В исследование было включено 30 больных с диагнозом АС. Средний возраст составил  $36 \pm 3$  года. Продолжительность болезни  $9 \pm 3$  лет. Диагноз был верифицирован по модифицированным Нью-Йоркским критериям. Затем определяли максимально произвольное мышечное сокращение (maximal voluntary contraction - MVC) при локтевом сгибании, отведении большого пальца кисти, тыльном сгибании стопы, подошвенном сгибании стопы с обеих сторон. Соответственно ЭМГ активность регистрировали в m. biceps brachii, m. abductor pollicis brevis, m. tibialis anterior, m. gastrocnemius, m. serratus на электромиографе «Synapsis методом накожного отведения в термонейтральных условиях. Проводилась стимуляционная электромиография с определением скорости проведения импульсов (СПИ) по проксимальным и дистальным участкам моторных волокон верхних и нижних конечностей. Определялась амплитуда вызванных М-ответов (мВ).

**Результаты.** У 20 больных отмечалось повышение амплитуды биопотенциалов прямых мышц спины, рефлекторная тоническая активность. Патологической спонтанной активности во всех мышцах выявлено не было. У 10 больных по передним большеберцовым мышцам отмечалось снижение амплитуды биопотенциалов и составила 0,87 мВ. При максимальном мышечном напряжении в икроножных мышцах у 14 больных отмечалось умеренное снижение амплитуды биопотенциалов и составило 0,75 мВ. По проксимальным мышцам верхних и нижних конечностей амплитуда оказалась в пределах нормы и составила 3,02 мВ и 3,25 мВ, соответственно. При проведении стимуляционной ЭМГ по моторным волокнам дистальных и проксимальных участков отмечалась нормальная СПИ у 16 больных и составила в среднем 42,7 м/с с нервов нижних конечностей и 55,2 м/с с нервов верхних конечностей. Амплитуда М-ответов по моторным волокнам малоберцовых и большеберцовых нервов с двух сторон была 7,48 мВ и 8,02 мВ, соответственно. По моторным волокнам срединных и локтевых нервов с обеих сторон регистрировалась следующая амплитуда М-ответов – 12,5 мВ и 13,45 мВ, соответственно.

**Вывод.** У большей группы больных с АС отмечались изменения в мышцах спины, характерные рефлекторного мышечного болевого спазма, вторичные дистрофические изменения дистальных мышц нижних конечностей функционального характера, особенно выраженные на поздних стадиях болезни.

## ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АЛИЕВА Л.Х., ИЛЬЯСОВА Щ.М., АЗИЗОВА Х.Ш., РЕЗНИК Е.В.  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Тревога и депрессия широко распространены среди пациентов с сердечной недостаточностью (СН), влияют на качество жизни, снижают приверженность к терапии, ухудшают прогноз. В практике скрининг на эти состояния проводится редко, психоэмоциональный статус пациентов с СН остается малоизученным.

**Цель.** Определить частоту встречаемости тревоги и депрессии у пациентов с СН, выявить особенности этих состояний и их взаимосвязь с клинической симптоматикой.

**Материал и методы.** У 83 пациентов, госпитализированных по поводу СН (35 (42,2%) женщин, 48 (57,8%) мужчин), Медиана возраста 73 [Q1-Q3, 67-82] года, проведена оценка когнитивных функций по шкале Mini-Mental State Examination (MMSE), депрессии и тревоги — по шкале HADS, коморбидности с помощью индекса Чарльсон. Ишемическая болезнь сердца в анамнезе диагностирована у 32 (38,6%), артериальная гипертензия – у 75 (90,4%), сахарный диабет 2 типа – у 32 (38,6%), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – у 23 (27,7%) пациентов (100% мужчины).

**Результаты.** По шкале HADS, тревога встречалась у 58 (69,9%) пациентов: у 29 (82,9%) женщин, у 29 (60,4%) мужчин ( $p=0,024$ ), умеренная степень – у 43 (51,8%), выраженная – у 15 (18,1%) пациентов. У пациентов с тревогой индекс коморбидности Чарльсон был выше – 7 [6-9] баллов, чем у пациентов без диагностированной тревоги – 6 [5-6] баллов ( $p=0,001$ ). Пациенты с тревогой по данным MMSE имели меньшее количество баллов – 16 [15-20] по сравнению с пациентами без диагностированной тревоги – 21 [18-25] балл ( $p=0,001$ ). По шкале HADS, депрессия встречалась у 68 (81,9%) пациентов: умеренная степень – у 28 (33,7%), тяжелая – у 40 (48,2%) пациентов, из них у 32 (91,4%) женщин и 36 (75,0%) мужчин ( $p=0,048$ ). Депрессия чаще диагностировалась у пациентов с выраженными когнитивными нарушениями по данным MMSE. Пациенты с депрессией имели более высокий индекс коморбидности Чарльсон, чем без депрессии ( $p=0,003$ ). У 22 (95,7%) пациентов с ОНМК в анамнезе выявлена депрессия ( $p=0,037$ ).

**Выводы.** У большинства пациентов с СН, особенно женщин, имеются тревога и депрессия, которые требуют своевременной диагностики. Скрининг и коррекция психоэмоциональных нарушений могут улучшить течение заболевания и прогноз при СН.

## ГИПЕРАММОНИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АЛИЕВА Л.Х., РЕЗНИК Е.В.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

*ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ», г. Москва, РФ*

*ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ», г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Гипераммониемия (ГАМ) – состояние, при котором повышается уровень аммиака в крови. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ГАМ и ее взаимосвязь с когнитивными нарушениями изучены недостаточно.

**Цель.** Определить частоту встречаемости, клиничко-диагностическое значение ГАМ и ее ассоциацию с когнитивной дисфункцией у пациентов с ХСН.

**Материал и методы.** У 83 пациентов, госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН (медиана возраста 73 [Q1-Q3 67-82] года, 35 (42,2%) женщин, 48 (57,8%) мужчин), определен уровень аммиака в капиллярной крови с помощью анализатора «PocketChem VA PA-4140» и проведена оценка когнитивных функций по шкале Mini-Mental State Examination (MMSE). У 75 (90,4%) пациентов отмечалась артериальная гипертензия, у 32 (38,6%) – ишемическая болезнь сердца, у 62 (74,7%) – постоянная форма фибрилляции предсердий.

**Результаты.** Уровень аммиака в крови составил 167 [122,00-224,50] мкм/л (при норме до 50 мкм/л). Легкая степень ГАМ (50-100 мкм/л) выявлена у 3 (8,6%) женщин и 6 (12,5%) мужчин, средняя (100-200 мкм/л) – у 19 (54,3%) и 29 (60,4%), тяжелая (выше 200 мкм/л) – у 13 (37,1%) и 13 (27,1%) женщин и мужчин, соответственно. Когнитивные нарушения (КН) по шкале MMSE выявлены у 67 (81,7%) пациентов, у 46 (56,1%) из них – умеренные. Выявлена обратная связь умеренной силы между степенью ГАМ и выраженностью КН по MMSE ( $r = -0,386$ ,  $p = 0,001$ ). Пациенты с ГАМ тяжелой степени имели более выраженные КН, вплоть до умеренной деменции.

**Выводы.** У всех пациентов, госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН, выявлялась ГАМ. Как у женщин, так и у мужчин преобладала ГАМ средней степени тяжести. Взаимосвязь ГАМ с КН может открыть новые подходы к нейропротекции у пациентов с ХСН.

## СРАВНЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ФОРМУЛАМИ СКD-EPI И BIS1

АЛЬМУХАМЕТОВА А.И., ФАХРУТДИНОВА О.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ

ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», г. Казань, РФ

**Актуальность.** С возрастом происходят изменения в структуре почек, что приводит к снижению функции и затрудняет выявление хронической болезни почек. С каждым годом появляется все больше формул для оценки клубочковой фильтрации для пациентов старше 60 лет, которые, по некоторым данным, более точно в определении функции и прогноза.

**Цель.** Сравнить результаты оценки СКФ по формулам СКD-EPI, BIS1 у пожилых пациентов.

**Материал и методы.** Автоматический подсчет СКФ СКD-EPI, BIS1 информационной системой ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с января по август 2024 г. у пациентов старше 60 лет. С января 2024 г. в информационные системы ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» введен автоматический подсчет скорости клубочковой фильтрации формулами СКD-EPI, BIS1. В данном исследовании оценивали СКФ у пациентов старше 60 лет.

**Результаты.** Общее количество пожилых пациентов и пациентов старческого возраста в условиях стационара, которым провели анализ сывороточный креатинин за период с января по август включительно был 31274 пациентов средним возрастом  $71,1 \pm 0,1$  лет, всего было 15329 (49%) мужчин и 15945 (51%) женщин.

Среднее значение СКФ по СКD-EPI составила  $68,2 \pm 0,2$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Среднее по BIS1 –  $60,9 \pm 0,2$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>,  $p < 0,01$ .

**Вывод.** Можно предположить, что при наличии ХБП расчетный метод по BIS1 более чувствителен к выявлению ХБП.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭРАДИКАЦИИ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

АМЕЛИНА Я.Г., РОМАШОВ О.М., ТЕПЛОВА Н.В.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

ГБУЗ «ММКЦ "КОММУНАРКА" ДЗМ», г. Москва, РФ

**Введение.** Эпизод успешной эрадикации нозокомиального штамма *Klebsiella pneumoniae* у пожилого пациента. Ретроспективно проанализирован случай коронавирусной инфекцией с нозокомиальной пневмонией, вызванной *Klebsiella pneumoniae*.

**Описание случая.** Пациентка М. 81 года, госпитализирована 29.09.2021 г. в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 С, одышку, общее недомогание, слабость. К врачу пациентка не обращалась, амбулаторно принимала парацетамол и амоксициллин с клавулановой кислотой. На момент госпитализации: температура тела 36,9°С; дыхание самостоятельное, ЧДД 22 в минуту; хрипов нет; гемодинамика стабильная, сознание ясное. Диагноз: вирусная пневмония неуточненная. По результатам компьютерной томографии от 29.09.2021 г. – картина двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии. Анализ на РНК *Saracovirus* COVID-19 – положительный. На фоне ухудшения состояния 30.09.2021 г. была переведена в отделение интенсивной терапии. 02.10.2021 г. С-реактивный белок 149,1 мг/л. Переведена на искусственную вентиляцию легких. 13.10.2021 г. пациентке был произведен посев бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ). По результатам посева: *Klebsiella pneumoniae* с генами резистентности NDM и OXA48. Штамм является мультирезистентным (MDR) к пенициллинам, фторхинолонам и аминогликозидам. По результатам анализа крови от 14.10.2021 г.: нейтрофилы палочкоядерные 11%, количество лейкоцитов  $17,3 \times 10^9/\text{л}$ , прокальцитонин 7,65 нг/мл.

В рамках модификации антибактериальной терапии (АБ) терапии назначены с 13.10. по 18.11.2021 г.: азтреонам 3 г в\в 2 раза в сутки, колистеметат натрия 500000 ЕД в\в 2 раза в сутки, линезолид 600 мг в\в 2 раза в сутки, меропенем 2 г в\в 3 раза в сутки, цефтазидим + авибактам 1 фл. 3 раза в сутки.

При контроле: в посеве БАЛ от 18.11.2021 г. рост *Kl. pneumoniae* отсутствует, результат на определение генов резистентности - отрицательный. Состояние пациентки с умеренной положительной динамикой в отношении интоксикационно-инфекционного синдрома.

**Заключение.** В рамках проведенной антибактериальной терапии была достигнута эрадикация возбудителя. Динамика пневмонии – положительная. Несмотря на это прогрессировала полиорганная недостаточность, напрямую не связанная с течением пневмонии. Через 5 суток наступил летальный исход. Необходимо констатировать эффективность данной антибактериальной терапии в отношении мультирезистентных штаммов. В рамках анализа данного случая показана дальнейшая разработка и модификация схем АБ терапии у пациентов с полиорганной недостаточностью с тяжелым течением нозокомиальной инфекции.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПАРОКСИЗМОМ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

АМИРОВА Н.У., ХРИПУНОВА И.Г., ХРИПУНОВА А.А.

ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер», г. Ставрополь, РФ  
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, РФ

**Актуальность.** Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) составляет около 1-3% в общей популяции, до 9% – в возрасте 65 лет и старше; до 15-17% – в возрасте 80 лет и старше. С увеличением продолжительности жизни населения увеличивается количество лиц, страдающих хроническими заболеваниями, которые определяют клиническое состояние пациента и ухудшают прогноз жизни. Данные эпидемиологических исследований позволяют утверждать, что гиперурикемия, которая наблюдается у 16,8% в популяции (достоверно чаще у мужчин) и увеличивается с возрастом, является независимым и модифицируемым фактором сердечно-сосудистого риска. Сочетание высокого уровня мочевой кислоты с повышением уровня высокочувствительного С-реактивного белка связано со значительным риском развития ФП.

**Цель.** Изучить частоту встречаемости гиперурикемии при развитии первого пароксизма неклапанной ФП.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 650 пациентов с первым пароксизмом ФП, поступивших в ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер» г. Ставрополь. Средний возраст пациентов в этих группах составил  $65,9 \pm 0,9$  лет.

**Результаты.** Гендерный анализ значимых различий в частоте встречаемости нарушений ритма по типу ФП не выявил: среди мужчин и женщин ФП встречались практически одинаково: 48% (312 чел.) – у мужчины и 52% (338 чел.) – у женщин. В 89,4% (581 чел.) случаев диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) с длительностью более 10 лет, при этом у 82% больных диагностирована 2 стадия артериальной гипертензии. Оценка индекса массы тела (ИМТ) показала, что ожирение имеется у 52,3% (каждого второго пациента). На долю ишемической болезни сердца (ИБС) приходится 79,7% (518 из 650 чел.). Сахарный диабет 2 типа (СД2) имели 5,7% (37 чел.). Сочетание ИБС + ГБ + ожирение имели 287 чел. (44,1%), и ИБС + ГБ + ожирение + СД2 имели 36 пациентов (5,5%). ГУ была выявлена у 72% (468) пациентов, из них 59% (287 чел.) имели сочетание ГБ + ожирение.

**Вывод.** Таким образом, в 2/3 ретроспективно проанализированных случаях у пациентов с первым пароксизмом неклапанной ФП наблюдалась гиперурикемия, чаще всего в сочетании с другими маркерами общего сердечно-сосудистого риска (ГБ, ожирение).

## **ФАКТОРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕЛОГО ХАЛАТА**

АНТРОПОВА О.Н., НАЗАРОВА В.В., МОРОЗОВ Д.Г., ПЕРЕВОЗЧИКОВА Т.В.,  
МАРКИНА И.Л.

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, РФ*

*ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Барнаул, РФ*

**Цель.** Установить особенности факторов риска (ФР) и поражения органов-мишеней (ПОМ) при неконтролируемой гипертонии белого халата (НГБХ) у пациентов с сахарным диабетом (СД).

**Материал и методы.** Включено 87 пациентов, получавших регулярную гипотензивную терапию артериальной гипертонии (АГ), средний возраст  $62,6 \pm 9,9$  года, из них 45 (51,7%) женщины, 42 (48,3%) мужчины. Проводился анализ факторов риска, оценивалось ПОМ. Для оценки офисного АД использовался автоматический измеритель артериального давления с фиксацией манжеты на плечо «OMRON M2 Basic». Для суточного мониторинга АД 24 ч использовался прибор ВрLAV (ООО «Петр Телегин»). Обработка полученных результатов проводилась с применением пакета прикладных программ Excel Microsoft Office 2007, пакета прикладных программ Statistica 6,0 и 10,0 компании StatSoft, Inc (США). Различие считалось значимым при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** НГБХ (1 группа) выявлена у 17,2%, неконтролируемая АГ (2 группа) – у 51,7%, остальные пациенты имели контролируемую АГ. Пациенты 1-й и 2-й групп были сопоставимы по основным ФР. Имелась тенденция к меньшей частоте гипертриглицеридемии у пациентов с НГБХ – 33,3% против 55,5% при неконтролируемой АГ. Больные с НГБХ чаще на 31,1% ( $\chi^2=5.185$ ,  $p=0.023$ ) имели тахикардию покоя по сравнению со 2-й группой (53,3% и 22,2% в 1-й и 2-й группах соответственно). Лица 1-й и 2-й групп имели ГЛЖ в 33,3% и 57,8%, СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> – 20% и 31,1%, альбуминурию – 46,6% и 46,7%, пульсовое АД более 60 мм рт.ст. – 80% и 77,8% соответственно. Таким образом, частота ПОМ в исследуемых группах была сопоставима.

**Выводы.** Среди пациентов с нарушением углеводного обмена неконтролируемая гипертония белого халата встречается в 17% случаев. Больные с НГБХ характеризовались большей гиперсимпатикотонией (тахикардией покоя), тенденцией к увеличению гипертриглицеридемии и статуса некурящего; сопоставимой частотой ПОМ по сравнению с неконтролируемой АГ.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

АРЧАКОВ Е.А., БАТАЛОВ Р.Е., ХЛЫНИН М.С., ЭШМАТОВ О.Р., СТЕПАНОВ И.В., АФАНАСЬЕВ С.А., ПОПОВ С.В.

*НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, РФ*

**Цель.** Оценка распространенности хронического миокардита у пациентов с фибрилляцией предсердий.

**Материал и методы.** В исследование включено 145 пациентов. Из них 118 (81,4%) мужчин. Медиана возраста составила 45 (38; 50) лет. По форме ФП: 60 (41,4%) – больных с пароксизмальной, 55 (37,9%) – с персистирующей и 30 (20,7%) – с длительно персистирующей ФП. Всем больным проведено интервенционное лечение ФП и эндомикардиальная биопсия (ЭМБ) с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованиями. Морфологическую верификацию миокардита проводили в соответствии с модифицированными Всемирной Федерацией сердца Далласкими критериями. Период наблюдения – 12 месяцев.

**Результаты.** Признаки хронического миокардита выявлены у 64 (44,1%) больных. Медиана возраста пациентов с миокардитом составила 44 (36,5; 49) года, без миокардита – 46 (38; 51) лет. У мужчин миокардит выявлен в 50 (42%), у женщин – в 14 (51,9%) случаях. При пароксизмальной ФП миокардит обнаружен у 25 (41,7%), при персистирующей – у 23 (41,8%), при длительно персистирующей – у 16 (53,3%) больных. Группы с хроническим миокардитом и без оказались сопоставимы при сравнении по основным эхокардиографическим показателям.

Регрессионный анализ не показал значимого влияния данных факторов на вероятность обнаружения хронического миокардита у пациентов с ФП. У пациентов в возрасте до 30 лет не обнаруживалось признаков воспаления без наличия фиброза миокарда, тогда как максимальная стадия фиброзирования встречалась у больных в возрасте от 31 до 40 лет. Стадия фиброза не зависела от пола. Чаще других в биоптатах выявлялось сочетание энтеровируса и вируса герпеса 6 типа. У пациентов в возрасте старше 51 года в биоптатах в основном отсутствовала экспрессия какого-либо вируса при ИГХ.

**Выводы.** *Признаки хронического миокардита у больных с ФП достоверно чаще выявлялись у пациентов до 50 лет включительно. Чаще воспаление миокарда обнаруживается у женщин, а также при наличии длительно персистирующей формы ФП вне зависимости от пола. У более молодых пациентов с миокардитом встречается фиброз миокарда, а максимальная стадия фиброза характерна для больных в возрасте от 31 до 40 лет. У пациентов в возрасте старше 51 года в биоптатах отсутствовала экспрессия какого-либо вируса при ИГХ.*

## АНАЛИЗ ПРОТЕАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК СЕРДЦА И ЛЕГКИХ ПРИ COVID-19

АРХИПОВА Е.Д., БУДНЕВСКИЙ А.В., ШИШКИНА В.В., ЧЕРНИК Т.А.  
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ

**Цель.** Сравнить протеазную активность тучных клеток (ТК) в тканях сердца и легких, полученных у лиц погибших в следствие COVID-19.

**Материал и методы.** В исследование был включен аутопсийный материал, полученный от 40 пациентов (21 мужчина, 19 женщин, средний возраст  $66,7 \pm 7,4$  лет), госпитализированных и погибших в результате тяжелого и крайне тяжелого течения COVID-19. Материал тканей сердца и легких был окрашен гематоксилином, эозином и по Пикро-Маллори. Также был проведен иммуногистохимический анализ с определением триптазы, химазы и карбоксипептидазы А3 (СРА3) ТК.

**Результаты.** Наибольшие различия при сравнении протеазного профиля ТК тканей сердца и легких наблюдались в отношении триптаза-позитивных ТК (медианы составили 2,39 [1,795; 3,42] на  $\text{мм}^2$  и 23,87 на [14,8; 34,53]  $\text{мм}^2$  соответственно ( $p=0,0000$ )). Однако, значимые различия сохранялись в отношении химаза-позитивных ТК (медианы составили 0,34 [0,00; 0,85] на  $\text{мм}^2$  и 0,73 [0,36; 1,45]  $\text{мм}^2$  соответственно ( $p=0,0000$ )) и СРА3-позитивных ТК (медианы составили 1,2 [0,51; 2,135] на  $\text{мм}^2$  и 2,97 [0,43; 6,8]  $\text{мм}^2$  соответственно ( $p=0,0000$ )). Среди всех фенотипов преобладали дегранулированные ТК. Корреляционный анализ позволил выявить связи между химаза-позитивными ТК ( $r=0,4094$ ;  $p=0,0007$ ) и СРА3-позитивными ТК (0,5056;  $p=0,0319$ ) в легких и сердце.

**Выводы.** Преобладающее число ТК определялось в материалах тканей легкого. Однако, как в легких, так и в сердце основная доля ТК была представлена триптаза-позитивным фенотипом, наименьшая – химаза-позитивными ТК. Наличие корреляционных связей между числом ТК в тканях исследуемых органов позволяет предположить вовлечение сердца в системное воспаление у пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением COVID-19.

## ПОЛИОРГАННЫЙ САРКОИДОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА

АСАДУЛЛИНА Г.В., БАБУШКИНА Г.В., МУТАЛОВА Э.Г.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, РФ

**Введение.** Саркоидоз — системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранулём в различных органах. Наиболее часто поражаются легкие и внутригрудные лимфатические узлы. Поражение сердца встречается достаточно редко, может клинически манифестировать в виде нарушения ритма и проводимости, внезапной сердечной смерти, приводить к развитию сердечной недостаточности.

**Описание случая.** Пациент Х., 36 лет, в марте 2023 г. отметил появление резко нарастающей слабости, предобморочное состояние, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь, выявлена атриовентрикулярная (АВ) блокада 3 степени, экстренно госпитализирован в Республиканский кардиоцентр для имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС). В декабре 2023 г. появились жалобы на сухой кашель и одышку, при лучевом обследовании впервые выявлено диссеминированное поражение легких в виде множественных перилимфатических очагов и увеличение внутригрудных лимфатических узлов. Из анамнеза: отец страдает саркоидозом. Больной обследовался у фтизиатра, заподозрен саркоидоз и для уточнения диагноза направлен в Уральский НИИ фтизиопульмонологии, где по результатам проведенного клинического и лабораторно-инструментального обследования был выставлен диагноз: Полиорганный саркоидоз с поражением легких, внутригрудных лимфатических узлов, сердца (саркоидоз миокарда), 2 стадия, подострое течение. ДН 0. Назначена терапия метилпреднизолоном по схеме, на фоне которой больной отмечает улучшение общего состояния, уменьшение одышки.

**Заключение.** *Представленный случай демонстрирует клинический дебют саркоидоза у молодого мужчины с поражения сердца и развития серьезных осложнений в виде АВ блокады 3 степени, требующей имплантации ЭКС, назначения патогенетической терапии для предупреждения развития неблагоприятных исходов.*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАПАГЛИФЛОЗИНА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

АТАЕВА З.Н., КУДАЕВ М.Т., ГУСЕЙНОВА Р.К, ОСМАНОВА А.В., ГАДЖИЕВА Т.А., МАГОМЕДОВ А.З., АХМЕДОВА Д.А, ЭЗИЛЯЕВА М.Р., БЕЙБОЛАЕВА М.Р., КАЛЛАЕВА А.Н.

*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, РФ*

**Цель.** Изучить действие ингибитора натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа избирательного действия (ингибитор SGLT2) дапаглифлозина на уровень гликемии и HbA<sub>1c</sub> у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с проявлениями стрессовой гипергликемии (СГ) и оценить его действие на течение и исход ОКС.

**Материал и методы.** Обследовано 40 пациентов с ОКС в возрасте 49-87 лет не страдающих сахарным диабетом в анамнезе, но с проявлениями СГ. Основную группу составили пациенты с ОКС с подъемом ST, и без подъема ST получавшие стандартную терапию и ингибиторы SGLT2. Группу сравнения составили пациенты с ОКС с подъемом ST и без подъема ST получавшие только стандартную терапию. Дапаглифлозин назначался в дозе 5-10 г/сут, в зависимости от степени гипергликемии.

Определяли уровни гликемии и HbA<sub>1c</sub> ежедневно.

Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Вилкоксона, Стьюдента и корреляционного анализа.

**Результаты.** Уровни гликемии и HbA<sub>1c</sub> у пациентов с ОКС без подъема ST и с ОКС с подъемом ST на стандартной терапии составили: 5,6±2,1 ммоль/л, 6,9±1,5 ммоль/л и 5,9%, 6,4%. соответственно, а в группах на стандартной терапии с добавлением ингибитора SGLT2 составили соответственно 5,5±0,6 ммоль/л, 5,7±0,8 ммоль/л и 5,8%, 5,9%. При сравнительном анализе наблюдалось достоверное снижение уровней гликемии и HbA<sub>1c</sub> ( $p < 0,05$ ) в группе, где применяли ингибитор SGLT2 на фоне стандартной терапии, причем в обеих группах отмечен прямо пропорциональный рост уровней гликемии и HbA<sub>1c</sub> в зависимости от тяжести ОКС. Кроме того, наблюдалась прямая корреляционная зависимость частоты осложнений и неблагоприятных исходов от уровня гликемии и HbA<sub>1c</sub>.

**Вывод.** *Дапаглифлозин устраняет СГ при ОКС и, тем самым, действует благоприятно на его течение и исход.*

## РАССТРОЙСТВА СПЕКТРА ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ – ВОПРОСОВ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ОТВЕТОВ

АХИЯРОВА К.Э.

*ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, РФ*

**Актуальность.** Расстройства спектра гипермобильности (РСГ) – гетерогенная группа состояний, характеризующихся общим фенотипическим признаком – гипермобильностью суставов (ГМС). На сегодняшний день нет единого понимания классификации и критериев как РСГ, так и ГМС. Тем не менее ГМС широко распространена среди молодых людей и может быть ассоциирована с осложнениями, такими как хронический болевой синдром, ранний остеопороз, что требует эффективного мониторинга и своевременной диагностики.

**Цель.** Анализ фенотипических признаков ДСТ, ассоциированных с ГМС, с целью фенотипирования и оптимизации диагностики.

**Материал и методы.** Проведено одномоментное поперечное исследование с участием 262 молодых мужчин (n=35) и женщин (n=227), средний возраст составил 21,9±0,2 лет. ГМС определялась по 9-ти бальной шкале Beighton (1998г.). Фенотипические признаки ДСТ – балльно-количественным методом (Кадурина Т.И), были сформированы группы ГМС и контроля. Статистическая обработка: Microsoft Excel 2021, Statistica 13, R Studio. Поиск ассоциаций проводился с применением критерия Фишера  $\chi^2$ , с поправкой Йетса. Для проведения кластерного анализа (КА) использовалась среда R Studio, алгоритм k-medoids.

**Результаты.** ГМС ассоциировалась с фенотипическими признаками ДСТ: долихостеномелия, хруст в суставах, гиперкифозы/гиперлордозы, низкий индекс массы тела (ИМТ), гиперэластичность кожи, птозы внутренних органов, гипотензия, миопия тяжелой степени. Далее был проведен КА, в результате чего были выделены три кластера. Кластер №1 включал ГМС, гиперкифозы/гиперлордозы и низкий ИМТ. В кластер №2 вошли ГМС, гиперэластичность кожи и низкий ИМТ, в кластер №3 – обследуемые без ГМС, птозов, гиперэластичности кожи, гиперкифозов/гиперлордозов и с нормальным ИМТ.

**Вывод.** *Обнаруженная путем КА неоднородность среди обследуемых с ГМС позволяет предположить, что фенотипы ГМС в общей выборке могут быть близки подтипам синдрома Элерса-Данлоса или представлять их неполные клинические формы.*

## ВЕРИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

БАДЫКОВА К.М., ПРАСКУРНИЧИЙ Е.А., КИТАЕВА Ю.С.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, РФ

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, РФ

**Актуальность.** Лимфома Ходжкина (ЛХ) – высококурабельное новообразование, развивающееся в молодом возрасте, в связи с чем вопрос развития отдаленных осложнений является актуальным. Одним из таких осложнений является снижение минеральной плотности костной ткани (МПК). Развитие остеопороза обусловлено различными неспецифическими факторами, а также влиянием противоопухолевой и сопроводительной терапии. Большинство алгоритмов диагностики остеопороза применимы только у лиц старшего возраста. Вопрос своевременной диагностики и профилактики остеопороза у молодых пациентов с ЛХ является весьма актуальным.

**Цель.** Изучить факторы риска снижения МПК и разработать алгоритм их ранней верификации у пациентов с ЛХ, получивших патогенетическую терапию.

**Материал и методы.** В исследование включили 63 человека с диагнозом ЛХ. Каждый пациент получил патогенетическую терапию в полном объеме. 30 человек составили группу контроля. Группы сопоставимы по полу, возрасту и антропометрическим данным. Каждый участник ответил на вопросы анкеты «Карта изучения факторов риска переломов». Помимо опроса всем пациентам проведена денситометрия и рассчитан Z-критерий. Измерение МПК проводили в области шейки бедра (ШБ), проксимальном отделе бедра (ПОБ) и поясничном отделе позвоночника (ПОП). На основании полученных данных построена модель прогнозирования необходимости профилактики остеопороза у пациентов с ЛХ после патогенетической терапии.

**Результаты.** У пациентов с ЛХ наблюдается значимое снижение МПК во всех областях денситометрического измерения, но наиболее ценными являются данные ПОП. На основании данных опроса построена модель прогноза необходимости профилактики у пациентов с ЛХ в виде:  $ВПП = 1/(1 + e^{(-x)})$ , где ВПП – это вероятность результата необходимости профилактики, а  $x = + 6.981*(\text{Низкий уровень активности}) + 2.537*(\text{Уровень физической активности}) + 2.501*(\text{Переломы шейки бедра в анамнезе}) + 1.961*(\text{Средний уровень активности}) + 1.476*(\text{Другие переломы}) + 0.898*(\text{Курение}) + 0.409*(\text{Индекс массы тела}) + 0.274*(\text{Высокий уровень активности}) + 0.18*(\text{Прием заместительной гормональной терапии}) - 0.066*(\text{Возраст}) - 0.126*(\text{Количество переломов предплечья}) - 0.214*(\text{Масса тела}) - 0.332*(\text{Низкий уровень потребления кальция}) - 0.483*(\text{Переломы предплечья}) - 1.016*(\text{Переломы у родителей в анамнезе}) - 1.759*(\text{Пол}) - 14.865*(\text{Удаление яичников})$ . Модель хорошего качества и может использоваться без каких-либо ограничений у пациентов молодого возраста.

**Выводы.** Верифицированы наиболее значимые факторы риска снижения МПК у пациентов с ЛХ после патогенетической терапии. Применение модели прогноза позволит рассчитать вероятность развития остеопороза у данной категории пациентов.

## ЧАСТОТА АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОГО РЕГИОНА

БАЙРАМОВА С.О., БОРОВКОВА Н.Ю., КОНТОРЩИКОВ М.М., КУРАШИН В.К.,  
ТОКАРЕВА А.С., МАВРЫЧЕВА Н.В., ГУДАНОВА Е.М., ВАСИЛЬКОВА А.С.  
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России г. Нижний Новгород, РФ

**Цель.** Изучить проблему распространенности абдоминального ожирения в Нижегородской области.

**Материал и методы.** В Нижегородском регионе при проведении эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ 3 было обследовано население с целью определения факторов сердечно-сосудистого риска. В их числе рассматривали абдоминальное ожирение. В анализ вошли 1941 респондентов в возрасте от 35 до 64 лет. Они были разделены на возрастные группы: 35-49 и 50-64 лет. Женщин оказалось 989 и мужчин – 952. Проводилась антропометрия с измерением массы тела (МТ), роста, окружности талии (ОТ), расчетом ИМТ, с дальнейшим распределением обследуемых на группы: избыточная МТ ( $25 \leq \text{ИМТ} < 30 \text{ кг/м}^2$ ), ожирение 1 степени ( $30 \leq \text{ИМТ} < 35 \text{ кг/м}^2$ ), ожирение 2 степени ( $35,0 \leq \text{ИМТ} < 40 \text{ кг/м}^2$ ) и ожирение 3 степени ( $\text{ИМТ} > 40 \text{ кг/м}^2$ ). Учитывали ОТ, как показатель абдоминального ожирения (при  $\text{ОТ} \geq 94 \text{ см}$  у мужчин и  $\geq 80 \text{ см}$  у женщин). Статистическая обработка проводилась с использованием программы «IBM SPSS Statistics 26.0» (США).

**Результаты.** Исследование продемонстрировало высокую частоту избыточной массы тела среди населения Нижегородской области от 35 до 64 лет и составило 39,2%. В то время как 35% имели ожирение. Среди мужчин избыточная масса тела встречалась чаще (44,8 против 33,9%;  $p < 0,001$ ). Тогда как ожирение было чаще у женщин (36,8 против 33,9%;  $p < 0,001$ ). Сравнительная характеристика значений ОТ показала, что распространенность абдоминального ожирения у женщин выше. Так, 73,5% среди них выявляли этот признак в сравнении с мужчинами – 65,0% ( $p < 0,001$ ). При этом в старшей возрастной группе показатель составил 85,9 против 75% ( $p = 0,001$ ), а в более молодой - 59,7 против 54,3% ( $p = 0,001$ ).

**Выводы.** *Выявлена высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения у населения Нижегородского региона старше 35 лет. При этом абдоминальное ожирение превалирует и чаще регистрируется у женщин. Все это диктует необходимость разработки мер по борьбе с лишним весом.*

## СВЯЗЬ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ С ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЦИТОКИНАМИ ПРИ ФЕНОТИПЕ ХОБЛ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ

БАКИНА А.А., ПАВЛЕНКО В.И.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, РФ

**Актуальность.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание с широким спектром системных эффектов и коморбидных состояний, к которым можно отнести и ренальную дисфункцию, способную влиять на течение и прогноз бронхообструктивной патологии. В связи с этим, комплексная оценка функции почек во взаимосвязи с маркерами системного воспаления при различных фенотипах ХОБЛ представляет существенную важность, что и определило актуальность проводимого исследования.

**Цель.** Оценить наличие и характер связи скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с провоспалительными цитокинами при фенотипе ХОБЛ с частыми обострениями (ХОБЛ-ЧО).

**Материал и методы.** В исследование включены 53 пациента в возрасте 45-59 лет с тяжелой или средней степени тяжести ХОБЛ-ЧО (за год перенесли  $\geq 2$  обострений или 1, которое привело к госпитализации). 96% участников – мужчины, являющиеся активными курильщиками (98%). Длительность ХОБЛ – 11,0 [7,0; 20,0] лет. Критериями исключения являлись патологии, оказывающие независимое от ХОБЛ влияние на функцию почек. В момент включения лица в исследование рассчитывали СКФ по уровню креатинина сыворотки крови по формуле СКД-ЕРІ и определяли сывороточные значения интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО). Статистическая обработка полученного материала производилась с применением стандартных методик.

**Результаты.** Уровень СКФ в общей когорте составил 75 [58; 93] мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. У 32% участников (n=17) СКФ соответствовала С3а стадии (умеренно сниженная), у 42% пациентов (n=22) – С2 стадии (незначительно сниженная), у 26% лиц (n=14) – С1 стадии (нормальная). Уровни провоспалительных цитокинов у обследуемых были следующими: ИЛ-6 составил 20,3 [18,9; 21,3] пг/мл, ИЛ-8 равнялся 28,4 [25,9; 30,3] пг/мл, ФНО – 10,8 [9,9; 11,9] пг/мл. Между СКФ и маркерами воспаления выявлено наличие значимых обратных связей: значения СКФ коррелировали как с уровнями ИЛ-6 ( $R_s = -0,33$ ,  $p = 0,006$ ) и ИЛ-8 ( $R_s = -0,30$ ,  $p = 0,01$ ), так и ФНО ( $R_s = -0,38$ ,  $p = 0,001$ ).

**Выводы.** У трети больных ХОБЛ-ЧО при однократном исследовании выявляются признаки снижения ренальной функции, при этом значения СКФ достоверно взаимосвязаны с уровнем провоспалительных цитокинов. Этот факт укладывается в современное понятие пульмо-ренального континуума и указывает на важность динамической оценки функции почек при данном фенотипе ХОБЛ с учетом значений маркеров системного воспаления.

## КУРЕНИЕ ВЕЙПА И КАЧЕСТВО СНА

БАТЯШОВА Д.В., ФУРИН К.Д., ЯЦЫНА Д.С., МАЛЫШЕНКО О.С.  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, РФ

**Цель.** Определить влияет ли употребление вейпа на качество сна.

**Материал и методы.** Проведён опрос 158 человек, из них 97 (61,4%) мужчин и 61 (38,6%) женщина в возрасте от 18 до 55 лет.

**Результаты.** По результатам опроса все респонденты разделились на текущих вейперов - 64 (40,5%), курильщиков электронных сигарет - 55 (34,8%) и бывших вейперов - 39 (24,7%) человек. Большинство опрошенных употребляют вейп менее месяца - 54 (34,2%) человека, более 2-х лет - 47 (29,7%), в течении 1-2 лет - 20 (12,7%), в течении 3-6 месяцев - 13 (8,2%), в течении 6-12 месяцев - 12 (7,6%) и в течении 1-3 месяцев - 12 (7,6%).

Большинство опрошенных (61 (38,6%)) считают, что у них нет проблем со сном, немного беспокоит качество сна - 41 (25,9%), чуть беспокоит - 34 (21,5%), сильно беспокоит - 16 (10,2%) и очень сильно беспокоит - 6 (3,8%) человек. Более половины опрошенных испытывают проблемы с засыпанием - 95 (60,1%), с прерыванием сна - 94 (59,4%) и раннего пробуждения - 84 (53,1%) респондента. Снижение качества жизни из-за проблем со сном отметили 92 (58,2%) человека. Проблемы со сном не мешают повседневному функционированию - 56 (35,4%), немного мешают - 40 (25,3%), чуть мешают - 37 (23,4%), сильно мешают - 15 (9,5%), очень сильно мешают - 10 (6,4%) опрошенным.

Дополнительно в опросник были включены вопросы для тех, кто бросил курение вейпов не так давно, либо является активным вейпером в настоящее время - 120 человек. Анализ ответов курильщиков вейпа показал, что 66 (55%) человек испытывают проблемы с засыпанием, 67 (55,8%) с прерыванием сна и 60 (49,6%) беспокоит ранее пробуждение.

Снижение качества жизни из-за проблем со сном отметили половина опрошенных - 61 (50,8%) курильщиков. Повседневному функционированию проблемы со сном не мешают - 47 (38,9%) респондентам, чуть мешают - 33 (27,3%), немного мешают - 28 (23,1%), сильно мешают - 8 (7%) и очень сильно мешают - 4 (3,7%). Отсутствуют проблемы со сном - у 51 (42,1%), немного беспокоят - 28 (23,1%), чуть беспокоят - 29 (24%), сильно беспокоят - 8 (6,6%) и очень сильно беспокоят - 5 (4,1%) человек.

**Выводы.** По результатам опроса половина курильщиков, в том числе и вейперы испытывают проблемы со сном, в том числе с засыпанием, прерыванием сна и испытывают беспокойство по поводу раннего пробуждения, что в свою очередь приводит к снижению качества жизни. Однако, значимое влияние проблем со сном на повседневное функционирование отметили 15,9% и 10,7% соответственно.

## ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ ФУНКЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТЕНЗИИ

БЕЗБОРОДОВА А.П., РЫЖОВ А.В., ТУРКОВА Н.И., ВЛАСОВА Т.И.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, РФ

**Цель.** Проанализировать и выявить статистически значимые параметры variability ритма сердца (ВРС) у молодёжи в зависимости от резервов адаптации сердечно-сосудистой системы (ССС).

**Материал и методы.** В исследование включены 257 человек, из которых были отобраны 3 группы в зависимости от значения адаптационного потенциала (АП), рассчитанного по формуле Р.М. Баевского: 1-я группа ( $АП \leq 2,6$ ) – молодые люди с удовлетворительной адаптацией ( $n=42$ ); 2-я группа ( $2,6 < АП < 3,10$ ) – с напряжением механизмов адаптации – ( $n=40$ ); 3-я группа ( $АП \geq 3,1$ ) – с неудовлетворительной адаптацией ( $n=32$ ). Анализ ВРС проводился на 5-минутных кардиоинтервалах, проводили пробу с гипервентиляцией. Статистический анализ проводили в программе Microsoft Excel 2010.

**Результаты.** Увеличение ИМТ, АД и ЧСС сопряжено со снижением АП ССС. 3-ю группу составили молодые люди с впервые выявленной артериальной гипертензией.

Среднее арифметическое продолжительности интервалов NN (RRNN) и стандартное отклонение интервалов NN от среднего (SDNN) во 2-й группе было меньше относительно 1-й группы на 15,1% и на 25,8%, а в 3-й группе – на 20,6% и на 35,4% соответственно.

Индекс вегетативного равновесия (ИВР) в 1-й группе был меньше, чем во 2-й и 3-й на 52% и на 66,8%. Относительно вегетативного показателя ритма (ВПР), индекса напряжения (ИН) и показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР) наблюдалась аналогичная тенденция. Индекс дыхательной модуляции (ИДМ) в 1-й группе был больше, чем во 2-й и 3-й группах на 35,4% и на 45,3% соответственно. Индексы симпатoadреналового тонуса (САТ), медленноволновой аритмии (ИМА) увеличивались при снижении АП.

После гипервентиляции среднее значение RRNN в 1-й и 2-й группах уменьшилось на 4,9% и на 0,9%, а в 3-й группе увеличился на 4,5%. SDNN увеличился во всех группах. ИН, ИВР и ПАПР уменьшились во всех группах, а индексы САТ, ИМА и ИДМ увеличился во всех группах.

**Выводы.** У молодых людей 2-й и 3-й группы зарегистрировано снижение влияния парасимпатического звена регуляции, что ассоциировано с артериальной гипертензией. Анализ ВРС как метода преморбидной диагностики позволит выявить признаки патологии ССС на этапе формирования вегетативной дисфункции.

## ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИЙ И УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ - ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПО ДАННЫМ ЭССЕ-РФ В КУЗБАССЕ

БЕЗДЕНЕЖНЫХ Н.А., СУМИН А.Н., АРТАМОНОВА Г.В.  
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, РФ

**Цель.** Анализ ассоциаций между нарушениями углеводного обмена (НУО), сердечно-лодыжечным сосудистым индексом (СЛСИ) и уровнем мочевои кислоты в выборке взрослого населения Кемеровской области – Кузбасса.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на основе случайной популяционной выборки участников жителей Кузбасса возрасте от 25 до 64 лет в рамках многоцентрового эпидемиологического проекта «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах РФ» (ЭССЕ-РФ). Жесткость периферических артерий определялась на аппарате VaSeraVS-1000 с автоматическим вычислением СЛСИ. В результате были обследованы 1617 человек, разделенных на три группы: пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД 2, n=272), с предиабетом (n=44) и без НУО (n=1301).

**Результаты.** Пациенты с диабетом и предиабетом были старше тех, кто не имеет НУО ( $p_{2-3} < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ). В обеих группах НУО обнаружена высокая распространенность ожирения (60,3%; 50,1% против 29,1% соответственно,  $p_{2-3} = 0,003$  и  $p_{1-3} < 0,001$ ) и артериальной гипертензии (АГ) ( $p_{2-3} = 0,002$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ). Среди пациентов с СД 2 было значимо больше женщин ( $p_{1-2} = 0,014$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ). С применением логистической регрессии проанализированы факторы, ассоциированные с наличием СД 2 и предиабета.

Регрессионный анализ продемонстрировал, что возраст, ожирение и АГ связаны как с диабетом ( $p < 0,001$  для всех трех факторов), так и с предиабетом ( $p = 0,005$  для возраста,  $p < 0,001$  для АГ, и  $p = 0,004$  для ожирения). В то время как женский пол и наличие ишемической болезни сердца повышали вероятность выявления СД 2 ( $p < 0,001$  для обоих предикторов), но не предиабета. Повышение жесткости артерий (увеличение СЛСИ на каждую индексную единицу) было ассоциировано как с СД 2 ( $p < 0,001$ ), так и с предиабетом ( $p = 0,044$ ). Повышение уровня мочевои кислоты на каждый мкмоль/л было ассоциировано с повышением вероятности СД 2 и предиабета ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** В выборке Кузбасса предиабет сопоставим с сахарным диабетом 2 типа по распространенности ключевых факторов сердечно-сосудистого риска. Повышение сердечно-лодыжечного сосудистого индекса и уровня мочевои кислоты является предиктором наличия предиабета, СД 2.

## **СКРИНИНГ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕРЕД АОРТОАОРТОКОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОННОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ПРОГРАММЫ**

БЕЗДЕНЕЖНЫХ Н.А., СУМИН А.Н., БЕЛИК Е.А., НОСКОВ М.А., БАРБАРАШ О.Л.  
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, РФ

**Цель.** Оценить распространённость нарушений углеводного обмена (НУО), установленных путём активного скрининга у пациентов с ишемической болезнью сердца перед аортокоронарным шунтированием (АКШ).

**Материал и методы.** Пациентам, поступавшим в клинику НИИ КПССЗ на плановое АКШ с 01.05.2016 г. до 01.05.2018 г., не имеющим установленного сахарного диабета, проводилось обследование на наличие НУО. Всем пациентам определялись глюкоза крови натощак, гликированный гемоглобин (HbA1c) и при отсутствии противопоказаний проводился пероральный глюкозотолерантный тест. Полученные результаты лечащим врачом пациента вносились в поля программы «Скрининг нарушений углеводного обмена перед операцией аортокоронарного шунтирования», которая разработана авторами и встроена в медицинский портал учреждения. Экспертная программа представляет собой алгоритм диагностики НУО, и по совокупности данных на основании актуальных клинических рекомендаций выставляет диагноз: сахарный диабет (СД) 2 типа, нарушение гликемии натощак, нарушение толерантности к глюкозе (или их сочетание), либо нормогликемия. С использованием вышеописанной программы проведено обследование пациентов, подвергшихся АКШ с 01.05.2016 г. до 01.05.2018 г. и внесенных в Регистр АКШ, в окончательный анализ вошли 649 пациентов, удовлетворительно обследованные в рамках активного скрининга нарушений углеводного обмена.

**Результаты.** Проведение скрининга перед АКШ увеличило число пациентов с установленным СД 2 типа с 25,4% (n=165) до 33,2% (n=216), число лиц с предиабетом с 1,7% (n=11) до 30,1% (n=195), общее число лиц с любыми установленными нарушениями углеводного обмена с 27,2% (n=176) до 63,3% (n=411). Таким образом после активного скрининга лишь 36,7% (n=238) пациентов имели нормальный углеводный обмен. При проведении обследования использовалась разработанная экспертная программа скрининга, что позволило кардиологам стационара без привлечения эндокринолога установить диагноз НУО. Диагноз был внесен в выписной эпикриз пациента с соответствующими рекомендациями по изменению образа жизни и амбулаторному наблюдению.

**Выводы.** Пациенты с ишемической болезнью сердца имеют чрезвычайно высокую распространённость нарушений углеводного обмена. При сплошном проведении скрининга перед АКШ 63,3% пациентов с ИБС имели то или иное нарушение углеводного обмена (до скрининга – 27,2%). Разработка экспертной программы позволяет врачу любой специальности установить диагноз НУО.

## ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

БЕЙЛИНА Н.И.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, РФ

**Актуальность.** Ожирение рассматривается не только в ассоциации с инсулинорезистентностью, системным воспалением, но и накоплением триглицеридов в гепатоцитах с развитием метаболически ассоциированной болезни печени.

**Цель.** Определить частоту встречаемости ожирения, гиперхолестеринемии и изменений печени при ультразвуковом исследовании (УЗИ) печени у пожилых пациентов с МАЖБП

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 22 мужчины, средний возраст  $58,6 \pm 3,7$  лет и 78 женщин, средний возраст  $63,7 \pm 1,6$  лет, отвечающие критериям постановки диагноза МАЖБП.

Проводились: оценка анамнеза, антропометрия, определение индекса массы тела (ИМТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) печени; определение холестерина. Статистическая обработка – критерии Пирсона, с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера, Стьюдента (достоверная разница при  $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Ожирение – ведущий признак МАЖБП. Избыток массы тела и ожирение определен у 62 жен. (79,5%) и 16 муж. (72,7%) –  $p > 0,05$ . Избыток массы тела был у 28 (35,9%) женщин и 9 (40,9%) мужчин; ожирение I степени – 17 (21,8%) женщин и 5 (22,7%) мужчин, II степени – 11 (14%) и 2 (9,1%) соответственно, III степени – 8 (10%) женщин. Гендерные различия не достоверны.

Лабораторным признаком нарушения липидного обмена является гиперхолестеринемия. Среди пациентов повышенный уровень холестерина имели 38 женщин (48,7%) и 5 мужчин (22,7%),  $p > 0,05$ . Прием статинов – дополнительный критерий МАЖБП. Принимали статины и имели нормальный уровень общего холестерина 18 женщин и 8 мужчин (соответственно 23,1% и 36,4%,  $p > 0,05$ ).

По результатам УЗИ гиперэхогенная печень выявлена у 75 женщин (96%) и 22 мужчин (100%) ( $p > 0,05$ ), увеличение размеров печени – 34 чел. (43,6%) и 13 чел. (59%) соответственно ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Среди пациентов с МАЖБП пожилого возраста 79,5% женщин и 72,7% мужчин имеют избыток массы тела/ожирение; гиперхолестеринемия – 48,7% и 22,7% соответственно, повышение эхогенности печени – в 96% и 100% случаев. Широкое распространение клинических, лабораторных и инструментальных признаков нарушения жирового обмена у пациентов с МАЖБП обосновывает поиск дополнительных критериев для установления диагноза у пациентов пожилого возраста, имеющих ожирение, гиперхолестеринемия и гиперэхогенную печень.

## **САРКОПЕНИЯ, АСТЕНИЯ И ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ**

БЕЛОУСОВА Е.Н., МУХАМЕТОВА Д.Д., ХАЗИЕВА Г.Р., ГАЛИЕВА А.М.,  
ВАЛИТОВА А.Д.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ*

**Актуальность.** Мальнутриция, саркопения и печеночная энцефалопатия (ПЭ) являются частыми осложнениями цирроза печени (ЦП), которые влияют на тяжесть течения болезни и являются предикторами смерти у пациентов с ЦП. На данный момент основным методом терапии терминальной стадии заболевания печени является трансплантация печени (ТП).

**Цель.** Оценить наличие и степень выраженности саркопении, астении и ПЭ у пациентов с ЦП до и после ТП.

**Материал и методы.** В исследование было включено 67 пациентов с ЦП, включённых в лист ожидания ТП, и 20 пациентов – после ТП (через 6 мес. после ТП). Средний возраст пациентов до ТП составил  $52,1 \pm 1,5$  год, после ТП –  $49,8 \pm 2,5$  лет. По полу пациенты распределились следующим образом: до ТП женщин – 42 (63%), мужчин – 25 (37%); после ТП мужчин и женщин по 50%. Тяжесть ЦП оценивалась по индексу Чайлд-Пью: класс А – 17 (25%) пациентов, класс В – 25 (37,5%), класс С – 25 (37,5%). Средний балл MELD – 13,5 [8; 20]. Мышечная масса оценивалась измерением окружности плеча (МУАС), мышечная сила – динамометрией, для выявления степени астении использовался Liver Frailty Index (LFI), для определения стадии ПЭ использовались критерии West-Haven, применялся тест связи чисел (ТСЧ), оценивался уровень аммония капиллярной крови.

**Результаты.** В группе пациентов с ЦП до ТП среднее значение МУАС составило 26 [23; 29] см, средняя сила сжатия руки – 20,5 [16,9; 24,2] кг. Среднее значение индекса LFI составило 4,13 [3,64; 4,81], что соответствует определению «pre-frail». Согласно критериям West-Haven, 82 (91%) пациентов с ЦП имели ПЭ: минимальная – 25 (30%), 1 ст. – 43 (52%), 2 ст. – 14 (18%), среднее значение ТСЧ составило 68 [49; 113] сек, уровень аммония крови был 101,5 [76; 152] мкмоль/л. В группе после ТП не было выявлено статистически значимой разницы по сравнению с группой до ТП по значению МУАС (27,8 [26; 29,5] см,  $p > 0,05$ ), средней силе сжатия руки (20,35 [17,05; 24,9] кг,  $p > 0,05$ ), значению индекса LFI (4,27 [3,65; 4,47],  $p > 0,05$ ), времени выполнения ТСЧ (55,68 [33; 74] сек,  $p > 0,05$ ). Уровень аммония крови после ТП был значимо ниже, чем в группе до ТП (47 [36; 59] vs 101,5 [76; 152] мкмоль/л ( $p < 0,05$ )).

**Выводы.** *Разница показателей саркопении, астении и ПЭ в группах пациентов с ЦП до и после ТП не выявлена, что указывает на сохранение признаков данных осложнений и после ТП через 6 мес. Была выявлена нормализация показателей аммония крови после ТП.*

## ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

БИКУШОВА И.В., СМИРНОВА Е.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, РФ

**Актуальность.** Фибрилляция предсердий (ФП) – самое распространенное нарушение ритма сердца в современной клинической практике, значительно повышающее риск ишемического инсульта (ИИ). Одну из серьезных проблем представляет развитие у пациентов с ФП ИИ кардиоэмболического подтипа, связанного с высоким риском смерти и инвалидности.

**Цель.** Проанализировать клинические характеристики пациентов с ФП и кардиоэмболическим инсультом (КЭИ), оценить качество первичной и вторичной профилактики ИИ.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных с КЭИ, развившимся на фоне ФП, проходивших лечение в нейрососудистом отделении ГБУ РО ГКБ № 11 с 01.01.2023 г. по 31.06.2023 г.

**Результаты.** Обследовано 117 пациентов (76 женщин, 41 мужчина, средний возраст  $76,3 \pm 8,9$  лет). Перманентная ФП имела место у 49 пациентов (41,9%), персистирующая – у 39 (33,3%), пароксизмальная – у 29 (24,8%), впервые выявленная – у 3 (2,6%). Средний балл по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc –  $5,7 \pm 1,2$ , по шкале HAS-BLED –  $2,2 \pm 0,6$ . АГ и ИБС страдали все 117 пациентов, сахарным диабетом 2 типа – 36 (30,8%), ХБП II-IV ст. – 25 (21,4%), ХСН II-IV ФК – 113 (96,6%), 21 пациент (17,9%) перенес повторный ИИ. Тяжесть инсульта по шкале NIHSS –  $10,6 \pm 7,2$  баллов, ОХС –  $5,1 \pm 1,4$  ммоль/л, b-ЛПП –  $52,5 \pm 28,7$  ммоль/л. Атеросклероз брахецефальных артерий со стенозом 50-70% выявлен у 41 больного (35%). На момент КЭИ антигипертензивные препараты принимали только 46 пациентов (39,3%), гиполипидемические – 25 (21,4%). Терапию оральными антикоагулянтами до КЭИ получали лишь 25 пациентов (33%), 15 из них (60%) не соблюдали режим дозирования. Причины отмены антикоагулянтной терапии (АКТ): нежелание принимать – 17 пациентов (33,3%), высокая стоимость – 13 (25,5%), развитие осложнений – 6 (11,8%). В 29,4% случаев антикоагулянты заменены на антиагреганты. Адекватность АКТ после выписки из стационара изучена в группе выживших пациентов (76 человек) путем телефонного опроса, который показал, что соблюдают рекомендации по АКТ после перенесенного КЭИ только 75% пациентов.

**Выводы.** Несмотря на высокий риск тромбоемболических осложнений, пациенты с ФП не получают адекватной АКТ на амбулаторном этапе. Даже после перенесенного КЭИ приверженность к АКТ недостаточная.

## ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

БИСОВ А.С., ПОБЕДЕННАЯ Г.П., БОЙЧЕНКО П.К.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, РФ*

**Цель.** Изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных ВП с ГЭРБ.

**Материал и методы.** Наблюдали 121 человека, в т.ч. 87 больных с ВП и 36 больных с ГЭРБ, в т.ч. у 38 пациентов диагностировали ВП без ГЭРБ (I группа), у 49 – ВП с ГЭРБ (II группа) у 36 больных была ГЭРБ без ВП (III группа) в среднем возрасте  $46,8 \pm 3,4$  года. У пациентов в крови исследовали показатели Т- и В-лимфоцитов, иммуноглобулинов (Ig) А, М, G, функциональной активности моноцитов: фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ). В контрольную группу вошли 34 здоровых донора такого же возраста и пола.

**Результаты.** В I группе отмечено снижение уровня CD3<sup>+</sup>- и CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов при небольшом увеличении показателя CD8-лимфоцитов, что обусловило снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ) в 1,2 раза. Во II группе наблюдалось значительное снижение абсолютного и относительного количества CD3<sup>+</sup> и CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов по сравнению с I группой при отсутствии динамики CD8<sup>+</sup>-клеток, что сопровождалось снижением ИРИ у этих пациентов в 1,3 раза от аналогичного в I группе. В III группе отмечено снижение CD3<sup>+</sup>-клеток на 10% от нормы с тенденцией к снижению ИРИ. Количество В-лимфоцитов оставалось в пределах контрольного во всех группах. В I группе наблюдалось повышение уровня IgG в 1,2 раза от контрольного с неизменным IgA и повышенным в 1,3 раза IgM. Во II группе отмечено увеличение концентрации IgG в 1,2 раза от показателя I группы с повышенными IgA и IgM. У больных III группы значения всех Ig не отличались от контрольных. ФЧ и ФИ моноцитов у больных ВП диагностировались повышенными у больных I группы в 1,2 раза от контрольных, отмечены сниженными соответственно в 1,2 и 1,3 раза по сравнению с контрольными во II группе. В III группе наблюдался функциональный дисбаланс неспецифического иммунитета: при неизменном ФЧ был сниженным ФИ.

**Вывод.** У больных ВП на фоне ГЭРБ отмечена вторичная иммунная недостаточность со стороны клеточного и гуморального иммунитета.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА**

БЛАГИНИНА И.И., БЛУДОВА Н.Г.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, РФ*

**Актуальность.** Установлено, что у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) частота развития расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) колеблется от 24% до 60%, а дисбаланс в работе вегетативной нервной системы (ВНС) усугубляется на фоне повышенной тревожности и депрессивных расстройств.

**Цель.** Исследовать показатели вегетативного гомеостаза у больных АС с РТДС.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 55 больных АС (37 мужчин и 18 женщин), (возраст –  $43,7 \pm 7,9$  года, продолжительность АС –  $8,2 \pm 1,2$  года) с подтвержденными признаками РТДС. Для исследования вариабельности сердечного ритма (ВСР) использовали статистические характеристики и результаты спектрального анализа. Качество жизни (КЖ) пациентов оценивали по опроснику Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), позволяющему оценить два компонента здоровья – суммарный физический (PSH) и психологический (MSH).

**Результаты.** Оценка вегетативной реактивности, проведенная у пациентов, продемонстрировала следующие статистические и спектральные показатели ВСР: Мо – 0,78 (0,64; 0,85) с; АМо – 46 (43; 52) %; SDNN 63 (48; 70) мс; рNN50 – 6 (2; 13) %; ВР – 0,16 (0,11; 0,18); ИВР – 312,5 (255,6; 409,1); ИН – 192 (151; 261); ТР – 960 (745; 1430) мс<sup>2</sup>; HF – 156 (95; 412) мс<sup>2</sup>; LF – 390 (280; 502) мс<sup>2</sup>; VLF – 575 (460; 665) мс<sup>2</sup>; LF/HF – 1,89 (1,21; 2,86). Показатели ВСР, полученные у пациентов с РТДС свидетельствуют о преобладании симпатических влияний (повышение соотношения LF/HF, низкий ТР) и доминировании оборонительного компонента в структуре вегетативной обеспеченности. Зарегистрированные у пациентов с РТДС низкие, в сравнении с нормативными, показатели ТР, в большей степени за счёт высокочастотного компонента (HF), указывают на снижение устойчивости к психоэмоциональному напряжению. При проведении корреляционного анализа между показателями ВСР и КЖ у данных пациентов были получены следующие результаты - прямая корреляционная связь средней силы между VLF, ТР с PSH, MSH, которые свидетельствуют о разбалансировке симпатических и парасимпатических влияний с преобладанием симпатического звена ВНС.

**Вывод.** *Полученные результаты подтверждают доминирование симпатического звена регуляции у больных АС с РТДС.*

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

БЛУДОВА Н.Г., БЛАГИНИНА И.И., РЕБРОВ Б.А., БЛАГОДАРЕНКО А.Б.,  
КНЯЗЕВА А.К.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, РФ*

**Актуальность.** Наличие сахарного диабета (СД) у пациентов артериальной гипертензией (АГ) сопряжено с очень высоким риском сердечно-сосудистых (СС) событий, поэтому остается актуальным поиск наиболее эффективных комбинаций гипотензивных препаратов.

**Цель.** Изучить эффективность комбинаций гипотензивных препаратов с использованием азилсартана у пациентов с АГ на фоне СД 2 типа.

**Материал и методы.** В исследование включены 36 пациентов с АГ на фоне СД 2 типа. Начальная доза азилсартана составляла 40 мг/сут в комбинации с хлорталидоном 12,5 мг/сут. При недостаточном эффекте доза хлорталидона была увеличена до 25 мг/сут. При отсутствии целевых показателей АД, после 8 недель наблюдения доза азилсартана была увеличена до 80 мг/сутки, доза хлорталидона составляла 25 мг/сут. Период наблюдения составил 12 недель. Кроме того, пациенты в комбинации получали  $\beta$ -блокаторы (32%), антагонисты Са (86%). В исследование включались больные, не имеющие в анамнезе ИМ или инсульта, тяжелой почечной или печеночной патологии. Эффективность терапии оценивали по достижению целевого АД через 1, 4, 8 недель.

**Результаты.** Показатели САД/ДАД исходно составляли  $164 \pm 11$  и  $97 \pm 6$  мм рт.ст. соответственно. Через 1 неделю динамика значений САД и ДАД составила в среднем  $11,3/7,1$  мм рт.ст., целевые значения АД не достигнуты. Через 4 недели наблюдалось снижение САД до  $140 \pm 15$  мм рт.ст., ДАД до  $83 \pm 6$  мм рт.ст. Динамика показателей САД/ДАД через 4 недели составила в среднем  $13,1/7,2$  мм рт.ст., целевые значения АД достигнуты у 19 (53%) пациентов. Остальные 16 пациентов продолжили прием азилсартана в прежней дозе 40 мг/сут в сочетании с хлорталидоном 25 мг/сутки, 5 пациентов - прием азилсартана в дозе 80 мг/сутки. К 8 неделе динамика САД/ДАД составила в среднем  $9,8/6,4$  мм рт.ст. Целевые значения АД были достигнуты еще у 9 пациентов и в целом этот показатель составил 81%. В течение всего периода наблюдения не отмечалось клинически значимых нежелательных явлений, требующих прекращения приема препарата.

**Вывод.** *Комбинированная гипотензивная терапия с использованием азилсартана показала высокую эффективность и безопасность у пациентов с АГ на фоне СД 2 типа.*

## КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ПРИМЕРЕ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА АЛЕКСАНДРОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

БОГОМОЛОВ А.Н., КУРОЧКИНА О.Н.

СПб ГБУЗ «Александровская больница», г. Санкт-Петербург, РФ

**Актуальность.** Регистр острого коронарного синдрома (ОКС) позволяет оценить реальную клиническую практику лечения ОКС. Характеристики больных ОКС, поступивших в региональный сосудистый центр крупного города Северо-Западного региона, изучены недостаточно.

**Цель.** Определить роль клинических характеристик больных с ОКС.

**Материал и методы.** Выполнен анализ регистра пациентов с ОКС, поступивших в сосудистый центр Александровской больницы г. Санкт-Петербург с сентября 2016 г. по ноябрь 2023 г. Обработка данных проводилась с использованием статистических программ Excel, Xlstat. Корреляция между различными факторами и госпитальной летальностью оценивали с применением метода логистической регрессии и ROC- анализа. Критерием статистической значимости считали значения  $p < 0.05$ .

**Результаты.** Всего в регистре 12408 человек, из них мужчин 7122 (57,4%), женщин 5286 (42,6%). Средний возраст пациентов  $65 \pm 12,1$  лет. Диагноз при поступлении: ОКС с подъемом сегмента ST – у 2385 (19,2%), ОКС без подъема ST – у 6288 (50,7%), нестабильная стенокардия – у 1948 (15,7%), другой диагноз – у 1787 (14,4%) пациентов. Клинические симптомы (количество человек): слабость – у 7214 (58,1%), боль/дискомфорт в груди – у 3009 (24,3%), одышка/удушие – у 903 (7,3%), сердцебиение – у 256 (20,6%), церебральная недостаточность – у 230 (18,5%), тахикардия – у 22 (0,2%), тошнота – у 31 (0,2%), другое – у 12 (0,1%), бессимптомное течение заболевания – у 1111 (9,0%) человек. Класс сердечной недостаточности Killip: I – у 7820 (63,0%), II – у 2208 (17,8%), III – у 574 (4,6%), IV – у 235 (1,9%) больных. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет – у 2627 (21,2%), перенесенный инфаркт миокарда – у 3356 (27,0%), заболевания периферических артерий – у 350 (2,8%), онкологические заболевания – у 509 (4,1%), перенесенный инсульт – у 1361 (11,0%), почечная недостаточность – у 270 (2,2%), операции на сердце – у 494 (4,0%), кровотечения – у 146 (1,2%) больных. Неблагоприятные события за время госпитализации развились у 1530 (12,3%) человек, в том числе: новая сердечная недостаточность – у 454 (3,6%), кардиогенный шок – у 531 (4,3%), отек легких – у 379 (3,1%), тахиаритмия – у 196 (1,6%), остановка кровообращения – у 569 (4,6%), фибрилляция желудочков – у 83 (0,7%), атриовентрикулярная блокада – у 93 (0,8%), гемоперикард/тампонада сердца – у 18 (0,3%), механическое повреждение – у 24 (0,4%), тромбоз/ТЭЛА – у 55 (0,6%), ОНМК – у 34 (0,5%), другие – у 147 (1,2%) больных. Умерло за время госпитализации 668 (5,4%) человек.

**Вывод.** Данные регистра позволяют определить клинические признаки течения ОКС.

## НЕИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ – ДОЛГИЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

БОНДАРЕНКО Е.М., ХАРЧЕНКО Д.П.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, РФ

ГБУЗ СК «СККБ», г. Ставрополь, РФ

**Описание случая.** Больная Б., 68 лет, жалобы на ежедневное повышение температуры до 38-39°C (на протяжении 1,5 лет), боли в грудной клетке, при глубоком вдохе и выдохе, одышку при малой нагрузке, выраженную слабость. Из анамнеза: больна с апреля 2022 г., когда на фоне полного благополучия появились боли в грудной клетке, больше слева, повышение температуры тела до 37,6°C. Весной 2023 г. отмечает усиление болей, температура тела стала повышаться до 38-39°C, сопровождалась ознобами, появилась одышка, выраженная слабость. В общем анализе крови (ОАК): лейкопения, анемия. Были выполнены колоноскопия и эзофагогастродуоденоскопия – патологии не выявлено. Обследована у гематолога, данных за лимфопролиферативное заболевание не получено. В январе 2024 г. усиление интенсивности болей в груди, нестабильность АД, госпитализирована в СККБ. В ОАК при поступлении: лейкопения, анемия, тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка 70,9 мг/л. При выполнении ЭхоКГ были выявлены: краевой кальциноз створок аортального клапана, с краевыми гиперэхогенными наслоениями различной степени их организации. Данные чрезпищеводной ЭхоКГ подтвердили наличие вегетаций. Учитывая неоднократные отрицательные результаты посевов крови, мочи, мокроты, нормальный уровень прокальцитонина крови в динамике, отсутствие эффекта на терапию различными группами антибактериальных препаратов, после исключения онкологического, вирусного, а также инфекционного процессов, больной были назначены глюкокортикостероиды (ГКС). На фоне их применения отмечается положительная динамика – уменьшение болей в груди, нормализации температуры тела, лабораторных показателей. Больной был проведен скрининг на аутоиммунные заболевания: АНФ Нер-2 1:2560, АТ к кардиолипину, АТ к бета2-гликопротеину, АТ к фосфолипидам Ig M, SSA/Ro-52 положительные. Установлен клинический диагноз: Системная красная волчанка, подострое течение, высокая активность. Вторичный антифосфолипидный синдром. Поражение сердца было расценено как неинфекционный эндокардит Либмана-Сакса. Согласно стандартам лечения, была проведена инфузия циклофосфида (курсовая доза 800 мг), продолжен прием ГКС 40 мг/сут, гидроксихлорохин 400 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут.

**Заключение.** Данный клинический случай демонстрирует трудности постановки диагноза, учитывая возраст больной, длительность заболевания, отсутствие поражения почек.

## ГИПЕРУРИКЕМИЯ – ВАЖНЫЙ ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

БОРОВКОВА Н.Ю., КУРАШИН В.К., ТОКАРЕВА А.С.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, РФ

**Цель.** Проанализировать распространенность гиперурикемии (ГУ) и ее взаимосвязи с другими сердечно-сосудистыми факторами риска (ФР) на примере популяции Нижегородского региона.

**Материал и методы.** В ходе исследования ЭССЕ-РФ3 в Нижегородском регионе было отобрано 2501 человек в возрасте 35-74 года. Всем участникам проводилось анкетирование с целью выявления имеющихся ФР, физикальное обследование и забор крови для проведения лабораторных исследований. ГУ выявлялась при уровне мочевой кислоты в сыворотке крови  $\geq 360$  мкмоль/л у женщин и  $\geq 420$  мкмоль/л у мужчин. Для построения прогностической модели риска ГУ использовался метод бинарной логистической регрессии с включением в качестве переменных других сердечно-сосудистых ФР. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 26» (США).

**Результаты.** Среди обследованной выборки ГУ была выявлена у 23,1% респондентов. Распространенность ГУ среди мужчин составила: в группе 35-39 лет – 21,2%, 40-44 года – 30,2%, 45-49 лет – 27,7%, 50-54 года – 27,7%, 55-59 лет – 28,5%, 60-64 года – 26,6%, 65-69 лет – 22,5%, 70-74 года – 23,0%, а среди женщин: в группе 35-39 лет – 11,9%, 40-44 года – 10,4%, 45-49 лет – 16,2%, 50-54 года – 21,7%, 55-59 лет – 21,5%, 60-64 года – 30,0%, 65-69 лет – 22,2%, 70-74 года – 27,3%. Анализ построенной регрессионной модели показал факторы, наиболее значимо опосредующие риск ГУ: снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (отношение шансов (ОШ) 3,383, 95% доверительный интервал (ДИ) 2,334-4,903;  $p < 0,001$ ), наличие артериальной гипертензии (ОШ 2,014, 95% ДИ 1,585-2,559,  $p < 0,001$ ), повышенный уровень С-реактивного белка (ОШ 2,099, 95% ДИ 1,679-2,623,  $p < 0,001$ ), а также абдоминальное ожирение (ОШ 1,982, 95% ДИ 1,399-2,808,  $p < 0,001$ ) и повышенный индекс висцерального ожирения (ОШ 1,816, 95% ДИ 1,471-2,241,  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** ГУ была выявлена у четвертой части взрослого населения Нижегородского региона. При этом наиболее тесную связь с ГУ продемонстрировали такие ФР, как сниженная скорость клубочковой фильтрации, артериальная гипертензия, повышенный уровень С-реактивного белка, а также абдоминальное ожирение и повышенный индекс висцерального ожирения.

## УРОВЕНЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИЕЙ КРОВОТОКА

БРОВИН Д.Л., ШЕЛЬТИНГ А.С., ГУЧУА Н.Г., КУЛЕШОВА Д.В., КОВАЛЕВ А.А., ДОЛГУШЕВ Д.А.

ООО «Мой медицинский центр» (ММЦ-МК), г. Санкт-Петербург, РФ  
ЧОУВО "СПбМСИ", г. Санкт-Петербург, РФ

**Цель.** Определить минимальный уровень прокальцитонина, который ассоциируется с повышенным риском инфекции кровотока у пациентов пожилого возраста.

**Материал и методы.** Проведена ретроспективная оценка 150 историй болезни пациентов в возрасте от 60 до 97 лет (медиана 79 лет), находившихся в общесоматическом круглосуточном стационаре клиники ММЦ-МК и имевших воспалительный процесс различной этиологии. Наиболее частой причиной воспаления в исследуемой группе была респираторная инфекция (41,9%) и инфекция мочевыводящих путей (30,4%), реже – инфекционное поражение мягких тканей (7,4%), в рамках паранеопластического синдрома (3,4%). С целью исключения инфекции кровотока (ИК) выполнялся посев крови на стерильность. Прокальцитонин (ПКТ) оценивался в сыворотке крови количественным и качественным методами – иммунохемилюминесцентный (Abbott, USA; анализатор Architect 2000) и иммунохроматографическим (BRAHMS, Германия), соответственно. Статистический анализ проводился в программе SPSS (17.0 версия).

**Результаты.** У 31,3 % обследованных пациентов (n=47) была диагностирована ИК, из них 65,9% (n=31) имели синдром системного воспалительного ответа (ССВР). Концентрация ПКТ у пациентов с ИК была выше, чем у пациентов без ИК [1,63 (0,09; 50,01) нг/мл и 0,45 (0,04; 54,54) нг/мл; p <0,05]. Концентрация ПКТ у пациентов с ССВР была выше, чем у пациентов без ССВР (p <0,05). ИК чаще встречалась у пациентов с квартилем ПКТ <0,5 нг/мл (36,7%; n=18) и >10 нг/мл (26,5%; n=13) при этом наиболее частым возбудителем ИК в первом случае была Грам (+) флора, а у пациентов с уровнем ПКТ >10 нг/мл – Грам (-) флора. Установлено, что при уровне ПКТ  $\geq 0,5$  нг/мл у обследованных пациентов риск ИК повышен в 2,32 раза при 95% ДИ 1,15-4,69; p <0,05. В то же самое время при уровне ПКТ  $\geq 0,25$  нг/мл у 36,2% пациентов была диагностирована ИК, однако достоверной разницы с группой сравнения не получено (p >0,05).

**Выводы.** У пациентов пожилого возраста с воспалительным процессом при уровне ПКТ  $\geq 0,5$  нг/мл достоверно повышен риск инфекции кровотока. Повышение уровня ПКТ  $\geq 0,25$  нг/мл в данной возрастной группе можно рассмотреть, как потенциальный фактор риска инфекции кровотока.

## ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

БУБМАН Л.И., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ГОЛИМБЕКОВА М.В., МЕЛЬНИКОВА К.Д., ПИЛЯРОВА М.Х., МОЛОЧНИКОВ А.Ю., МАРЧЕНКО И.П., ЛЫТКИНА К.А., БУРИЕВ И.М., МЕЛКОНЯН Г.Г.

ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Изучить частоту и характер венозных тромбозов и эмболий (ВТЭО) у пациентов с боевыми ранениями конечностей.

**Материал и методы.** В проспективное наблюдательное исследование включено 290 пациентов, перенесших ранение нижних или/и верхних конечностей в сроки от 4 до 58 дней (в среднем  $16,4 \pm 8,7$  дня) до поступления в стационар. Средний возраст пациентов достигал  $36,2 \pm 9,3$  лет. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование вен конечностей, определение АЧТВ, протромбинового времени, МНО. У 15 пациентов была проведена тромбоэластограмма.

**Результаты.** В изученной группе пациентов частота ВТЭО составила 23,9%. У 65,7% пациентов с ВТЭО наблюдались тромбозы глубоких вен голени, у 23,5% - вен бедра, у 10,8% - подколенных вен. Средний возраст пациентов с ВТЭО достигал  $37,6 \pm 10,3$  лет, без ВТЭО -  $35,3 \pm 8,6$  лет ( $p=0,05$ ). В группе пациентов с ВТЭО 43% раненых были в возрасте 40 лет и старше, без ВТЭО - 32,2% ( $p < 0,00001$ ). Среди раненых с ВТЭО 35,3% были с ампутированными конечностями, без ВТЭО - 21,1% ( $p=0,01$ ). У пациентов с ампутациями частота ВТЭО достигала 45%, без ампутаций - 25% ( $p=0,003$ ). Относительный риск (ОР) возникновения ВТЭО у пациентов с ампутированными конечностями составил 2,3 (ДИ 1,3-3,9). ОР возникновения ВТЭО у пациентов с ампутациями нижних конечностей на уровне бедра достигал 4,1 (ДИ 1,6-10,7). Зарегистрированы различия между группой раненых с ВТЭО и без ВТЭО по уровню общего белка ( $58,0 \pm 7,3$  и  $61,6 \pm 7,4$  г/л, соответственно;  $p=0,003$ ), альбумина ( $30,2 \pm 4,5$  и  $32,8 \pm 4,6$  г/л;  $p=0,006$ ), креатинина ( $101,5 \pm 79,7$  и  $83,1 \pm 12,1$  мкмоль/л;  $p=0,002$ ), гемоглобина ( $98,3 \pm 17,3$  и  $104,2 \pm 16,6$  г/л;  $p=0,02$ ), числу лейкоцитов ( $11,1 \pm 4,9$  и  $9,2 \pm 2,8 \times 10^9$ /л;  $p=0,0009$ ) и нейтрофилов ( $8,2 \pm 4,7$  и  $6,4 \pm 2,4 \times 10^9$ /л;  $p=0,0002$ ). На фоне проводимой в стационаре антикоагулянтной терапии низкомолекулярными гепаринами у 43,4% пациентов наблюдалась реканализация, у 8,5% - умеренная реканализация, у 10,4% - начальная реканализация, у 1,9% - положительная динамика, в 14,1% случаях динамики тромботических масс не зарегистрировано.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о частом развитии ВТЭО у пациентов с боевыми травмами конечностей. Наиболее часто тромботические массы локализуются в венах нижних конечностей. Основным фактором риска ВТЭО являются ампутации.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОК С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

БУЛАТОВА И.А., СОБОЛЬ А.А., ГУЛЯЕВА И.Л.

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ*

**Цель.** Разработать метод прогнозирования риска фиброза печени (ФП) у пациенток с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в постменопаузе.

**Материал и методы.** Было обследовано 70 пациенток с НАЖБП в постменопаузе средним возрастом 51,0 (49,0; 52,0) лет. Стеатоз печени диагностировали методом ультразвукового исследования и с помощью расчетного индекса HSI. Для скрининга ФП применяли индексы APRI и FIB4, подтверждали методом фиброэластометрии. Константа и коэффициенты для формулы были рассчитаны с помощью метода множественной регрессии.

**Результаты.** На основании оценки индексов фиброза были сформированы 2 группы женщин с НАЖБП с низким (n=58) и высоким риском фиброза (n=12). Далее отобраны 4 признака, достоверно влияющие на вероятность фиброза и произведен расчет прогнозируемого риска его формирования по формуле:

$Y = 0,4258 - 0,0038 \times \text{тромбоциты} + 0,0567 \times \text{глюкоза} + 0,0350 \times \text{АСТ} - 0,0110 \times \text{АЛТ}$ , где Y (округленный до целого) – прогнозируемый риск формирования фиброза. При значении Y равном и более 1 прогнозируют высокий риск ФП у пациенток с НАЖБП в постменопаузе, при значении Y менее 1 – риск низкий. Показатели чувствительности и специфичности метода составили 100% и 97,5% соответственно. Проведенная фиброэластометрия у 6 пациенток показала фиброз I стадии в 4 – случаях, фиброз II стадии в 2 случаях.

**Вывод.** Предложенный неинвазивный метод включает доступные лабораторные показатели, имеет хорошие диагностические характеристики, отсутствие «серой зоны» и разработан для группы риска (женщины с НАЖБП в постменопаузе).

## **ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ**

БУТУСОВ М.В., КУЧИН К.В., КЛЕМЕНОВ А.В.

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, РФ*

**Цель.** Оценка клинических особенностей пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от состояния фильтрационной функции почек и упруго-эластических свойств артериальной стенки.

**Материал и методы.** Выборка из 203 пациентов (158 мужчин и 45 женщин) в возрасте 49 [42; 59] лет с диагнозом АГ подвергнута кластерному анализу по двум входным параметрам: скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и пульсовому артериальному давлению (ПАД). Выделено три группы (кластера) пациентов, статистически значимо различающихся по этим показателям: первый (n=42) с нормальными значениями ПАД и СКФ, второй (n=63) с высоким уровнем ПАД и значительно сниженной СКФ, третий (n=87) с нормальным уровнем ПАД и умеренно сниженной СКФ. Далее три сформированных кластера были сопоставлены по ряду клинических, инструментальных и лабораторных параметров.

**Результаты.** Второй кластер был представлен пациентами с более высоким систолическим АД: 145 [130; 160] против 140 [130; 145] и 130 [120; 130] мм рт.ст. (здесь и далее в первом и третьем кластерах соответственно),  $p < 0,001$ , уровнем мочевины сыворотки крови: 5,8 [5,0; 6,7] против 4,6 [3,9; 5,8] и 5,7 [4,9; 6,5] ммоль/л,  $p = 0,007$ , большей частотой поражения органов-мишеней: 28,6 против 7,1 и 0%,  $p < 0,001$ , инфаркта миокарда в анамнезе: 12,7 против 2,4 и 0%,  $p = 0,001$ . Пациенты второго кластера чаще имели вторую стадию АГ: 58,7 против 33,3 и 42,5%,  $p < 0,001$ , реже достигали контроля цифр АД: 11,1 против 2,4 и 1,2%,  $p < 0,001$ , а в итоге характеризовались более высокой градацией суммарного сердечно-сосудистого риска: 28,6 против 11,9% и 6,9%,  $p < 0,001$ .

**Вывод.** *По мере снижения фильтрационной функции почек и упруго-эластических свойств артериальной системы возрастает риск развития сердечно-сосудистых осложнений АГ.*

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, ПРИ ИНФРАКТЕ МИОКАРДА, СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

БЫЧКОВА М.С., РЕЗНИК Е.В.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Оценить диагностические возможности и прогностическую ценность сердечного белка, связывающего жирные кислоты (сБСЖК), при острой сердечной недостаточности (ОСН) и инфаркте миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** У 160 пациентов определен сБСЖК в цельной крови в трех временных интервалах 0-3, 4-8, 24 часа от начала симптоматики при помощи качественных тест-систем иммунохроматографическим методом (КардиоБСЖК, НПО «БиоТест», г. Новосибирск; КАРД-ИНФО, ООО «ОФК-КАРДИО», г. Обнинск). У 45 пациентов причиной госпитализации явилась впервые возникшая (de novo) ОСН, у 55 – острая декомпенсация СН (ОДСН), у 60 – инфаркт миокарда (ИМ). Возраст пациентов с ОСН de novo составил 66 (63-77) лет, с ОДСН – 77 (70-82) года, с ИМ – 65,5 (60-76) лет. Класс по шкале Killip при ОСН de novo был III у 31 (70%) и IV – у 14 (30%).

**Результаты.** В группе с ОСН de novo положительный сБСЖК отмечен в 30 случаях (67%), достоверно чаще, чем у пациентов без ОСН,  $p < 0,001$ . В группе с ИМ положительный маркер отмечен у 47 (78%) пациентов, что было достоверно чаще, чем у пациентов без ИМ,  $p < 0,001$ . При ОСН de novo в первые три часа от начала развития симптомов отмечалась тенденция к более высоким значениям NT-proBNP у пациентов с положительным уровнем сБСЖК, чем у пациентов на фоне ОСН de novo с отрицательным – 420,0 (160-1082) пг/мл vs 358,0 (140-525),  $p=0,05$ . Шанс летального исхода у пациентов с ИМ, ОСН de novo при положительном результате сБСЖК не увеличивался за время госпитализации, но значимо увеличивался в течение года после выписки из стационара.

**Выводы.** *БСЖК может являться маркером повреждения миокарда у больных с ИМ и ОСН de novo, повышающимся в более ранние сроки от начала развития симптоматики. Определение сБСЖК и NT-proBNP повысит точность ранней диагностики ОСН de novo. сБСЖК можно рассматривать как маркер неблагоприятного прогноза у пациентов с ИМ, ОСН de novo.*

## ЭЙКОЗАНОИДЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

ВАГИНА Ю.И., ПОБЕДЕННАЯ Г.П.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, РФ*

**Цель.** Определить содержание эйкозаноидов: лейкотриена В<sub>4</sub> (ЛТВ<sub>4</sub>) и тромбоксана А<sub>2</sub> в сыворотке крови больных внебольничной пневмонией (ВП), сочетанной с ожирением (Ож).

**Материал и методы.** Исследованию подлежали 71 больной в среднем возрасте 38,3±3,6 лет, в т.ч. у 34 больных была ВП, сочетанная с Ож (основная группа), у 37 пациентов была ВП без Ож (группа сравнения). В сыворотке крови всех больных определяли содержание ЛТВ<sub>4</sub> и тромбоксан А<sub>2</sub> (по стабильному метаболиту В<sub>2</sub>) иммуноферментным методом. Для определения референтной нормы были обследованы 25 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

**Результаты.** У пациентов основной группы при начале лечения содержание лейкоцитов в периферической крови было, в среднем, в 1,2 раза больше, чем у пациентов из группы сравнения. Продуктом активированных нейтрофилов является ЛТВ<sub>4</sub>. В основной группе содержание ЛТВ<sub>4</sub> в сыворотке крови отмечено в 30,5 раза выше ( $p < 0,001$ ) нормы или в 2,1 раза выше аналогичного в группе сравнения и в 1,3 раза ( $p < 0,01$ ) выше, чем у больных ВП и нормальной массой тела. Исходное содержание ЛТВ<sub>4</sub> в моче пациентов основной группы было выше, чем у больных группы сравнения, в 1,3 раза ( $p < 0,01$ ) и выше такового у здоровых лиц в 4,0 раза ( $p < 0,01$ ). У больных основной группы начальный показатель ТхВ<sub>2</sub> сыворотки крови был в 12,4 раз ( $p < 0,001$ ) выше аналогичного у практически здоровых лиц и в 1,3 раз выше, чем в крови больных группы сравнения. Показатели ТхВ<sub>2</sub> в моче всех исследованных пациентов были повышенными по сравнению с практически здоровыми лицами в основной группе и группе сравнения, соответственно в 2,0 раза ( $p < 0,01$ ) и 1,3 раза ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с ВП, ассоциированной с Ож, содержание ЛТВ<sub>4</sub> и Тхв<sub>2</sub> в сыворотке крови и моче было значительно выше, чем у пациентов без Ож, что отражало высокую активность вторичных мессенджеров системного воспаления у больных и негативную роль ожирения в его реализации, что способствует синдрому отягощенного течения ВП и риску негативных исходов.

## **ИНТЕРЛЕЙКИН-6 – МАРКЕР СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ**

ВАКУЛЕНКО О.Н., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ЕЛИСЕЕВА Т.А.,  
РОМАНОВА М.А., БУБМАН Л.И., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.

*ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», г. Москва, РФ*

**Цель.** Определить концентрацию интерлейкина-6 (ИЛ-6) в крови и оценить взаимосвязь этого цитокина с рядом патологических состояний у больных старческого возраста и долгожителей с ИБС.

**Материал и методы.** В одномоментное исследование включено 128 больных: 94 пациента с ИБС – в основную группу, 34 без ИБС – в группу контроля. Средний возраст больных достигал  $88,3 \pm 5,3$  года (76-98 лет); 49,2% были старше 90 лет. Большинство больных (68,7%) составляли женщины. Концентрацию ИЛ-6 в крови ( $N < 7,0$  пг/мл) определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Повышенный уровень ИЛ-6 обнаружен у 45,3% больных. Среднее содержание ИЛ-6 составило  $8,2 \pm 6,3$  пг/мл (1,5-36,2 пг/мл). У больных ИБС средняя концентрация ИЛ-6 достигала 9,0 пг/мл, у пациентов без ИБС – 5,8 пг/мл ( $p=0,001$ ). При наличии ХСН выявлены достоверно более высокие уровни ИЛ-6, по сравнению с пациентами без ХСН – 11,2 и 6,6 пг/мл, соответственно ( $p=0,00005$ ). Вероятность обнаружения повышенной концентрации ИЛ-6 у больных ХСН увеличивалась в 3,1 раза, сравнительно с соответствующими показателями в группе без ХСН (отношение шансов 3,1;  $p=0,005$ ). Среди больных с бессимптомной гиперурикемией средние значения ИЛ-6 в крови достигали  $10,8 \pm 4,8$  пг/мл, у пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты –  $6,9 \pm 4,5$  пг/мл ( $p=0,001$ ). Вероятность обнаружения повышенного уровня ИЛ-6 у больных с гиперурикемией повышалась в 5,7 раза, по сравнению с соответствующими показателями у пациентов с нормальным содержанием мочевой кислоты (отношение шансов 5,7; 95% ДИ 1,8-18,1;  $p=0,002$ ). Установлена прямая корреляция между концентрацией ИЛ-6 и общим числом лейкоцитов ( $r=0,29$ ;  $p=0,002$ ), числом нейтрофилов ( $r=0,37$ ;  $p=0,00002$ ) и уровнем фактора некроза опухоли- $\alpha$  ( $r=0,39$ ;  $p=0,007$ ). У больных с повышенным содержанием ИЛ-6 отмечены более низкие показатели базовой функциональной активности по индексу Бартел (70,7 и 80,7,  $p=0,003$ ) и инструментальной активности по шкале IADL (3,4 и 5,0,  $p=0,0002$ ).

**Выводы.** *Результаты исследования свидетельствуют о частом повышении уровня интерлейкина-6 у больных старческого возраста и долгожителей с ИБС. Повышение ИЛ-6 ассоциируется, прежде всего, с ХСН и гиперурикемией.*

## ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

ВАЛЕЕВА Д.И.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, РФ

**Цель.** Исследование уровня макро- и микроэлементов у взрослых лиц с несовершенным остеогенезом (НО).

**Материал и методы.** В исследование, проводимое на базе Клиники Башкирского государственного медицинского университета, были включены 45 пациентов с диагнозом «несовершенный остеогенез», и группа контроля – 45 здоровых лиц без признаков заболеваний костно-мышечной системы, сопоставимого пола и возраста. Биохимические показатели оценивались при помощи наборов реагентов для определения концентрации кальция, меди, неорганического фосфора, цинка, магния в сыворотке крови (АО «Вектор-Бест», Россия). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ Statistica 13.0.

**Результаты.** Концентрации данных макро- и микроэлементов в обеих группах находились в пределах референтных значений. Однако наблюдались статистически значимые различия в уровнях магния ( $p=5,4 \times 10^{-4}$ ) и меди ( $p=6,9 \times 10^{-4}$ ), с более высокими значениями у пациентов с НО. Показатели уровня фосфора ( $p=2 \times 10^{-3}$ ) и цинка ( $p=0,045$ ) были статистически значимо ниже, чем в группе контроля. Различия в уровне кальция не имели статистической значимости, но имели характер тенденции ( $p=0,488$ ). При сравнении показателей у пациентов с разными типами НО и группой контроля, статистически значимые различия наблюдались при каждом типе заболевания. Более высокие уровни магния ( $p=4,9 \times 10^{-4}$ ) и меди ( $p=6,9 \times 10^{-3}$ ), меньший уровень фосфора ( $p=0,012$ ) были у пациентов с I типом. При III типе – ниже уровень цинка ( $p=0,048$ ). Меньший уровень кальция ( $p=0,026$ ) и большее значение меди ( $p=4,4 \times 10^{-3}$ ) в сыворотке крови были у пациентов с IV типом. При гиперпластическом V типе наблюдались наименьшие уровни фосфора в крови ( $p=0,014$ ). Между уровнями цинка и меди установлена обратная умеренная корреляционная связь как в группе НО ( $-0,3$ ), так и в группе контроля ( $-0,32$ ).

**Выводы.** У пациентов с несовершенным остеогенезом наблюдаются статистически значимо более высокие значения уровней магния и меди крови, особенно при I и IV типах заболевания. Показатели уровней цинка и фосфора, напротив, были ниже при всех типах НО, в сравнении с контрольной группой.

**Финансовая поддержка.** Грант в форме субсидий из бюджета республики Башкортостан для государственной поддержки молодых ученых – аспирантов и кандидатов наук (шифр конкурса – НОЦ-ГМУ-2023).

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА**

ВАРЕХА Н.В., СТУКЛОВ Н.И., ГИМАДИЕВ Р.Р., ВАРАКИНА-МИТРАЙ К.А.,  
ЩЕГОЛЕВ О.Б., ГУРКИНА А.А.

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

*ООО «ЛАБХАБ», г. Москва, РФ*

**Цель.** Изучить эффективность применения инструментов машинного обучения (МО) по прогнозированию уровня ферритина сыворотки (ФС) для дифференциальной диагностики железодефицитной анемии (ЖДА) и анемии хронических болезней (АХБ) на основе демографических данных (пол и возраст), клинического анализа крови (КАК), содержания С-реактивного белка (СРБ) и известного (измеренного) ФС у пациентов с анемией.

**Материал и методы.** Набор данных состоял из 52158 обезличенных отчетов, полученных из лабораторной информационной системы сетевых клиничко-диагностических лабораторий: КАК, СРБ и ФС. Для решения задач были использованы два алгоритма: Первая модель прогнозирования уровня ФС у конкретного пациента (регрессия) и вторая модель оценки прогностической точности уровня ФС у пациентов, изначально дифференцированных на группы ЖДА и АХБ по известному уровню ФС (классификация), которые были реализованы с помощью фреймворка `lightautoml`. В задаче регрессии использовались линейная регрессия и градиентный бустинг, в задаче классификации – логистическая регрессия и градиентный бустинг на решающих деревьях.

**Результаты.** В результате Первая модель получила адекватную предсказательную способность ( $R^2=0,72$ , средняя абсолютная ошибка составила 37,6 мкг/л) на тестовой выборке. Среди всех исследуемых параметров выявлена умеренная корреляционная связь между известным уровнем ФС и СРБ у пациентов женского и мужского пола ( $r=0,36$  и  $r=0,33$ ,  $p < 0,05$  и  $p < 0,05$  соответственно), сильная корреляция между известным и прогнозируемым уровнем ФС ( $r=0,89$ ,  $p < 0,05$ ). Вторая модель также показала высокую диагностическую возможность (показатель AUC-ROC: 0,854 и 0,875 для пациентов со сниженным уровнем гемоглобина у лиц женского и мужского пола соответственно).

**Выводы.** *В нашем исследовании представлены результаты разработки двух прогностических моделей с высокой достоверностью предсказания концентрации ФС, которые можно использовать для дифференциальной диагностики ЖДА (прогнозируемый ФС понижен, СРБ в норме) и АХБ (прогнозируемый ФС в норме или повышен, СРБ повышен) с помощью рутинных лабораторных исследований.*

## **ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ МЕТОДОМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ**

ВАСИЛЬЕВА В.П., КОКОРИН В.А., СОЗЫКИН А.В.

*ГБУ «Булунская ЦРБ», п. Тикси, РФ*

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

*РНЦХ им. Б.В. Петровского, г. Москва, РФ*

**Цель.** Дифференцировать стабильные и нестабильные атеросклеротические бляшки (АСБ) у больных стенокардией напряжения (СН) II-III ФК методом оптической когерентной томографии (ОКТ).

**Материал и методы.** Обследован 61 пациент (42 мужчин и 19 женщин, средний возраст  $62,8 \pm 12,4$  лет) со СН II-III ФК. Всем больным проведена ОКТ.

**Результаты.** Средняя протяженность стеноза пораженного участка коронарной артерии (КА) составила  $26,2 \pm 13,8$  мм. Более протяженные стенозы визуализированы при поражении передней нисходящей артерии. У пациентов со СН II ФК в 40,7% случаев липидное ядро АСБ занимало 2 квадранта и более, а у пациентов со СН III ФК в 41,7% – 3 квадранта и более. Значимых различий по толщине фиброзной покрышки (ТФП) бляшек и инфильтрацией макрофагов между группами СН II и III ФК не отмечено. У 47% больных со СН III ФК визуализированы АСБ с ТФП менее 65 мкм со значимой умеренной положительной корреляционной связью с наличием инфильтрации макрофагов и липидного ядра ( $r=0,34$ ,  $p<0,05$ ). Данные изменения расценивали как признак нестабильности АСБ. При протяженных поражениях КА наблюдали случаи наличия нескольких АСБ: как с тонкой ТФП ( $<65$  мкм), так и толстой ТФП ( $88,1 \pm 48,1$  мкм). У пациентов со СН III ФК отмечен более выраженный стеноз сосуда по площади ( $3,54 \pm 1,59$  мм<sup>2</sup>;  $p=0,033$ ). При сужении площади пораженного участка в 2 раза и более наблюдали расширение других бассейнов коронарных артерий с дестабилизацией бляшек, существенно повышающим вероятность наступления инфаркта миокарда (ОШ 7,05; 95% ДИ 1,28-38,62).

**Выводы.** У больных со СН II-III ФК выявлены стабильные (ТФП  $88,1 \pm 48,1$  мкм) и нестабильные АСБ (с ТФП  $<65$  мкм) с большим по объему липидным ядром, инфильтрацией макрофагов. При сужении площади пораженного участка сосуда в 2 раза и более отмечены компенсаторные расширения других КА с признаками дестабилизации и воспаления АСБ, расположенных в этих артериях, и повышением риска развития инфаркта миокарда в 7 раз.

## **ШИРИНА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

ВАСИЛЬЕВА Л.В., ГОСТЕВА Е.В., КРЫШКА А.Н., СУСЛОВА Е.Ю., СКУРКО М.В.  
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ  
БУЗ ВО ВГП №1, г. Воронеж, РФ  
АУЗ ВО «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр», г. Воронеж, РФ

**Актуальность.** Изучение коморбидной патологии является одним из приоритетных направлений. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) часто встречается у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в связи с высокой распространенностью общих факторов риска, в частности курения. Ширина распределения эритроцитов (RDW) отражает вариабельность размера циркулирующих эритроцитов и регистрируется в общем анализе крови.

**Цель.** Изучить особенности RDW и их связь с лабораторно-инструментальными показателями у пациентов с коморбидностью ХОБЛ и ХСНсФВ.

**Материал и методы.** В исследование включены 58 пациентов (57,3±5,2 лет) с ХОБЛ вне обострения и коморбидностью с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ) (группа 1) и 35 здоровых пациентов (контрольная группа). Проанализированы клинические, эхокардиографические, лабораторные характеристики, значения RDW. Референсные значения RDW в нашем исследовании – 11,5-15,5%.

**Результаты.** У пациентов группы 1 значения RDW (%) (16,3 [11,3-24,5]) были достоверно выше (на 16,0%,  $p < 0,05$ ), чем в КГ (13,7 [11,6-16,1]%). У 70,7% (41 чел.) пациентов группы 1 показатель RDW был выше 15,5%, в КГ – только у 11,4% (4 чел.). Сравнение пациентов в группе 1 с повышенными ( $>15,5\%$ ) и нормальными значениями RDW ( $\leq 15,5\%$ ) выявлены более высокие уровни С-реактивного белка (СРБ), индекса соотношения количества нейтрофилов/лимфоцитов (NLR) при более низких (но не достигавших степени достоверности  $p > 0,05$ ) уровнях ОФВ1. У курящих лиц в КГ достоверная зависимость установлена только индексом курящего человека. У пациентов группы 1 установлена высокая положительная корреляционная зависимость уровня RDW с показателями инфламеджинга – СРБ ( $r=0,38$ ,  $p < 0,01$ ), индекса NLR ( $r=0,41$ ,  $p < 0,01$ ), диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ) ( $r=0,33$ ,  $p < 0,05$ ). Проведенный логистический анализ показал, что наличие ДДЛЖ было независимо связано с повышением уровня RDW у пациентов с ХОБЛ и ХСНсФВ (3,2; 95%ДИ: 1,8-7,9,  $p=0,036$ ). У пациентов группы 2 выявлена положительная связь только с индексом курящего человека ( $r=0,53$ ,  $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Уровни RDW были значительно выше у пациентов с ХОБЛ при коморбидности с ХСНсФВ по сравнению лицами без ССЗ и ХОБЛ.

## СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ

ВАСИЛЬЕВА Н.П., ОПАЛИНСКАЯ И.В., БУСАЛАЕВА Е.И., АЛЕКСЕЕВА М.А.,  
ШУЛИКОВА В.А.

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ*

**Актуальность.** Важнейшим фактором риска развития артериальной гипертензии (АГ) является повышенное потребление поваренной соли с пищей. Об этом можно косвенно судить по уровню порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС).

**Цель.** Оценить уровень ПВЧПС у здоровых и больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Материал и методы.** Обследованы 80 человек. Группа 1: 35 пациентов (возраст  $62,4 \pm 1,9$  лет) с АГ и ИБС, перенесшие инфаркт миокарда/коронарную реваскуляризацию. Группа 2: 30 студентов (возраст  $22,1 \pm 2,2$  года). Группа 3: родители обследованных студентов (15 человек, возраст  $49,6 \pm 3,7$  лет). У всех определяли ПВЧПС по модифицированной методике Henkin (1963 г.). Порогом считали наименьшую концентрацию, при которой обследуемый ощущал вкус соли. Средним уровнем ПВЧПС считали 0,16% раствора NaCl. Оценивали антропометрические данные, биохимические параметры, результаты электрокардиографии и эхокардиографии.

**Результаты.** В группе 1 среднее значение ПВЧПС составило  $1,52 \pm 0,07\%$ , при этом высокий уровень ПВЧПС отмечен у большинства (87%), а низкий у 13% обследованных. Средние показатели артериального давления (АД) 146/86 мм рт.ст. Выявлена положительная корреляционная связь общего холестерина и ПВЧПС ( $r=0,26$ ).

В группе 2 среднее значение ПВЧПС  $0,29 \pm 0,04\%$ , средний уровень ПВЧПС в 27%, высокий - в 73% случаев. Средние цифры АД 115/75 мм рт.ст. Выявлена положительная корреляционная связь ПВЧПС с систолическим ( $r=0,37$ ), диастолическим АД ( $r=0,29$ ), индексом массы тела ( $r=0,35$ ).

В группе 3 среднее значение ПВЧПС -  $0,5 \pm 0,06\%$ , у всех он был высоким. Средние цифры АД – 125/80 мм рт.ст.

### **Выводы.**

- *Определение ПВЧПС является простым и надежным методом оценки количества, потребляемой с пищей соли. Уровень АД, индекс массы тела зависят от ПВЧПС у пациентов с ИБС, АГ и у здоровых лиц.*
- *У студентов и их родителей были выявлены сопоставимые значения ПВЧПС, что свидетельствует о необходимости проведения первичной профилактики.*
- *У пациентов с АГ и ИБС уровень общего холестерина положительно коррелирует с ПВЧПС.*

## ДИСЛИПИДЕМИЯ И УРОВЕНЬ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА СРЕДИ ЖЕНЩИН НИЖЕГОРОДСКОГО РЕГИОНА

ВАСИЛЬКОВА А.С., КОНТОРЩИКОВ М.М., МИРОНОВ М.А., КУРАШИН В.К.,  
ТОКАРЕВА А.С., ТУШИНСКАЯ Л.А., БАЙРАМОВА С.О.

*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, РФ*

**Цель.** Изучить связь уровня высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) и дислипидемии (ДЛП) на примере женской популяции Нижегородского региона.

**Материал и методы.** В Нижегородском регионе в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ 3 был обследован 2501 респондент в возрасте 35-74 лет. Число лиц женского пола составило 1267 человек. Среди них гиподислипидемическую терапию не получали 1136 женщин, которые сформировали основную группу исследования. ДЛП регистрировалась при уровнях общего холестерина (ОХС)  $\geq 5,0$  ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП)  $\geq 3,0$  ммоль/л, триглицеридов (ТГ)  $\geq 1,7$  ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП)  $\leq 1,2$  ммоль/л. На этапе анализа взаимосвязи ДЛП и вч-СРБ были дополнительно исключены лица с уровнем вч-СРБ выше 10 мг/л. Для статистической обработки материала использовалась программа «IBM SPSS Statistics 26.0» (США).

**Результаты.** Распространенность ДЛП составила 65,1%. Частота ДЛП в разных возрастных группах варьировала: 35-44 лет – 59,5%; 45-54 лет – 63%; 55-64 лет – 65%; 65-74 лет – 57,2%. Повышенный уровень ХС ЛНП и гипертриглицеридемия имели следующее возрастное распределение: 35-44 лет – 55% и 48,1%; 45-54 лет – 69,8% и 50,1%; 55-64 лет – 66,6% и 54,1%; 65-74 лет – 56,2% и 51,9%, соответственно. Было установлено, что уровень вч-СРБ имел статистически значимую связь со всеми показателями липидного спектра: ОХС ( $r=0,116$ ;  $p=0,00$ ), ХС ЛНП ( $r=0,119$ ;  $p=0,00$ ), ХС ЛВП ( $r=-0,236$ ;  $p=0,00$ ), ТГ ( $r=0,338$ ;  $p=0,00$ ). При анализе возрастных особенностей установленной связи было выявлено, что в группах 55-64 и 65-74 лет отсутствовала статистическая зависимость между показателями ОХС, ХС ЛНП и вч-СРБ, однако уровни ХС ЛВП и ТГ достоверно коррелировали с вч-СРБ вне зависимости от возраста с максимальной силой связи в 35-44 лет для ТГ ( $r=0,427$ ;  $p=0,00$ ) и в 55-64 лет для ХС ЛВП ( $r=-0,267$ ;  $p=0,00$ ).

**Выводы.** *Полученные результаты демонстрируют высокую распространенность различных типов ДЛП среди женщин. Установлена достоверная корреляция ДЛП и вч-СРБ, которая свидетельствует о наличии высокого сердечно-сосудистого риска для всех возрастных групп женского населения в Нижегородском регионе.*

## СИНДРОМ БРУГАДА СО СВОДЧАТЫМ ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST

ВВЕДЕНСКАЯ И.П., КАЛУЖСКИХ Е.В.

*Медицинский Университет «Ревиз», г. Самара, РФ*

**Описание случая.** В кардиологическое отделение поступила пациентка 42 лет с синдромом Бругада со сводчатым подъёмом сегмента ST. На догоспитальном этапе пациентка жаловалась на повторяющиеся эпизоды потери сознания и перебои в работе сердца, головные боли. На этапе скорой помощи: на ЭКГ ритм синусовый, желудочковая экстрасистолия по типу тригеминии, а также спонтанная элевация сегмента ST по типу «свода» в правых прекардиальных отведениях (V1, V2). Повышение АД 200/100 мм. рт.ст. Лечение – этацизин 50 мг по 1 таб. 3 раза в день, метопролол 50 мг, ацетилсалициловая кислота, моксонидин. На этапе приемного покоя: после приема препаратов – потеря сознания. ЭКГ: фибрилляция желудочков. Проведена дефибрилляция 200 Дж, восстановлен синусовый ритм. На ЭКГ: сводчатый подъем сегмента ST. Из анамнеза в возрасте 35 лет появились синкопальные состояния, приступы нарушения ритма в виде экстрасистол. На ЭКГ изменения расценивались как неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Отец и брат умерли внезапно в молодом возрасте.

ЭхоКГ: зоны гипо- и акинезии не лоцируются. Левый желудочек: КДР – 47 мм, КСР 31 мм, диастолический объём – 103 мл, систолический объём - 96 мм, ударный объём – 76 мл, фракция изгнания 67%, фракция укорочения 37%. Толщина задней стенки в диастолу 11 мм, экскурсия движений задней стенки 17 мм. Локальные зоны гипоакинезии не лоцируются. Межжелудочковая перегородка: толщина в диастолу 11 мм, экскурсия движений 0,2, характер движения – норма. Правый желудочек 24 мм, трикуспидальный клапан: створки - не изменены, регургитация – не выявлена. Митральный клапан: диастолическое расхождение створок МК 30, характер движения створок в диастолу –разнонаправленный M –образный E/A=1,3, Левое предсердие 33 мм. Лёгочная артерия 24 мм. Расчётное систолическое давление 19 мм рт.ст. Наличие перикардального выпота - нет. Нарушений внутрисердечной гемодинамики не выявлено. Тропонин-I, КФК, КФК –МВ, ЛДГ исключили ОКС. Пациентка была направлена в Самарский областной кардиологический диспансер им. В.П. Полякова, где был поставлен кардиовертер-дефибриллятор.

**Заключение.** *Этацизин и метопролол спровоцировали развитие фибрилляции желудочков. Экстренная дефибрилляция – шанс на восстановление синусового ритма.*

## **РЕАКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН**

ВЕБЕР В.Р., ЖМАЙЛОВА С.В., ПАВЛОВА В.А., ПАВЛОВА А.А.

*ИМО НовГУ, г. Великий Новгород, РФ*

**Цель.** Провести сравнительный анализ реакции артериального давления на холодовую пробу (ХП) у здоровых и больных артериальной гипертензией мужчин и женщин.

**Материал и методы.** Обследованы 80 больных АГ II ст., в том числе 42 женщины (средний возраст  $48,3 \pm 1,2$  лет) и 38 мужчин (средний возраст  $49,8 \pm 1,4$  лет). Контрольную группу составили 62 практически здоровых, в том числе 30 женщин (средний возраст  $48,8 \pm 1,2$  лет) и 36 мужчин (средний возраст  $48,6 \pm 1,4$  лет). Всем обследуемым проводилось измерение АД в покое и при проведении ХП (погружение кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 минуту). Рассчитывался показатель среднего артериального давления (АДср).

**Результаты.** В контрольной группе при ХП значительное повышение АДср (на 10% и более) отмечено у 26,7% у мужчин и 16,7% женщин. Значительного снижения АДср (на 10% и более) ни у мужчин, ни у женщин контрольной группы не выявлено. В группе больных АГ выраженные колебания АДср (повышение и понижение на 10% и более) при ХП значительно чаще отмечались у мужчин, нежели у женщин (в 25% и 4,9% случаев, соответственно;  $\chi^2=10,342$ ,  $p=0,001$ ). При этом в группе больных АГ мужчин чаще встречается значительное снижение АДср при холодовом воздействии, которое регистрировалось в 17,4% случаев, тогда как у женщин в 2,4% случаев ( $\chi^2=9,881$ ,  $p=0,002$ ). Значительное повышение АДср при ХП у больных АГ мужчин и женщин отмечалось почти с одинаковой частотой (в 5,6% и 2,4% случаев;  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** При проведении ХП у здоровых гемодинамический ответ характеризуется чаще повышением АД, тогда как у больных АГ чаще наблюдается значительное снижение АДср. Причем у больных АГ мужчин реакция АДср на холодовой стресс более выражена, чем у женщин. Снижение АДср в ответ на ХП, вероятно, свидетельствует о наличии у больных АГ нарушений вегетативной регуляции.

## ОСОБЕННОСТИ ГИПОГЛИКЕМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРОСНИЖАЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ

ВЕЙЦМАН И.А., КАЛИНОВСКАЯ А.А., КУЛИКОВА С.И.  
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, РФ

**Цель.** Оценка причин возникновения гипогликемических состояний и причин, приведших к смерти, у лиц пожилого возраста с сахарным диабетом 2 типа (СД2), находящихся на сахароснижающей терапии.

**Материал и методы.** Пациенты с СД2, госпитализированные в стационар с гипогликемическим состоянием с последующим летальным исходом, на фоне приема сахароснижающих препаратов – 32 человека, из них 20 женщин и 12 мужчин. Средний возраст составил  $72 \pm 5$  лет. Проведен анализ медицинских карт стационарных больных, результатов патологоанатомического вскрытия.

**Результаты.** 80% пациентов находились на терапии пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП), 20% получали инсулинотерапию. При анализе ПССП – 90% принимали препараты сульфонилмочевины в монотерапии, 8% комбинацию из двух ПССП (препараты сульфонилмочевины, метформин), 2% комбинированную тройную терапию (препараты сульфонилмочевины, метформин, ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа). При анализе инсулинотерапии: 85% получали интенсифицированную инсулинотерапию, 12% - только инсулин средней продолжительности действия, 3% - инсулины миксты. При анализе первичной документации выявлено: основные причины гипогликемии: нерегулярный прием пищи, передозировка сахароснижающих препаратов. Факторы риска гипогликемии: снижение когнитивного потенциала, отсутствие контроля глюкозы, одиночное проживание, наличие хронической болезни почек. Основные причины смерти по данным аутопсии: отек головного мозга 90% случаев, острое нарушение коронарного кровообращения 8%, острое нарушение мозгового кровообращения 2%.

**Выводы.** При назначении сахароснижающей терапии у пожилых пациентов с СД2 рекомендуется использовать ПССП с низким риском гипогликемии. Наиболее опасными в отношении гипогликемии являются препараты сульфонилмочевины и инсулин. У пожилых часто гипогликемия сопровождается нетипичной клинической картиной. В связи с вышеизложенным должен быть проведен депрескрайбинг лечения посредством уменьшения дозы, переводом на препараты с низким риском гипогликемий.

## ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У ЛИЦ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

ВЕЙЦМАН И.А., ЧЕГАНОВА Ю.В.

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, РФ*

*УАКСП Санаторий «Барнаульский», г. Барнаул, РФ*

**Цель.** Оценить достижение целевых параметров углеводного обмена и безопасность применения различных схем гипогликемической терапии у лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД2), перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) давностью 2-3 недели, находящихся на реабилитации.

**Материал и методы.** 30 больных с СД2 типа на этапе реабилитации в условиях санатория и перенесших ОИМ в течение 2-3 недель до поступления, из них 9 женщин, 21 мужчин, средний возраст  $62 \pm 5$  лет, длительность заболевания СД2 типа  $8.2 \pm 5$  года. Средний уровень  $HbA1c$   $7,3 \pm 0,6\%$ . Медикаментозная терапия: пероральные сахароснижающие препараты (ПССП).

**Результаты.** 100% пациентов – использовали ПССП, из них 40% находились на монотерапии, 55% использовали двойную комбинацию, 5% тройную комбинацию ПССП. В группе монотерапии достижение целевых параметров гликемии составило 80%, эпизодов гипогликемии не зафиксировано. В группе двойной комбинации метформин + иНГЛТ-2 - достигли цели углеводного контроля 95%, гипогликемии не зафиксировано, метформин и иДПП-4 – эффективность 97%, эпизод легкой гипогликемии - 1, иНГЛТ-2 и иДПП 4 – эффективность 99 %, эпизодов гипогликемии не зафиксировано. При оценке тройной сахароснижающей терапии отмечено: метформин + иНГЛТ-2 + иДПП 4 эффективность 90%, гипогликемических эпизодов не отмечено, метформин + НГЛТ-2 + препараты сульфонилмочевины – эффективность 95%, гипогликемия легкая - 1 случай.

**Выводы.** *Максимальная эффективность при отсутствии гипогликемии отмечена в группе двойной комбинации иНГЛТ-2 и иДПП 4. С учетом необходимости проведения вторичной профилактики у лиц с СД2, перенесших ОИМ, следует стремиться к достижению целевых параметров гликемии с применением ПССП с минимальным риском гипогликемии. Также на этапе реабилитации необходим строгий контроль гликемии и наблюдение эндокринолога с целью своевременной коррекции гликемии.*

## **ФЕТАЛЬНЫЙ ГЕМОГЛОБИН КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

ВОЗНЮК М.А., ЛЕВИТАН Б.Н., ВИЛЯВИНА Е.В.

*ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, РФ*

**Цель.** Усовершенствование ранней диагностики и оценки тяжести хронической болезни почек (ХБП) на основе анализа результатов количественного исследования концентрации в крови фетального гемоглобина (HbF).

**Материал и методы.** Обследовано 110 пациентов с ХБП (49 мужчин и 61 женщина в возрасте от 21 до 80 лет), проходивших лечение в ГБУЗ АО АМОКБ г. Астрахани. Контрольная группа (КГ) - 43 практически здоровых донора соответствующего пола и возраста. Определение в крови концентрации HbF проводилось методом ракетного электрофореза с использованием чистых препаратов HbF и авторских моноспецифических антисывороток к нему.

**Результаты.** Согласно полученным данным медиана концентрации HbF при ХБП составила 1,06 г/л [0,94–1,26] против 2,75 г/л [2,665–2,835] в КГ, что имело статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ).

При анализе средних значений HbF в зависимости от стадии ХБП, подгруппы пациентов с ХБП 1-й и 2-й стадий были объединены. Установлено, что средние значения HbF в подгруппах ХБП 1-2 и ХБП 3 достоверно отличались от пациентов с ХБП 5 ( $p_{1,2-5} < 0,001$  и  $p_{3-5} < 0,001$ ). При этом наблюдалось снижение уровня HbF при прогрессировании ХБП от 1-й к 5-й стадии: соответственно, ХБП 1,2 – 1,37 г/л [1,12–1,55]; ХБП 3 – 1,24 г/л [1,2–1,33]; ХБП 4 – 1,06 г/л [0,975–1,22]; ХБП 5 – 0,97 г/л [0,86–1,08].

При корреляционном анализе значений HbF и стадии ХБП была установлена значимая обратная корреляционная связь, имевшая заметную тесноту по шкале Чеддока ( $r_{xy} = -0,590$ ;  $p < 0,0001$ ).

**Выводы.** *Обнаружение в крови у пациентов концентрации HbF ниже референсных значений может быть использовано в качестве одного из индикаторов ХБП уже на ранних стадиях заболевания. Выраженность снижения HbF коррелирует со стадией ХБП, что может быть использовано в качестве дополнительного маркера тяжести ХБП.*

## **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ**

ВОЛКОВ А.О., СИВЕРИНА А.В., КОСТЕНКО В.А., СКОРОДУМОВА Е.А.,  
СКОРОДУМОВА Е.Г.

*ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Цель.** Проанализировать особенности коморбидного статуса и частоту развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов, умерших в многопрофильном стационаре.

**Материал и методы.** Проанализирована сплошная выборка из 5649 протоколов патологоанатомических вскрытий пациентов в ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе за 2019-2021 гг. Выделены заключения, в которых имелись указания на ТЭЛА. Результаты статистически обработаны.

**Результаты.** Изучено 5649 протоколов вскрытия. ТЭЛА выявлена у 505 (9%) умерших, из них 36% мужчины, 64% женщины  $p < 0,05$ . Средний возраст  $72 \pm 3$  лет. Средний койко-день –  $6,0 \pm 0,3$ . По калибру сосудов: сегментарные – 50%, долевыми – 18%, ствол – 32%,  $p < 0,05$ . Инфаркт миокарда (ИМ) выявлен у 7% пациентов, из них у 29% без подъёма сегмента ST и 71% с подъёмом,  $p < 0,05$ . Коморбидный статус: облитерирующий атеросклероз коронарных артерий – 37%, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – 6%, гипертоническая болезнь – 65%, сахарный диабет – 15%, хроническая болезнь почек – 9%, хроническая обструктивная болезнь легких – 2%, острое нарушение мозгового кровообращения – 2%, злокачественные новообразования – 18%, из них – 42% желудочно-кишечного тракта, 37% – органов малого таза, 11% – дыхательных путей, 7% – головы и шеи, 3% – молочных желез. Постоперационных было 6%, из них 7% – урологического профиля, 3% – гинекологического, 90% – сердечно-сосудистого,  $p < 0,05$ . Переломы и другие травмы имелись у 7% пациентов.

### **Выводы.**

- 1. ТЭЛА остается важной и нерешенной проблемой в многопрофильном стационаре.*
- 2. ТЭЛА чаще выявлялась у женщин пожилого возраста.*
- 3. В локализации ТЭЛА преобладало сегментарное поражение легких.*
- 4. ИМ с подъёмом сегмента ST чаще осложнялся ТЭЛА.*
- 5. В коморбидном статусе преобладали гипертоническая болезнь, атеротромбоз коронарных артерий, сахарный диабет.*
- 6. ТЭЛА чаще случалась при онкопатологии в желудочно-кишечном тракте и малому тазу.*
- 7. ТЭЛА чаще развивалась после сердечно-сосудистых оперативных вмешательств.*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСТРАКТА БЕРЕСКЛЕТА ЕВРОПЕЙСКОГО (EUONYMUS EUROPAEUS) КАК ПЕРСПЕКТИВНОГО ИСТОЧНИКА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЙ

ВОЛЧЕК И.А., ТЕРЯЕВ А.С.

МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, РФ

ООО «НИЦ иммунологии и аллергологии», г. Москва, РФ

**Актуальность.** Вопрос ингибции синтеза провоспалительных цитокинов актуален для многих отраслей медицины. Одним из путей его решения является использования опыта традиционной медицины, в частности, китайской. Наиболее изученным средством этой направленности является *Tripterygium Wilfordii*. Полученные из этого растения вещества целастрол и триптолид обладают искомым действием в отношении цитокинов. Однако, данное растение на территории России не произрастает, что ставит вопрос об актуальности поиска доступных родственных, содержащих данные вещества, растений для создания фармацевтических субстанций.

**Цель.** Исследование Бересклета Европейского (*Eounymus Europaеus*) на наличие целастрола и триптолида и оценка действия экстракта растения в отношении синтеза цитокинов *in vitro*.

**Материал и методы.** В качестве исходного сырья использовали корни и листья Бересклета Европейского (*Eounymus Europaеus* – EE). Экстрагирование материала осуществляли с помощью комбинации методов погружной ультразвуковой экстракции в водно-спиртовом растворе и ускоренной экстракции этанолом ASE (Accelerated solvent extraction). Содержание целастрола и триптолида в экстракте определяли с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Для оценки цитокинмодулирующего эффекта экстракта (1 мг/мл) исследовали спонтанный и стимулированный фитогемагглютинином (РНА) синтез GM-CSF, IFN $\gamma$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF $\alpha$  мононуклеарными клетками периферической крови 17 здоровых доноров. Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex Pro™ Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD). Исследования выполняли по протоколу производителя.

**Результаты.** Концентрация целастрола, определенная с помощью ВЭЖХ в полученном нашим методом экстракте *Eounymus Europaеus*, составляла 0,035%. Триптолид не обнаружен. Установлено выраженное влияние экстракта на индуцированный, но не спонтанный синтез цитокинов. Например, ФГА индуцированный уровень TNF $\alpha$  составлял 785,7 $\pm$ 0,3 пг/мл. Под действием экстракта уровень снижался до против 25,7 $\pm$ 0,1 пг/мл; уровень IL-6 соответственно –134,7 $\pm$ 0,3 пг/мл и 12,9 $\pm$ 0,9 пг/мл; IL-2 – 52,7 $\pm$ 0,9 пг/мл и 15,3 $\pm$ 0,1; IFN $\gamma$  – 510,7 $\pm$ 0,5 пг/мл и 23,4 $\pm$ 1,3 пг/мл; ( $p \leq 0,001$ ). В пересчете на целастрол ингибирующая концентрация экстракта составила около 350 нг/мл.

**Выводы.** Экстракт Бересклета Европейского (*Eounymus Europaеus*) обладает выраженной иммуномодулирующей активностью, может использоваться в лечебных целях, а также явиться ценным сырьем для получения фармацевтических субстанций.

## **ИНГИБИЦИЯ СИНТЕЗА ИНТЕРЛЕЙКИНА 17А ЭКСТРАКТОМ БЕРЕСКЛЕТА ЕВРОПЕЙСКОГО (EUONYMUS EUROPAEUS)**

ВОЛЧЕК И.А., ТЕРЯЕВ А.С.

*МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, РФ*

*ООО «НИЦ иммунологии и аллергологии», г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Известно, что интерлейкин-17А (IL-17А) играет ключевую роль в патогенезе многих аутоиммунных заболеваний. Показано, что продукты Трехкрыльника Вильфорда (*Tripterygium Wilfordii*), семейства бересклетовых, ингибируют синтез IL17А и входят в перечень средств китайской медицины для лечения ревматоидного артрита.

Однако, данное растение на территории России не произрастает. Но в изобилии растет другой представитель данного семейства Бересклет Европейский (*Eouonymus Europaеus*).

**Цель.** Провести тестирование экстракта Бересклета Европейского в отношении регуляции спонтанного и митоген индуцированного синтеза IL17А моноклеарными клетками *in vitro*.

**Материал и методы.** В качестве исходного сырья использовали корни и листья Бересклета Европейского (*Eouonymus Europaеus* - ЕЕ). Экстрагирование материала осуществляли с помощью комбинации методов погружной ультразвуковой экстракции в водно-спиртовом растворе и ускоренной экстракции этанолом ASE (Accelerated solvent extraction). Производили исследование влияние экстракта на спонтанную и индуцированную фитогемагглютинином (ФГА) продукцию IL17А моноклеарными клетками периферической крови 15 здоровых доноров. Анализ проведен с помощью тест-системы CLOUD-CLONE CORP. (CCC, USA) для иммуноферментного анализа ELISA Kit for Interleukin 17 (IL17). Исследования выполняли по протоколу производителя.

**Результаты.** Спонтанная продукция интерлейкина 17А была близка к нулю. Однако, при стимуляции ФГА уровень IL17А составил  $3750,9 \pm 171,3$  пг/мл. Добавление экстракта ЕЕ показало значительный дозозависимый ингибирующий эффект. Так, при использовании концентрации 0,1 мг/мл экстракта, уровень IL17А составил  $2435,7 \pm 98,8$  пг/мл; при концентрации 1 мг/мл –  $1987,9 \pm 167,4$  пг/мл: при концентрации 5мг/мл –  $1432,8 \pm 122,2$  пг/мл и при концентрации 10 мг/мл уровень цитокина был уже  $987,6 \pm 117,5$  пг/мл.

**Вывод.** *Полученные данные указывают на высокую перспективность использования экстракта Бересклета Европейского (*Eouonymus Europaеus*) в качестве фармацевтической субстанции.*

## **АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ СКОРОПОМОЩНОГО СТАЦИОНАРА**

ВОЛЧКОВА Е.А., ЛЕГКОВА К.С., МЕДВЕДЕВА А.Н., СМИРНОВ Д.А.,  
ЗАТЕЙЩИКОВ Д.А.

ФГБУ ДПО «ЦГМА», г. Москва, РФ

ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Анализ частоты встречаемости и вариабельности этиологических факторов дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) среди пациентов с промежуточной и низкой фракцией выброса (ФВ) в рутинной практике стационара, как первый этап отбора пациентов для дальнейшего генетического исследования.

**Материал и методы:** обследован 721 пациент (с мая 2023 г. по июнь 2024 г.), с ФВ менее 50%, поступившие в стационар с явлениями декомпенсации сердечной недостаточности. Проведено обследование: всем пациентам трансторакальная эхокардиография (ЭХО-КГ), электрокардиография (ЭКГ), компьютерная томография легких (КТ) или рентгенография легких, лабораторная диагностика – госпитальный комплекс с обязательным определением NT-proBNP или натрийуретического пептида-32 (НУП-32), при необходимости исключения ишемического генеза кардиомиопатии в ряде случаев дополнительно проводилась мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий (МСКТ-коронарография) – 7, коронароангиография (КАГ) – 15, магнитно-резонансная томография сердца (МРТ) – 19. Для статистической обработки данных использовали Excel.

**Результаты.** Из 721 пациента с ФВ менее 50% у 116 пациентов (16%) выявлена ДКМП, из них мужчин в пять раз больше, чем женщин (98 vs 18), средний возраст  $56,4 \pm 13,5$  года. Средняя ФВ составила  $29,1 \pm 9,4\%$ , у 102 пациентов ФВ ниже 40%. Из сопутствующих заболеваний: перенесенный инсульт – 11, артериальная гипертензия – 86, фибрилляция/трепетание предсердий – 79, сахарный диабет – 26, ожирение – 54, онкология – 8, тромбозы различной локализации – 18. Средний показатель NT-proBNP 6776,2 пг/мл, для НУП-32 – 473,7 пг/мл. Квадротерапию получали 90% пациентов. Из 116 пациентов: у 32 алкогольный генез (27,6%), у 19 поствоспалительный (16,4%), у 3 пациентов ассоциированная с полихимиотерапией (2,5%), у 2 пациентов известная семейная форма (1,7%), по 1 пациенту с тиреотоксикозом (0,9%) и перипартальной (0,9%) и 58 пациентов с неуточненной этиологией (50%).

**Выводы.** Среди пациентов с промежуточной и сниженной ФВ, поступающих в стационар, на долю ДКМП приходится 16%. Мужчины болеют в пять раз чаще, чем женщины. Наиболее распространенные этиологические формы - алкогольная (27,6%), поствоспалительная (16,4%) и неуточненная (50%), представляющая особый интерес, требующая генетического дообследования с возможным изменением этиологического фактора и последующей тактики наблюдения пациентов и их родственников.

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

ВРУБЛЕВСКИЙ А.Н., КАРПЕНКО Д.Г., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Последние десятилетия наблюдается увеличение продолжительности жизни, что сопряжено с нарастанием количества пациентов с когнитивными нарушениями, особенно у лиц в возрасте 80 лет и старше, как самой быстрорастущей когорты. Существующие исследования указывают на связь уровня гомоцистеина и когнитивных нарушений у людей старшего возраста.

**Цель.** Оценить встречаемость когнитивных нарушений и повышение уровня гомоцистеина у долгожителей.

**Материал и методы.** В исследование включены 50 пациентов (38 женщин) в возрасте от 90 до 99 лет ( $93,2 \pm 2,3$  года). Всем пациентам проводился физикальный осмотр, биохимический анализ крови. Когнитивный статус оценивался по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE).

**Результаты.** Когнитивные нарушения отсутствовали у 9 (18%) долгожителей. Преддементные когнитивные нарушения имелись у 16 (32%), деменция легкой степени – у 14 (28%), умеренной степени – у 7 (14%), тяжелой степени – у 4 (8%) долгожителей. Уровень гомоцистеина, превышающий референсные значения, зарегистрирован у 70% долгожителей. Повышение уровнем гомоцистеина с одинаковой частотой встречалось в группе лиц без когнитивных нарушений (55,5%,  $p=0,890$ ), с преддементными нарушениями (75%,  $p=0,678$ ), с деменцией легкой степени (64%,  $p=0,232$ ), с деменцией умеренной степени (85,7%,  $p=0,567$ ). В группе лиц с тяжелой деменцией встречаемость гипергомоцистеинемии (75%) была статически значимо выше ( $p=0,025$ ), чем в других группах пациентов.

**Выводы.** У каждого второго долгожителя имелась деменция разной степени выраженности, повышение уровня гомоцистеина отмечалось у двух третей долгожителей, особенно у лиц с тяжелой деменцией. Дальнейшее изучение связи гомоцистеина и когнитивных нарушений, особенно у лиц на преддементной стадии, позволит улучшить подходы к выявлению нарушений когнитивного домена до очевидных проявлений заболевания.

## ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ СТАТУСОМ КУРЕНИЯ

ГАВРИЛОВ Е.С., КОРНЕЕВА Н.В.

ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск, РФ

**Цель.** Изучить параметры суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у пациентов с установленным диагнозом гипертонической болезни (ГБ) I и II стадий, имеющих различный статус курения.

**Материал и методы.** В исследование включены 102 человека от 18 до 49 лет (в среднем  $32,3 \pm 0,9$  года) с подтвержденной ГБ I-II стадий. Всех разделили на 3 группы: прекратившие курить ( $n=29$ ), курящие ( $n=38$ ) и никогда не курившие ( $n=35$ ). Анализировали данные анамнеза и параметры СМАД программой Statistica 10.

**Результаты.** Средний возраст в группе прекративших курить –  $33,6 \pm 1,4$  года, у курящих  $33,4 \pm 1,3$  года и среди никогда не куривших  $30,1 \pm 1,6$  года ( $p > 0,05$ ). Максимальная длительность ГБ была среди никогда не куривших –  $6,9 \pm 1$  лет, минимальная среди прекративших курить –  $5,1 \pm 0,9$  лет ( $p > 0,05$ ). Вторая стадия ГБ регистрировалась чаще в группе курящих – 63,2%, против 24,1% у прекративших курение и 41,2% никогда не куривших. Дневные и ночные показатели средних значений систолического и диастолического артериального давления и их индексы времени во всех группах были повышены без статистически значимой разницы. Максимальные значения всех параметров СМАД зафиксировали в группе курящих, наименьшие – в группе прекративших курить, никогда не курившие по систолическим параметрам СМАД были ближе к курящим. Физиологический фенотип «Dipper» встречался среди никогда не куривших в 74,3% в сравнение с курящими (42%,  $p=0,025$ ) и прекратившими курить (48,3%,  $p > 0,05$ ). Фенотип «Non-dipper» встречался у одной трети курящих и прекративших курить, у никогда не куривших в 17,1%. Фенотип «Night-peaker» зарегистрирован у одного курящего пациента. Фенотип «Over-dipper» выявляли с одинаковой частотой среди курящих и прекративших курить и значимо реже среди никогда не куривших (8,6%,  $p=0,01$ ). Выявлена тенденция к тахикардии среди никогда не куривших –  $82 \pm 3,2$  уд/мин в сравнение с курящими ( $78,8 \pm 2$  уд/мин) и прекратившими курить ( $75,2 \pm 2,7$  уд/мин).

**Выводы.** Исследование подтвердило неблагоприятное влияние курения на течение АГ. Интересны результаты никогда не куривших лиц, которые показывают влияние других, кроме курения, механизмов на развитие и прогрессирование АГ, которые требуют отдельного уточнения для эффективного воздействия на них и контроля заболевания.

## ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА: ФОКУС НА СТУДЕНЧЕСКУЮ МОЛОДЕЖЬ

ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С.

*ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, РФ*

*ИМО НовГУ, г. Великий Новгород, РФ*

**Цель.** Провести анализ взаимосвязи тревожно-депрессивной симптоматики и факторов кардиометаболического риска среди студенческой молодежи.

**Материал и методы.** Проведено анонимное анкетирование 3297 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст – 21,0 (19,0-22,0) год. Оценка основных факторов кардиометаболического риска осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики – с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Среди участников исследования распространенность синдрома тревоги составила 48,3% (субклинического уровня – 21,3%, клинического уровня – 27,0%), синдрома депрессии – 32,6% (субклинического уровня – 21,8%, клинического уровня – 10,9%); в женской популяции в сравнении с мужской достоверно выше частота встречаемости синдрома тревоги (52,4% и 34,6% соотв.,  $p < 0,001$ ). Синдром тревоги ассоциирован с отягощенной наследственностью по онкопатологии (ОШ=1,43 [95% ДИ: 1,24-1,64],  $p < 0,001$ ), сердечно-сосудистым заболеваниями (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,31-1,72],  $p < 0,001$ ) и сахарному диабету (ОШ=1,38 [95% ДИ: 1,21-1,59],  $p < 0,001$ ); пассивным курением (ОШ=1,6 [95% ДИ: 1,39-1,83],  $p < 0,001$ ), активным курением в прошлом (ОШ=1,4 [95% ДИ: 1,22-1,61],  $p < 0,001$ ) и настоящем (ОШ=1,63 [95% ДИ: 1,33-1,99],  $p < 0,001$ ), потреблением алкоголя (ОШ=1,47 [95% ДИ: 1,22-1,79],  $p < 0,001$ ), гиподинамией (ОШ=1,23 [95% ДИ: 1,07-1,42],  $p=0,004$ ), нерациональным питанием (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,26-1,8],  $p < 0,001$ ). Синдром тревоги ассоциирован с абдоминальным ожирением (ОШ=1,65 [95% ДИ: 1,31-2,07],  $p < 0,001$ ), отягощенной наследственностью по сахарному диабету (ОШ=1,16 [95% ДИ: 1,0-1,34],  $p=0,035$ ), пассивным курением (ОШ=1,26 [95% ДИ: 1,09-1,46],  $p=0,002$ ), активным курением в прошлом (ОШ=1,21 [95% ДИ: 1,04-1,4],  $p=0,014$ ), гиподинамией (ОШ=1,52 [95% ДИ: 1,3-1,78],  $p < 0,001$ ), нерациональным питанием (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,26-1,8],  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивной симптоматики, как субклинического, так и клинического уровня; установлены ассоциативные связи между синдромом тревоги и курением, потреблением алкоголя, гиподинамией, нерациональным питанием; между синдромом депрессии и наличием абдоминального ожирения, курением, гиподинамией, нерациональным питанием.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ФАКТОРАМ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКЕ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

ГАВРИЛОВА Е.С., ЧУЛКОВ В.С.

*ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, РФ*

*ИМО НовГУ, г. Великий Новгород, РФ*

**Цель.** Провести оценку распространенности факторов кардиометаболического риска и тревоги и депрессии среди студенческой молодежи.

**Материал и методы.** Проведено анонимное анкетирование 3297 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст – 21,0 (19,0; 22,0) год. Оценка основных факторов кардиометаболического риска осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики – с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Австрия). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Среди участников исследования распространенность отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям составила 51,8%, по сахарному диабету – 42,2%, по онкопатологии – 39,1%. Частота встречаемости пассивного курения – 49,2% (среди мужчин достоверно чаще, чем среди женщин – 56,9% и 47,0% соответственно,  $p < 0,001$ ), активного курения – 13,9% (в мужской популяции достоверно выше в сравнении с женской – 23,1% и 11,2% соответственно,  $p < 0,001$ ); алкогольные напитки в малых дозах употребляют 13,1% респондентов, избыточно – 1,7%, злоупотребление алкоголем выявлено у 0,4% опрошенных. Распространенность гиподинамии составила 60,7% (достоверно выше среди женщин, чем среди мужчин – 64,7% и 47,1% соответственно,  $p < 0,001$ ), нерационального питания – 75,6%. Частота встречаемости синдрома тревоги составила 48,3% (субклинического уровня – 21,3%, клинического уровня – 27,0%), синдрома депрессии – 32,6% (субклинического уровня – 21,8%, клинического уровня – 10,9%); в женской популяции в сравнении с мужской достоверно выше частота встречаемости синдрома тревоги (52,4% и 34,6% соответственно,  $p < 0,001$ ).

**Вывод.** В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкопатологии, высокая частота встречаемости пассивного курения, гиподинамии, нерационального питания, тревожно-депрессивной симптоматики, как субклинического, так и клинического уровня.

## РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГАВРИШКО О.П., ОКУЛОВА В.А., ГЛЫТНЕВА А.М., МАЛЫШЕНКО О.С.

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, РФ*

**Цель.** Оценить риск развития сахарного диабета (СД) у лиц юношеского возраста.

**Материал и методы.** Проведен опрос 113 студентов ФГБОУ ВО КемГМУ (67 (59,3%) женщин и 46 (40,7%) мужчин), средний возраст – 19 лет. Для расчёта риска развития СД использовали шкалу FINDRISK. Дополнительно учитывали: курение, уровень стресса и массу тела при рождении.

**Результаты.** По результатам шкалы FINDRISK у большинства опрошенных (76,9%) риск развития СД низкий. Слегка повышен – у 19,5%, умеренный – у 2,7%, очень высокий – у 1%, значимых различий по полу не получено. При анализе факторов риска (ФР) стресс – самый частый ФР развития СД (86,6%), причем около половины респондентов (47,3%) испытывают его часто, а 39,3% иногда. Большинство опрошенных (61,1%) не употребляют в пищу овощи, фрукты и ягоды ежедневно. При этом девушки чаще употребляют овощи, фрукты и ягоды (46,3%), по сравнению с юношами (28,3%). Такой ФР, как наследственность, отметили 43,3% респондентов. ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup> имеют 39,6% опрошенных, однако, важно отметить, что показатели ИМТ больше у юношей, чем у девушек. Так, 34,8% юношей имеют ИМТ 25–30 кг/м<sup>2</sup>, а 17,4% выше 30, у девушек 19,4% и 13,4% соответственно. У юношей также более высокие показатели окружности талии на уровне пупка: у 25% данный показатель 94–102 см, а у 7,7% – больше 102 см. И только у 14,1% девушек окружность талии составила 80–88 см. Около трети опрошенных курят, причем юноши на ~7% больше относят себя к курящим, чем девушки (37% и 29,9% соответственно). Значимым ФР развития СД является гиподинамия – 33,6% опрошенных. Большинство юношей – 73,9% и девушек – 61,2% ведут достаточно активный образ жизни.

Еще один ФР – вес ребенка при рождении. 12,4% опрошенных утверждают, что их вес при рождении составлял более 4 кг. При этом у юношей данный показатель встречается чаще, чем у девушек, 21,7% и 6% соответственно.

**Выводы.** По результатам шкалы FINDRISK у большинства опрошенных риск развития СД низкий. Основными ФР развития СД у лиц юношеского возраста являются: стресс, употребление малого количества овощей и фруктов, наследственность, ожирение и курение.

## ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ с СД 2 ТИПА

ГАГАРИН В.И.

ООО «Медцентр «Надежда», г. Якутск, РФ

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД) в Республике Саха (Якутия) в настоящее время является самой распространенной патологией эндокринной системы, особенно, у лиц пожилого и старческого возраста.

**Цель.** Изучить поражение сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, по материалам лечебно-реабилитационного центра ГАУ РС (Я) «Республиканская клиническая больница № 3» МЗ РС (Я) и ООО «Медцентра «Надежда».

**Материал и методы.** В исследование включены 90 пациентов (49 (56,7%) женщин и 41 (43,3%) мужчина) с СД 2 типа в возрасте от 55 до 90 лет, прошедших стационарное лечение в лечебно-реабилитационном центре ГАУ РС(Я) «РКБ № 3» с 2018 по 2023 гг. Возраст пациентов колебался от 55 до 90 лет. Все пациенты проходили полное клиническое и лабораторно-инструментальное исследование. В динамике измеряли гликемию натощак и постпрандиальную гликемию, по показаниям оценивали гликемический профиль, в динамике контролировали уровень гликированного гемоглобина (HbA1c %). Проводили биохимические анализы, отражающие функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы, почек, оценивали состояние глазного дна и другие.

**Результаты.** Жителей сельской местности было 31,2%, городских – 68,8%. На диспансерном учете состоит 79 пациентов (87,7%). Выявлены следующие поражения сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца – у 32 пациентов (35,6%), нарушение ритма сердца – у 21 больного (23,3%), ПИКС – у 18 (20,0%), ОНМК – у 14 (15,6%), ТИА – у 1 (1,1%), ПИКС и ОНМК у 4 человек (4,4%). Наибольшее количество сердечно-сосудистых осложнений наблюдалось у больных с декомпенсированным и субкомпенсированным СД 2 типа.

**Выводы.** *Клиническое течение СД 2 типа у лиц пожилого и старческого возраста часто осложняется обилием сочетанной полиорганной патологии. У 65-80% пожилых пациентов имеются поражения сердечно-сосудистой системы (ИБС), артериальная гипертензия и дислипидемия, которые требуют обязательной коррекции лечения. Нами получены данные, представленные в обобщенном виде на фактическом материале (90 больных), о поражении сердечно-сосудистой системы у пациентов СД 2 типа.*

## **БОЛЕЗНЬ ДЕПОНИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

ГАЙНУЛЛИНА Г.Р., ГУБАЙДУЛЛИНА З.Р., ВАСИЛЬЕВ А.Г., МУХИНА Р.Г.  
ГАОУЗ «ГКБ № 7 им. М.Н. Садыкова», г. Казань, РФ

**Введение.** Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция (БДПК) – заболевание, обусловленное образованием и отложением в суставном хряще кристаллов пирофосфата кальция и развивающимся в результате воспалением иммунного характера. В 2023 г. Американской коллегией ревматологов (ACR) и EULAR были разработаны новые диагностические критерии БДПК, включающие современные методы визуализации.

**Описание случая.** Пациент Н., 66 лет, обратился впервые к ревматологу с жалобами на боли в лучезапястных, пястно-фаланговых (ПФС) и межфаланговых суставах (МФС) кистей, коленных суставах, усиливающиеся при нагрузке. Длительность суставного синдрома составила десять лет. Также пациент отмечал онемение в 1-3 пальцах обеих кистей в течение последних двух месяцев. Больному был проведен следующий ряд обследований: оценка лабораторных показателей, рентген кистей и коленных суставов, УЗИ суставов кистей, стимуляционная электромиография верхних конечностей (сЭМГ). При объективном осмотре была выявлена деформация ПФС и МФС кистей, ограничение движений в них и коленных суставах. Согласно результатам лабораторных исследований уровни СОЭ, СРБ и мочевой кислоты были в норме. РФ, АЦЦП не были выявлены. По данным рентгенографии кистей был выявлен хондрокальциноз в ПФС. По результатам УЗИ суставов кистей была выявлена эхографическая картина депозитов микрокристаллов в полости лучезапястных, межзапястных, ПФС и МФС кистей, а также остеоартроза и выраженной двусторонней компрессионно-ишемической нейропатии срединных нервов в карпальных каналах. При проведении сЭМГ был выявлен двухсторонний карпальный туннельный синдром (ДКТС) с явлениями очаговой демиелинизирующей мото-сенсорной нейропатии срединных нервов, более выраженный справа. Пациенту был выставлен диагноз: Остеоартрит, преимущественно с поражением суставов кистей, рентген ст. 3, коленных суставов, рентген ст. 2, с депонированием кристаллов пирофосфата кальция. Двухсторонний карпальный туннельный синдром. Проводилось консервативное лечение НПВП, хондропротекторами, витаминами группы В. В отделении микрохирургии кисти была проведена операция: Рассечение связки карпального канала, невролиз, декомпрессия срединного нерва справа.

**Заключение.** У пациента на фоне длительного течения заболевания наблюдалось развитие ДКТС, потребовавшего оперативного вмешательства. В данном клиническом случае представлен пример наиболее частой клинической формы БДПК, отличающейся от остеоартрита более тяжелым течением и локализацией.

## **АНАЛИЗ УРОВНЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ К ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

ГАЛЕЕВА Ш.Ш., ГАЛЯУТДИНОВ Г.С., ЖИДЯЕВСКИЙ А.Г.

*ГАУЗ «Клиника медицинского университета», г. Казань, РФ*

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, г. Казань, РФ*

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) может сопровождаться развитием фибрилляцией предсердий (ФП). Распространенность ФП в популяции составляет 32%. Пациенты с ХСН и ФП имеют более высокие показатели смертности и госпитализации. ФП связана не только с физическими симптомами, но и повышенным уровнем психоэмоциональных, социальных факторов, обусловленных заболеванием. Своевременное выявление и коррекция этих факторов позволяют снизить их негативное воздействие на тяжесть течения ХСН у пациентов с ФП.

**Цель.** Определить уровень психосоциальной адаптации пациентов с ФП к ХСН.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 120 пациентов с ишемической болезнью сердца и ХСН, у 64 из них встречалась постоянная форма ФП. С помощью тестирования по специально разработанной анкете для оценки психосоциальной адаптации пациентов с ишемической болезнью сердца к хронической сердечной недостаточности», разработанной авторами, пациенты были разделены на три группы: адаптированные, условно адаптированные и дезадаптированные. Наличие ФП подтверждалось с помощью холтеровского мониторирования ЭКГ. Статистический анализ данных выполнен с использованием программы SPSS Statistics. За критический уровень значимости был принят  $p=0,05$ .

**Результаты.** ФП встречалась у 16 (25%) пациентов в группе адаптированных, 37 (58%) – в группе условно адаптированных и 11 (17%) – в группе дезадаптированных к ХСН. Среди дезадаптированных пациентов чаще встречалась ФП по сравнению с адаптированными ( $p=0,0323$ ).

**Вывод.** Пациенты с ИБС и ФП имеют более низкую физическую, психологическую и социальную адаптацию к ХСН.

**ПОЛУВЕКОВОЙ ТРЕНД ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 25-64 ЛЕТ И ВЛИЯНИЕ НА РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РОССИИ/СИБИРИ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОГРАММ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА» И «МОНИКА»**

ГАФАРОВ В.В.

*НИИТМП – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, РФ*

**Цель.** Установить тренды заболеваемости, смертности, летальности от острого инфаркта миокарда (ОИМ) лиц в возрасте 25-64 лет и влияние на риск ОИМ психосоциальных факторов (ПСФ) в России/Сибири с позиций программ Всемирной Организации Здравоохранения «Регистр ОИМ» (РОИМ), «МОНИКА» за период 1977-2022 гг.

**Материал и методы.** Исследование по программе «РОИМ» начато 01.01.1977 г. в Октябрьском, 01.01.1981 г. в Ленинском и Кировском районах г. Новосибирска среди лиц в возрасте 25-64 лет. В этих же районах с 1983 г. НИИТМП-филиалом ИЦиГ СО РАН выполняется программа «МОНИКА». Обе программы продолжают по настоящее время. Случайные репрезентативные выборки лиц в возрасте 25-64 лет (n=4800) были обследованы в Октябрьском районе на стандартных эпидемиологических скринингах (1984, 1988, 1994 гг.) с оценкой личностной тревожности (ЛТ) при помощи теста Спилбергера; социальная поддержка определяли с использованием теста Berkman-Syme. Для определения риска ОИМ в зависимости от ЛТ в течение 20 лет фиксировали новые случаи ОИМ в выборке трех скринингов, не имевших на момент обследования ССЗ. Анализ проводили с использованием программной среды вычислений R (v.3.6.3).

**Результаты.** Заболеваемость ОИМ на 1000 жителей лиц 25-64 лет в России/Сибири по данным программ РОИМ, «МОНИКА» является одной из самых высоких в мире и относительно стабильна в течение всего периода наблюдения, за исключением некоторых лет роста в связи с социально-экономической нестабильностью, и в 2 раза превышает данные Росстата. Смертность на 100 000 жителей от ОИМ напоминают динамику заболеваемости за исключением снижения в 1977-78 гг. Снижение смертности и летальности заболевших ОИМ в 1978 г. по сравнению с 1977 г. достигнуты за счет снижения стационарной смертности и летальности. Причина сверхсмертности населения в России в период 1988, 1993-1994, 1998 гг. – это острые ССЗ, а не потребление алкоголя. Догоспитальная смертность и летальность преобладают в течение всех лет наблюдения и в 2-3 раза превышает госпитальную. Летальность, как и заболеваемость, по РОИМ в 2 раза выше, чем по данным официальной статистики. Впервые, в нашем исследовании, было показано, что рост заболеваемости и сверх смертности от ОИМ в России связан с психосоциальными факторами.

**Выводы.** Показатели заболеваемости, смертности и летальности от ОИМ в России/Сибири являются одними из самых высоких в мире и относительно стабильны в течение всего периода наблюдения. Догоспитальная смертность и летальность преобладает в течение всех лет наблюдения и в 2-3 раза превышает госпитальную. Показатели заболеваемости, смертности и летальности населения от ОИМ при увеличении являются основными маркерами нарастания социального стресса в популяции.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ГОРБУНОВА А.М., ЗИМИНА Ю.Д.,  
БЕХТЕНОВ Д.А., ДУБЕНКО Д.А.

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, РФ*

**Актуальность.** В пожилом возрасте качество жизни имеет свои особенности, которые зависят от состояния здоровья, социальной поддержки, возможности оптимально взаимодействовать с окружающими людьми.

**Цель.** Оценить качество жизни геронтологических пациентов после перенесенного инфаркта миокарда с помощью опросника ВОЗ по оценке качества жизни населения SF-100.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» в отделении медицинской реабилитации круглосуточного стационара в период с 04.04.2023 г. по 02.06.2023 г. Было включено 65 пациентов старше 75 лет. Проводилось анкетирование с помощью опросника ВОЗ по оценке качества жизни населения SF-100. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие об участии в исследовании.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $78,4 \pm 6,5$  лет, у мужчин –  $75,4 \pm 7,1$  лет, у женщин  $79,9 \pm 5,6$  лет. Средний период от развития острого инфаркта миокарда составил  $4,5 \pm 1,2$  месяца. При оценке энергии в повседневной жизни только 6% опрошенных полностью удовлетворены данным показателем, 94% напротив испытывают дефицит энергии (23% редко отмечают упадок сил, 42% довольно часто, 20% очень часто и 8% отмечают значимый дефицит энергии). В вопросе «Насколько сильно Вы наслаждаетесь жизнью?» только 10% пациентов дали утвердительный положительный ответ, в то время как 90% опрошенных не в полной мере наслаждаются жизнью. При оценке когнитивных возможностей 95% пациентов отмечают нарушения памяти (15% пациентов отмечают минимальный дискомфорт по данному поводу, 46% беспокоит это умеренно, 26% значительно не удовлетворены своей памятью, 8% полностью не удовлетворены). Качеством сна не удовлетворены 86% человек. При оценке тревоги и депрессии, 87% пациентов отмечают наличие плохого настроения, отчаяния и депрессии (6% пациентов отмечают данные симптомы «очень часто», 11% опрошенных «часто», 44% пациентов с умеренной частотой, 27% «редко»). Чувствуют себя одинокими 90% пациентов. Среди вопросов по оценке удовлетворенности собой и своей внешностью, не удовлетворены собой 92% человек.

**Вывод.** *Результаты исследования по оценке качества жизни показывают важность психологической реабилитации в структуре индивидуальных программ восстановительного лечения пациентов геронтологического профиля.*

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГОРБУНОВА А.М.,  
ЗНАХАРЕНКО Е.А., ДУБЕНКО Д.А.

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, РФ*

**Цель.** Провести оценку качества жизни геронтологических пациентов с помощью опросника SF100.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» в терапевтическом отделении круглосуточного стационара в период с 04.04.2023 г. по 02.06.2023 г. Было включено 60 пациентов старше 75 лет. Проводилось анкетирование с помощью опросника ВОЗ по оценке качества жизни населения SF100. Все больные подписали добровольное информированное согласие.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $79,5 \pm 5,5$  лет, у мужчин –  $77,1 \pm 6,4$  лет, у женщин  $81,4 \pm 5,2$  лет. Всего с инвалидностью 23,4% (n=14), из них с 3 группой – 68,4% (n=10), 2 группой – 26,4% (n=3), с 1 группой – 5,2% (n=1). При оценке физических возможностей 92% опрошенных отмечают разной степени выраженности ограничения передвижений (16% минимальные ограничения, 38% умеренные ограничения, 32% выраженные ограничения, 6% пациентов и вовсе не могут передвигаться), 97% человек отмечают наличие ограничений в выполнении повседневных задач (22% испытывают минимальные ограничения, 52% умеренные ограничения, 17% выраженные ограничения и 5% человек отмечают наличие ограничений ежедневно). В вопросе «Как Вы оцениваете свою способность работать» 7% пациентов отмечают, что совсем не могут работать, 13% имеют крайне слабую работоспособность, 46% умеренную работоспособность, 20% хорошую и только 15% пациентов отмечают достаточную работоспособность. При оценке частоты болевого синдрома только 11% человек не испытает боли, 89% отметили наличие болевого синдрома в виде редких эпизодов (20%), частных (33%) и очень частых эпизодов (31%), при этом 5% пациентов отмечает постоянную боль (5%). При ответе на вопрос потребности приема медикаментозной терапии 70% отметили потребность в приеме лекарств (31% участников отмечает относительно слабую зависимость, 19% - умеренную, 16% сильную зависимость и 5% предельно сильную зависимость от медикаментозной терапии).

**Вывод.** *Результаты настоящего исследования демонстрируют низкое качество жизни пациентов геронтологического профиля, что подчеркивает важность учета данного фактора в комплексной терапии пациентов.*

## **ВОПРОСЫ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЗИМИНА Ю.Д., ГОРБУНОВА А.М., СОЛОВЬЕВА В.И.

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, РФ*

**Введение.** Нами продемонстрирована важность проведения лабораторных и инструментальных методов обследования в рамках курса медицинской реабилитации.

**Описание случая.** Пациент Л., 65 лет, поступил в отделение медицинской реабилитации круглосуточного стационара ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 18.07.2024 г. с диагнозом: Мультифокальный атеросклероз: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей с гемодинамически значимым поражением (справа: стеноз ОПА с пристеночным тромбозом до 43%, стеноз ОБА до 54%, окклюзия ПБА (протяженность около 205 мм), стеноз ГБА 30%, стеноз подколенной артерии до 62%, окклюзия ПББА, справа: ОПА до 43%, субокклюзия ПБА, стеноз подколенной артерии слева до 51%, окклюзия ПББА); атеросклероз БЦА с гемодинамически значимым стенозом левой ВСА (правая ОСА - 34%, правая ВСА - 35%, левая ОСА - 48%, левая ВСА - 68%) с целью повышения толерантности к физической нагрузке. Из анамнеза: гипертоническая болезнь, ожирение 1 степени, сахарный диабет 2 типа. В отделении специалистами МДРБ подобрана индивидуальная программа медицинской реабилитации, которая включала: лечебную физкультуру, психологическую реабилитацию, диетотерапию, школы здоровья и коррекцию лекарственной терапии. В рамках госпитализации проведена телемедицинская консультация с целью решения вопроса о возможности хирургического лечения по поводу гемодинамически значимых стенозов периферических артерий - дано место на плановую госпитализацию на 27.09.2024 г. По результатам обследований выявлены следующие значимые отклонения от нормы: по ОАК - СОЭ до 44 мм/ч; УЗИ органов брюшной полости (ОБП) - очаговое образование тела поджелудочной железы (ПЖ) в виде гипоехогенного участка с нечеткими контурами размером 11 x 8,4 мм. По завершению курса реабилитации пациент был направлен на дообследование: по результатам компьютерной томографии ОБП и забрюшинного пространства с контрастированием обнаружено образование в головке ПЖ размером 19 × 15 × 17 мм с неровными четкими контурами, накапливающее контрастное вещество. Ввиду сложного доступа далее пациент направлен на ультрасонографию желудка для определения доступа пункции ПЖ.

**Заключение.** *Данный клинический случай показывает важность проведения лабораторных и инструментальных методов обследований пациентам в условиях реабилитации с целью своевременного выявления противопоказаний к определенным методам восстановительного лечения, дальнейшей корректной маршрутизации и сохранения здоровья пациентов.*

## КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕСТЕРОЗОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ГИРФАНОВА Л.Г., ХЛЫНОВА О.В.

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ*

**Цель.** Представить сравнительную характеристику результатов клинического, лабораторно-инструментального обследования пациентов с холестеровом желчного пузыря (ХЖП) и различной массой тела.

**Материал и методы.** Обследовано 104 пациента с ХЖП, разделенных на 2 группы по показателю индекса массы тела (ИМТ). Группа 1 пациентов с нормальным весом (ИМТ 18-24,9 кг/м<sup>2</sup>) – 54 человека: 23 мужчин и 31 женщина. Группа 2 с избыточным весом (ИМТ 25-29,9 кг/м<sup>2</sup>) 50 человек: 25 мужчин и 25 женщин. Медиана возраста в группе 1 – 41 лет, в группе 2 – 46 лет. Пациентам проведено анкетирование, осмотр гастроэнтеролога, общеклиническое лабораторное обследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и брахиоцефальных артерий, оценка липидного спектра и инфицированности *H. pylori* (НР), уровня С-реактивного белка-ультрачувствительного (СРБ-уч), сократительной функции желчного пузыря. 76 пациентам проведено фиброгастродуоденоскопическое исследование.

**Результаты.** В группе 2 статистически выше показатели ИМТ ( $p < 0,001$ ), веса ( $p < 0,001$ ) и ОТ ( $p < 0,001$ ), показатели субклинического системного воспаления: лейкоцитов ( $p = 0,004$ ), СРБ-уч. ( $p < 0,001$ ), мочевой кислоты ( $p = 0,003$ ), чаще диагностировалась атерогенная дислипидемия тип 2а по классификации D. Fredrickson ( $p = 0,006$ ). В группе 2 статистически чаще выявлялся стеатогепатоз ( $p = 0,001$ ), а у ряда пациентов стеатогепатит с более высокими показателями АЛТ ( $p = 0,004$ ), АСТ ( $p = 0,049$ ), ГГТП ( $p < 0,001$ ). Пациенты из группы 2 чаще предъявляли жалобы на вздутие живота ( $p = 0,009$ ), что связано с развитием синдрома избыточного бактериального роста в кишечнике. Уровень антител Ig G к НР превышал нормальные значения в обеих группах, но у пациентов в группе 2 чаще развивалось эрозивное повреждение слизистой желудка ( $p = 0,027$ ).

**Выводы.** При сравнении клиничко-метаболического профиля пациентов с ХЖП и различной массой тела выявлено, что у лиц с избыточным весом чаще отмечаются метаболические нарушения, системное субклиническое воспаление и атерогенная дислипидемия. У пациентов с ХЖП, независимо от показателя ИМТ, часто обнаруживается хронический поверхностный и эрозивный гастрит, ассоциированный с хеликобактерной инфекцией.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ФИКСИРОВАННОЙ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГНОЕВЫХ В.В., ЧЕРНОВА Н.Г., СМИРНОВА А.Ю., ПЕТРОВ А.Д., ЗЕМСКОВ Е.А., КРЕСТЬЯНИНОВ М.В.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, РФ

**Цель.** Оценить клинико-функциональные последствия фиксированной обструкции дыхательных путей у больных бронхиальной астмой (БА).

**Материал и методы.** Обследовано 70 больных с обострением бронхиальной астмы (БА). Проводили спирометрию, пульсоксиметрию, тест с 6-минутной ходьбой (6-MWT) с мониторингом оксигенации крови (после купирования обострения БА). Для коррекции оксигенации крови по карбоксигемоглобину использовали разработанную нами программу ЭВМ. Основную группу (ОГ) больных БА с фиксированной обструкцией дыхательных путей (ФОДП) составили пациенты с  $ОФВ_1 < 60\%$  после лечения (44,3%), а контрольную (КГ) – пациенты без ФОДП (55,7%). Статистическую обработку выполняли с помощью программы «Статтех».

**Результаты.** В ОГ тяжелое обострение БА встречалось достоверно чаще (67,7%), чем у больных без ФОДП (23,1%), в том числе из-за более высокой распространённости курения при большем показателе пачка/лет ( $p=0,011$ ), что способствовало более частому сочетанию БА и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ). Среднее значение  $SpO_2$  в группе больных БА с ФОДП оказалось ниже – 93,0 (2,5), чем в КГ – 95,2 (1,6),  $p=0,001$ . При этом распространённость  $SpO_2 < 95\%$  в ОГ составила 99,4 [61,3; 100,0]% против 31,7 [2,1; 86,6]% в КГ ( $p < 0,001$ ). Во время 6-MWT больные ОГ прошли меньшее расстояние при более выраженных диспноэ и реактивности сердечно-сосудистой системы ( $p < 0,05$ ). До, во время и после 6-MWT уровни  $SpO_2$  в ОГ были ниже ( $p < 0,001$ ) при большей потребности в дополнительном потоке  $O_2$  и большей распространённости  $SpO_2 < 95\%$ . Наличие ФОДП у больных БА было ассоциировано с более частыми обострениями и госпитализациями, а пациенты нуждались в более высокой курсовой дозе оральных глюкокортикостероидов.

**Выводы.** К ФОДП чаще приводят тяжёлые обострения БА, преимущественно у курящих пациентов, что сопровождается более частым сочетанием БА с ХОБЛ. Наличие ФОДП у пациентов БА ассоциировано с ухудшением оксигенации крови и кислородной десатурацией гемоглобина, более частыми обострениями и госпитализациями, а также потребностью в более высокой курсовой дозе глюкокортикостероидов.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОССИЙСКОГО ПРЕПАРАТА ОМАЛИЗУМАБ У ПАЦИЕНТОВ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ИЛИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ**

ГОЛУБКИНА Е.В., ЖИВЧИКОВА Е.В., БИКБАЕВА Ж.М.

*ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, РФ*

*АКБ «ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России», г. Астрахань, РФ*

**Цель.** Изучить эффективность и безопасность препарата омализумаб в лечении персистирующей атопической бронхиальной астмой (АБА) среднетяжелого и тяжелого течения.

**Материал и методы.** Обследовано 37 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет с диагнозом АБА среднетяжелого или тяжелого течения (длительностью более одного года); контролировался объем форсируемого выдоха и пиковая скорость выдоха.

Критериями исключения являлись: концентрация IgE, не соответствующая диапазону дозирования омализумаба; недавнее ( $\leq 4$  недель до скрининга) обострение АБА, повлекшее применение глюкокортикостероидов или изменение схемы терапии; наличие в анамнезе аутоиммунного заболевания; АБА, резистентная к глюкокортикостероидам (ингаляционным, оральным или парентеральным); индекс курильщика (пачка/лет)  $>10$ ; применения лекарственных препаратов на основе моноклональных антител в течение 1 года перед введением препарата исследования; тяжёлые соматические и/или психические заболевания; наличие антител к вирусу иммунодефицита человека, а также с активными формами вирусного гепатита В и/или С.

**Результаты.** Оценка эффективности производилась по объективным параметрам контроля АБА. В оценке эффективности была использована шкала GETE: в 57,4% случаев эффективность была оценена, как «хорошо» или «отлично». На фоне применения препарата прирост объёма форсированного выдоха<sub>1</sub> был достигнут к 8 неделе терапии и сохранялся в течение всего периода сравнительного лечения, а также наблюдалась тенденция к увеличению пиковой скорости выдоха. 30 пациентов (81% случаев) не испытывали обострений за весь период.

**Вывод.** *Результативность лечения препаратом омализумаб показывает значительное уменьшение частоты обострений АБА и контроль АБА на фоне биологической терапии.*

## **ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ К ВРАЧЕБНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ**

ГОЛУБКИНА Е.В., ЖИВЧИКОВА Е.В., ШИРЯЕВА Н.Ю., УМЕРОВА А.Р.

*АКБ «ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России», г. Астрахань, РФ*

*ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, РФ*

**Цель.** Изучить комплаентность больных с гастродуоденальной патологией к врачебным назначениям, рекомендованным после обострения заболевания.

**Материал и методы.** Проводился опрос 52 больных с гастродуоденальной патологией на предмет выполнения рекомендаций лечащего врача по питанию, образу жизни, поддерживающей терапии в период ремиссии. Опрошено 29 женщин и 23 мужчины в возрасте от 25 до 50 лет.

**Результаты.** Высокая комплаентность была выявлена у 7 человек (13,4% опрошенных), средняя – у 34 человек (65,3%), низкая – у 11 человек (21,1%). Наиболее высокая комплаентность была определена у 6 женщин (11,5%), наиболее низкая – у 8 мужчин (15,3%). Лица молодого возраста обладали наименьшей комплаентностью к врачебным рекомендациям - 11 человек (21,1%). Наибольшая комплаентность была обнаружена у лиц с высшим образованием и более старшего возраста - 5 человек (9,6%). Наименьшая – у больных со средним образованием – 12 человек (23%).

**Выводы.** *Из 52 больных с гастродуоденальной патологией, опрошенных для выявления приверженности к врачебным рекомендациям, только у 8 человек (15,3%) была выявлена высокая комплаентность. Комплаентность больных зависела от психологического бережного отношения к собственному здоровью и не зависела от материального состояния пациента.*

## **ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

ГОМОНОВА В.П., РАЙХЕЛЬСОН К.Л.

*Медицинский институт СПбГУ, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Цель.** Оценить влияние кардиометаболических и генетических факторов на формирование компенсированного продвинутого заболевания печени (КПХЗП) у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП).

**Материал и методы.** В исследование включено 80 человек с МАЗБП (средний возраст –  $59,9 \pm 13,9$  лет). Оценивались анамнестические и антропометрические данные. Измерение жесткости печени и выраженности стеатоза проводилось с помощью транзистентной эластометрии (ТЭ) на аппарате Фиброскан с контролируемым параметром затухания ультразвука. Генотипирование PNPLA3 I148M (rs738409 C>G) выполнялось методом полимеразной цепной реакции из образцов слюны. Диагноз МАЗБП устанавливался на основании выявления стеатоза по результатам ТЭ и наличия хотя бы одного фактора кардиометаболического риска. КПХЗП устанавливалось при значениях жесткости печени  $\geq 8$  кПа. Статистический анализ выполнен с помощью SPSS.

**Результаты.** У 15 человек выявлено КПХЗП – основная группа, 65 человек не имели КПХЗП – группа сравнения. Получены статистически значимые различия при сравнении частоты возникновения КПХЗП в зависимости от наличия гипертонической болезни (ГБ), сахарного диабета 2 типа (СД2), ожирения, дислипидемии и мутации в гене PNPLA3. Шансы развития КПХЗП при наличии ГБ увеличивались в 5,57 раз (95% доверительный интервал (ДИ): 1,16-26,69), СД2 – в 4,23 раза (95% ДИ: 1,31-13,67), ожирения – в 4,67 раз (95% ДИ: 1,2-18,1), дислипидемии – в 4,92 раза (95% ДИ: 1,03-23,59), мутантного G-аллеля гена PNPLA3 – в 4,69 раз (95% ДИ: 1,35-16,4). Между всеми сопоставляемыми признаками отмечалась взаимосвязь средней силы.

**Вывод.** *ГБ, СД2, ожирение, дислипидемия, мутация в гене PNPLA3 являются независимыми факторами, влияющими на развитие КПХЗП при МАЗБП.*

## ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ГОРБАЧЕВА Е.Е., ТУРКИНА С.В.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ

**Цель.** Оценка сосудистого возраста и пятилетнего риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) у лиц с нормальной массой тела (НМТ).

**Материал и методы.** В исследование вошли 55 пациентов, 26 мужчин и 29 женщин. Первая группа (n=33) была представлена пациентами с АГ I–II степени, 1–3 стадии и НАЖБП (ИМТ  $23,4 \pm 1,9$  кг/м<sup>2</sup>, средний возраст –  $56,8 \pm 5,7$  лет). Вторая группа (n=32) включала пациентов с АГ I–II степени, 1–3 стадии (ИМТ  $22,4 \pm 4,7$  кг/м<sup>2</sup>, средний возраст  $55,1 \pm 6,1$  лет). Группы пациентов были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям, длительности и предшествующей терапии АГ. Сосудистый возраст пациентов определяли по модификации системы ASCORE (калькулятора приложения для смартфонов ADVANT AGE (Les laboratories Servier версия 2, 2015) с последующей оценкой 5-летнего риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

**Результаты.** Сосудистый возраст пациентов первой группы составил  $62,2 \pm 4,7$  года, превышая паспортный на 5,4 лет ( $p < 0,05$ ). Во второй группе средний возраст пациентов также превысил паспортный на 6,6 лет и составил  $60,2 \pm 5,4$  ( $p < 0,05$ ). По данным оценки 5-летнего риска ССО в 1-й группе у 9% пациентов был отмечен низкий риск ССО vs 47% во второй; 66% пациентов с АГ и НАЖБП имели средний риск ССО vs 47% во второй. Высокий риск развития ССО отмечен у 25% и 4% в 1 и 2 группах соответственно (все  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** *Определение сосудистого возраста и риска ССО у пациентов с АГ и НАЖБП с НМТ имеет важное диагностическое значение в рутинной клинической практике.*

*В 91% случаев они представляют собой группу высокого сердечно-сосудистого риска. Выявление и динамическое наблюдение с коррекцией имеющихся факторов кардиометаболического риска формирования ригидности сосудистой стенки у этой категории пациентов является важным направлением профилактической медицины.*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК, ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАННЕЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СЕРДЦА**

ГОРДИЕНКО А.В., СОТНИКОВ А.В., ТАСЫБАЕВ Б.Б., НОСОВИЧ Д.В.,  
ТАТАРИН А.В., БЛАГОВ С.В., МЕЛЕЙЧУК К.А.

*ВМедА, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Цель.** Оценить особенности течения инфаркта миокарда (ИМ), осложненного острым повреждением почек (ОПП), после выполнения ранней реваскуляризации миокарда у мужчин моложе 60 лет для улучшения профилактики.

**Материал и методы.** Изучены результаты лечения 130 мужчин 38-60 лет с ИМ I типа и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ СКД-ЕРІ)  $\geq 30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. ОПП, в том числе Контраст-индуцированное (КИ-ОПП) диагностировали по KDIGO (2013). Исследуемая группа представлена 36 пациентами (средний возраст 53,4 $\pm$ 6,2 года), с ранней реваскуляризацией миокарда. Контрольная группа – 94 пациентами без реваскуляризации (50,7 $\pm$ 5,3 года, p=0,01). Изучали частоту регистрации особенностей клинического течения ИМ. Группы сравнивали по критериям Манна-Уитни и Хи-квадрат Пирсона. Наблюдение пациентов длилось 8 недель.

**Результаты.** При оценке вариантов течения ИМ в исследуемой группе преобладал ангинозный (88,9% и 67,7%; p=0,02) и цереброваскулярный подтипы (3,9% и 0%; p=0,008), в контрольной – смешанные с сердечной недостаточностью (СН) варианты (0% и 16,1%; p=0,02) и аритмический (0% и 8,8%; p=0,008). В исследуемой группе отмечали меньше множественных ( $\geq 2$ ) осложнений ИМ (69,4% и 83,0%; p=0,04). В контрольной группе чаще наблюдали: кардиогенный шок (19,4% и 62,8%; p < 0,0001), отек легких (8,3% и 28,7%; p=0,01), гидроперикард (5,7% и 22,3%; p=0,02); нарушения психики (2,8% и 18,1%; p=0,02), аневризмы (2,8% и 18,1%; p=0,02), легочную гипертензию (14,3% и 39,0%; p < 0,0001), нарушения мочевыделения (0% и 17,0%; p=0,008), острую СН II-IV классов тяжести (Т. Killip) (36,1% и 75,3%, p=0,0003). Летальные исходы чаще регистрировали в контрольной группе (5,6% и 23,4%; p=0,02), а КИПП – в исследуемой (83,3% и 0%; p < 0,0001). Однако, как полное (33,3% и 9,6%; p=0,001), так и частичное (13,9% и 11,7%; p=0,03) восстановление уровней креатинина и СКФ отмечали чаще в исследуемой группе.

**Выводы.** У мужчин моложе 60 лет с ИМ, осложненном ОПП, при выполнении ранней реваскуляризации миокарда, в сравнении с пациентами без реваскуляризации, отмечен лучший ближайший прогноз для жизни и восстановления функции почек. При большей частоте регистрации КИПП у таких пациентов она чаще была обратимой.

## ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ГОРЯЧЕВА О.Г., ЗУБАРЕВ М.А.

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ*

**Цель.** Выявление ведущих факторов риска, способствующих формированию хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с ВИЧ-инфекцией.

**Материал и методы.** В условиях крупного стационара обследовано 240 больных с ВИЧ-инфекцией. Из них у 160 человек выявлены признаки ХСН. Критериями включения в исследование было наличие ВИЧ-инфекции, отсутствие онкозаболеваний, не острый период воспалительных заболеваний, согласие больного и отсутствие его девиантного поведения. Исследование носило характер одномоментного, скринингового. Все больные обследованы клинически, проведена эхокардиография, лабораторное обследование. Для статистической обработки использована программа SPSS 26. Для выявления ведущих факторов риска использован метод логистической регрессии.

**Результаты.** Самыми значимыми для развития ХСН факторами у больных с ВИЧ-инфекцией оказались 5 факторов – анемия, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), антиретровирусная терапия и алкогольная зависимость (Алк).

Наблюдаемая зависимость описывается уравнением:

$$z = 1,26 \times X_{\text{ГЛЖ}} + 1,35 \times X_{\text{ЛАГ}} + 1,89 \times X_{\text{анемия}} + 1,01 \times X_{\text{АРТ}} + 0,866 \times X_{\text{Алк}} - 2,49$$

$P = 1 / (1 + e^{-z}) \times 100\%$ , где  $P$  – вероятность наличия ХСН (%),  $z$  – показатель степени в логистической функции;  $e$  – число Эйлера, математическая константа ( $e=2,718$ );

$x$  – независимые показатели. Полученная модель является статистически значимой ( $p < 0,001$ ). Исходя из коэффициента детерминации Найджелкерка, модель определяет 42,2% дисперсии вероятности развития ХСН. Исходя из значений регрессионных коэффициентов, факторы анемия, ЛАГ, ГЛЖ, алкогольная зависимость и прием АРТ имеют связь с вероятностью развития ХСН у ВИЧ-инфицированных.

**Выводы.** ЛАГ, анемия, ГЛЖ, прием алкоголя – наиболее значимые факторы развития ХСН у ВИЧ-инфицированных. АРТ может внести свой вклад в формирование ХСН в случае некорректно подобранной схемы препаратов.

## **ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ**

ГОРЯЧЕВА О.Г., ТРУШНИКОВА М.А., ЖЕЛОБОВ В.Г., КРАВЦОВА Т.Ю.  
*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ*

**Цель.** Изучение особенностей изменения уровня общего холестерина у пациентов с субклиническим гипотиреозом.

**Материал и методы.** Проведен метаанализ разности значений общего холестерина в сыворотке крови у пациентов с субклиническим гипотиреозом в сравнении с эутиреоидными пациентами. Использована программа Review Manager 5.4.1.

**Результаты.** Были проанализированы 84 полнотекстовые статьи по ключевым словам поиска «субклинический гипотиреоз», «дислипидемия». Из них выбраны 9 статей, соответствующих критериям исследования. В исследование включались статьи, в которых имеются данные о группах сравнения больных с субклиническим гипотиреозом и эутиреозом, где определялся уровень общего холестерина. Для поиска статей использованы базы данных PubMed, Google scholar, elibrary.ru.

Общее количество пациентов с субклиническим гипотиреозом составило 5737 человек, с эутиреозом – 5055 человек. Исследование является статистически значимым ( $p < 0,001$ ), уровень статистической гетерогенности высокий ( $I^2=98\%$ ).

**Вывод.** У пациентов с субклиническим гипотиреозом увеличивается концентрация общего холестерина, прирост значения которого составляет 23,0% (95% ДИ 10,42–35,64%).

## **БОЛЕЗНЬ ФАБРИ: ДИАГНОЗ ТРУДНЫЙ ДЛЯ ВСЕХ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

ГРИГОРЬЕВА Е.В., КОНДРАШОВА И.А., МАГДЕЕВА Н.А., ПАСЕЧНАЯ Н.В.  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, РФ

**Введение.** Представляем клинический случай болезни Фабри, трудности диагностики заболевания.

**Описание случая.** Пациент М., 32 лет. С 7 лет гипогидроз, с 16 лет боли в суставах, жгучие боли в кистях и стопах в жаркую погоду, принимал различные НПВП с незначительным эффектом. В сентябре 2023 г. был консультирован ревматологом, исключался дебют системной красной волчанки (СКВ), ревматоидного артрита (РА), результаты обследования: РФ 37 МЕ/л (норма до 14), АТ к ДНК отр., ANF на НЕР2 отр., ANA отр., был выставлен диагноз: недифференцированный артрит, назначался плаквенил 200 мг/сут., метипред 8 мг/сут. – без эффекта. В дальнейшем сохранялись повышенные титры РФ, при рентгенографии суставов кистей – артрит 1 ст.; обращала внимание протеинурия до 2,1 г/сут. Был выставлен диагноз РА с системными проявлениями, назначался азатиоприн 200 мг/сут. (в связи с развитием аллергической реакции препарат отменен), затем метотрексат 7,5 мг в неделю – без эффекта. Выполнялась биопсия почки: фокальный глобальный гломерулосклероз, светооптическая картина может быть характерна для болезни Фабри. Диагноз был подтвержден при молекулярно-генетическом (выявлена патогенная мутация гена GLA) и биохимическом исследованиях (снижение активности альфа-галактозидазы до 0,29 мкМ/л/час, норма более 0,8). В марте 2024 г. пациент был госпитализирован в УКБ №3 г. Москвы, при дообследовании выявлены: вихревидная кератопатия, единичные сосудистые очаги в полушариях головного мозга. Был выставлен диагноз: болезнь Фабри с поражением почек (ХБП С2), периферической нервной системы, глаз, головного мозга, гипогидроз. С июня 2024 г. начата терапия агалсидазой альфа 0,2 мг/кг в/в, в связи с поражением почек регулярно принимал лозартан 50 мг/сут.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. Кожный покров нормальной окраски, отеков нет, АД 130 и 80 мм рт.ст., на фоне терапии отмечает уменьшение выраженности болевого синдрома, улучшилась переносимость высоких температур, повысилась работоспособность.

**Заключение.** Представленное клиническое наблюдение демонстрирует редкое и трудное для диагностики заболевание – болезнь Фабри. Полиорганность поражения требовала исключения СКВ, РА. Предположение заболевания оказалось возможным только благодаря нефробиопсии, с последующим молекулярно-генетическим и биохимическим подтверждением диагноза.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**

ГРИГОРЬЕВСКАЯ А.С., РЕЗНИК Е.В., ЯРОВОЙ М.Д.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Выявить факторы, ассоциированные с прогрессией инфильтративных изменений в легких у пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением КВИ.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 170 пациентов в возрасте 21-97 лет ( $M \pm SD$ ;  $58,9 \pm 14,9$  лет), проходивших стационарное лечение КВИ, в период 06.2021-10.2021 г. Пациенты разделены на 2 группы: тяжелое (группа I) и крайне тяжелое (группа II) течение КВИ.

**Результаты.** Тяжелое течение заболевания было у 96 (56,5%) пациентов ( $Me=54,5$ ;  $Q1=44,25$ ;  $Q3=67,75$ ). Крайне тяжелое течение заболевания было у 74 (43,5%) пациентов ( $Me=65$ ;  $Q1=54$ ;  $Q3=73$ ). Наличие в анамнезе ВИЧ-инфекции ( $n=3$ ) в 100% случаев сопровождалось отрицательной рентгенологической динамикой ( $p=0,003$ ), а исход госпитализации во всех случаях был летальным. У пациентов с тяжелым течением заболевания прогрессия инфильтративных изменений по результатам компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) была ассоциирована с наличием декомпенсации сахарного диабета в ходе госпитализации ( $n=2$ ,  $p=0,009$ ), а в группе с крайне тяжелым течением КВИ с развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) ( $n=19$ ,  $p=0,068$ ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) ( $n=4$ ,  $p=0,006$ ), пневмоторакса ( $n=4$ ,  $p=0,032$ ), пневмомедиастинума ( $n=4$ ,  $p=0,093$ ) и сепсиса ( $n=7$ ,  $p=0,094$ ).

**Выводы.** *Сочетание COVID-19 пневмонии и ВИЧ-инфекции в 100% случаев характеризовалось отрицательной клинической и рентгенологической динамикой. Прогрессия инфильтративных изменений по данным КТ ОГК у пациентов с крайне тяжелым течением COVID-19 была связана с развитием ОРДС, ОНМК, пневмоторакса, пневмомедиастинума и сепсиса.*

## ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩЕГО СИНДРОМА ГИПОТИРЕОЗА

ГРИДНЕВА Ю.Ю., ЧЕСНИКОВА А.И., ХРИПУН А.В., ПАЩЕНКО Е.В.,  
БЕКЕТОВА Е.М.

*ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, РФ*

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, РФ*

**Актуальность.** Гипотиреоз является неблагоприятным прогностическим фактором развития различных форм ишемической болезни сердца, повышает риск сердечно-сосудистых катастроф и общую смертность.

**Цель.** Оценить частоту развития сердечно-сосудистых событий (ССС) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST), в зависимости от сопутствующего гипотиреоза в течение 12 месяцев наблюдения.

**Материал и методы.** В исследование включено 133 пациента с ИМпST в возрасте от 40 до 88 лет, поступивших в Региональный сосудистый центр. Пациентов, подписавших информированное добровольное согласие, наблюдали в течение 12 месяцев: проводили телефонный опрос через 3 и 6 месяцев, через 12 месяцев – вызов пациентов в стационар. Больных распределили в 3 группы: 1-я группа – пациенты с ИМпST без синдрома гипотиреоза (n=57), 2А группа – пациенты с ИМпST и субклиническим гипотиреозом (n=42), 2Б группа - пациенты с ИМпST и манифестным гипотиреозом (n=34). В специально разработанную анкету вносили данные о пациенте, информацию о частоте СССР, оценку приверженности лечению при помощи шкалы Мориски-Грина, коррекцию терапии. Статистическую обработку данных проводили при помощи программ Microsoft Office Excel 16 (2015, Microsoft, США), Statistica 13.3 (StatSoft, США).

**Результаты.** У пациентов 2А и 2Б групп статистически значимо чаще выявлялись нарушения ритма сердца (НРС) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН), отмечалась более высокая частота госпитализаций в стационар по поводу декомпенсации ХСН и НРС по сравнению с пациентами 1 группы ( $p < 0,05$ ). Следует также отметить, что у пациентов 2Б группы помимо вышеперечисленных СССР, также статистически значимо чаще регистрировались случаи стенокардии напряжения (ФК II-III) и вызовы скорой помощи (СМП) по сравнению с пациентами 1 группы ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с сопутствующим гипотиреозом выявлена более высокая частота развития НРС, ХСН, госпитализаций в кардиологическое отделение, а у больных с манифестным гипотиреозом – ещё и случаи стенокардии напряжения, и вызовы СМП по сравнению с частотой событий у пациентов без гипофункции щитовидной железы. Таким образом, пациенты с сопутствующим гипотиреозом имели более неблагоприятный прогноз в течение 12 месяцев наблюдения.

## **РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ДИСТАЛЬНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ**

ГРИШАЕВА В.А., БАРАНОВ В.Л., ШЕВЯКОВ М.А.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Актуальность.** Диабетическая дистальная полиневропатия (ДДПН) – наиболее распространенная форма диабетической полиневропатии. Воспалительные факторы оказывают разнообразное биологическое воздействие, активируя каскад биохимических реакций, которые способны вызвать повреждение нервов. С учетом клинической вариабельности и отсутствия точных методов диагностики, ДДПН своевременно диагностируется только у 50% больных.

**Цель.** Изучить факторы участвующие в формировании воспалительных реакций нервных волокон у больных с ДДПН.

**Материал и методы.** В работу вошли результаты исследований больных с достоверным наличием ДДПН. Всего было включено 278 пациентов. Были сформированы три группы наблюдения: результаты диагностики при впервые установленном диагнозе, от 2 до 5 лет, и более 5 лет от дебюта развития ДДПН. Для установления диагноза ДДПН были проведены: анкетирование, оценка объективного статуса, неврологический осмотр, электронейромиография (ЭНМГ) и определение иммунологических показателей в плазме крови с помощью иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Установлено изменение уровней маркеров воспаления. Уровень провоспалительных цитокинов (TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8) спустя 5 лет от установления диагноза достоверно увеличился с  $5,69 \pm 1,2$  до  $8,29 \pm 1,41$  пг/мл. Данные свидетельствуют, что по мере прогрессирования ДДПН усиливается нейровоспаление.

IL-6 оказался выше в группе с ДДПН и наличием выраженной невропатической болью по сравнению с группой пациентов с без болевой формой ДДПН. По-видимому, IL-6 опосредует патологическую боль, связанную с повреждением нервного волокна.

**Вывод.** Роль маркеров воспаления (TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8) в формировании ДДПН недооценена.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГУРКИНА А.А., СТУКЛОВ Н.А., КОКОРИН В.А.

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** У пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), при обследовании которых выявлена анемия, должна проводиться более тщательная диагностика для определения её этиологического фактора. Весомую долю в этой когорте пациентов, занимает анемия, связанная с хроническим воспалением (анемия хронической болезни, АХБ), при котором нарушается всасывание и метаболизм железа, то есть развивается гепцидин зависимый железодефицитный эритропоэз. Что затрудняет назначение рутинной ферро-терапии в амбулаторных условиях.

**Цель.** Провести оценку эффективности препаратов железа с гепцидин независимым механизмом всасывания у пациентов с ХСН и анемией, сравнить качество жизни (КЖ) и толерантность физической нагрузки до и через 3 месяца в зависимости от первоначальных значений функционального класса ФК (NYHA).

**Материал и методы.** В исследование включили 56 пациентов с диагнозом ХСН в сочетании с анемией. Пациенты разделены на две группы: 30 больных получали стандартную терапию ХСН с препаратами железа (группа лечения) и 26 – только терапию ХСН (группа сравнения) в течение 3 месяцев. В качестве ферротерапии использовали сукросомальное железо по 60 мг в день перорально.

**Результаты.** В группе лечения получено достоверное уменьшение тяжести ХСН по ФК ( $p=0,05$ ), причем через три месяца выбыла категория пациентов III ФК, так как произошло их перераспределение между I ФК и II ФК, что указывает на улучшение статуса ХСН, также выявлены достоверные позитивные сдвиги показателей по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) ( $p=0,01$ ) и Миннесотскому опроснику (MHFLQ) ( $p=0,002$ ); а также тесту 6-минутной ходьбы (Т6МХ) ( $p=0,01$ ). Однако в группе сравнения не достигнуто значимых результатов ни по ФК ХСН ( $p=0,1$ ), ни по Т6МХ ( $p=0,4$ ) и шкале ШОКС ( $p=0,3$ ), достоверные изменения определены только по MHFLQ ( $p=0,005$ ).

**Выводы.** *Наибольшая эффективность лечения ХСН и анемии выявлена в группе лечения, это указывает на то, что добавление сукросомального железа приводит к клиническому улучшению качества жизни, повышению толерантности к физическим нагрузкам.*

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ АМБУЛАТРОНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГУРЬЯНОВА Е.А., ДИОМИДОВА В.Н., ЖУРАВЛЕВА Н.В., ПУШКИНА Н.С.

ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии,

г.Чебоксары, РФ

БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, РФ

ФГБОУ ВО «Чувацкий государственный университет им. И.Н. Ульянова»,

г.Чебоксары, РФ

БУ«Центральная городская больница» Минздрава Чувашии, г.Чебоксары, РФ

**Цель.** Изучить структуру пациентов, получивших амбулаторное лечение в отделении медицинской реабилитации для соматических больных БУ «ГКБ № 1» и выявить группу риска развития постковидного синдрома.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 173 историй болезней пациентов с постковидным синдромом, находившихся на амбулаторном лечении в отделении медицинской реабилитации для соматических больных в период с мая по июль 2022 г. Средний возраст обследованных  $63,1 \pm 2,5$  лет (женщины – 74,6% (n=129)). Всем пациентам выполнены физикальные и лабораторно-инструментальные методы диагностики; консультирование физиотерапевтом, медицинским психологом, инструктором лечебной физкультуры, рефлексотерапевтом и психотерапевтом – по показаниям. Для оценки состояния пациентов использовали: опросник качества жизни EQ-5D, ТШХ, шкалы Борга и одышки mMRC.

**Результаты.** У 24,6% (n=43) обследованных пациентов с постковидным синдромом была зафиксирована нормальная масса тела, у 34,6% пациентов (n=60) – избыточная, ожирение I степени – 23,4% (n=40), ожирение II и III степени – 11,8% (n=20) и 5,6% (n=10) соответственно. По степени поражения легких перенесенной новой коронавирусной инфекции, по данным компьютерной томографии (КТ): у 43,3% (n=75) легкая степень, средняя - 38,1% (n=75), среднетяжелая – 15,6% (n=27), тяжелая – 2,3% (n=4). Наиболее распространенными постковидными проявлениями были респираторные симптомы в 95,5% (n=167) случаях, сердечно-сосудистые – 30,6% (n=53), генерализованные (снижение работоспособности, утомляемость, потливость) – 100% (n=173), неврологические – 93,1% (n=161), желудочно-кишечные – 2,9% (n=5), психологические/психиатрические – 56,6% (n=98). 93,6% (n=162) пациентов были полиморбидными, наиболее распространенными были гипертоническая болезнь – 89,1% (n=154), дисциркуляторная энцефалопатия - 68,2% (n=118), ишемическая болезнь сердца – 26,1% (n=45).

**Выводы.** В структуре пациентов преобладали женщины пожилого возраста с избыточной массой тела либо ожирением. По степени тяжести перенесенной коронавирусной пневмонии преобладало поражение легких легкой и средней степени тяжести по КТ. Наиболее распространенными симптомами постковидного синдрома были генерализованные и неврологические симптомы, что обусловлено высокой полиморбидностью (93,6%). Данные проведенного анализа позволяют выделить группу высокого риска по возникновению постковидного синдрома с целью проведения ранней диагностики и направления на медицинскую реабилитацию.

## ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЕ ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ГУСЕЙНОВА Р.К., КУДАЕВ М.Т., МАГОМЕДОВ А.З., АТАЕВА З.Н., ГАДЖИЕВА Т.А., АХМЕДОВА Д.А., ОСМАНОВА А.В., ЭЗИЛЯЕВА М.Р.

*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, РФ*

**Цель.** Лечение больных декомпенсированным легочным сердцем и оценка её эффективности.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 30 больных (25 мужчин и 5 женщин) с ХОБЛ, осложненной правожелудочковой недостаточностью. Возраст составлял от 50 до 60 лет. Факторами, способствующими прогрессированию хронического легочного сердца (ХЛС) и развитию декомпенсации кровообращения являлись курение, частые обострения ХОБЛ, отсутствие приверженности к терапии и нарушение сердечного ритма.

Использовалась инструментальная диагностика – рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография и эхокардиография с измерением полости правого желудочка (ПЖ) и правого предсердия (ПП), толщины передней стенки ПЖ и межжелудочковой перегородки (МЖП), определением систолического градиента между ПЖ и ПП по скорости трикуспидальной регургитации, а также систолическое давление в легочной артерии (ЛА).

**Результаты.** Наряду с клиническими проявлениями правожелудочковой сердечной недостаточности у всех обследуемых отмечалось утолщение передней стенке правого желудочка (ПСПЖ) и МЖП; дилатация полости ПЖ до 4,5-4,7 см; парадоксальное движение МЖП; выраженная легочная гипертензия –  $\Upsilon_{gs} \text{ЛА}$  – от 50 до 80 мм рт.ст. Лечение больных предусматривало улучшение бронхиальной проходимости (М-холинолитики,  $\text{B}_2$ -агонисты, глюкокортикостероиды), улучшение гемодинамических нарушений в малом кругу кровообращения, уменьшение сердечной недостаточности и профилактики ТЭЛА. Для снижения давления в ЛА использовали ингибиторы АПФ, антагонисты кальция дигидропиридинового ряда и бензотиазепины, реже верапамил. Применялись сердечные гликозиды (дигоксин в малых дозах), диуретики (тиазидные и петлевые) и антикоагулянты. При тяжелом отеком синдроме дробно кровопускание, когда диуретики не позволяли существенно снизить объема внеклеточной жидкости. Проводилась длительная малопоточная оксигенация (до 16-18 ч в сутки). Комплексная терапия декомпенсированного ХЛС предусматривает и подавление бронхиальной инфекции с использованием цефалоспоринов II-III поколения, макролидов и фторхинолонов, а также глюкокортикостероиды. Назначение низкомолекулярных гепаринов (фраксипарин, эноксапарин) предотвращало развитие ТЭЛА. Указанная терапия позволила добиться улучшения состояния у 75% больных с подтверждением урежения ритма, снижения давления в ЛА и уменьшением дисфункции ПЖ.

**Выводы.** Адекватная комплексная терапия больных с ХОБЛ, осложненной декомпенсированным ХЛС замедляет прогрессирование легочно-сердечной недостаточности и улучшает качество жизни больных.

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ДАВЛЕТОВА М.А., СТАВЦЕВА Ю.В., КОБАЛАВА Ж.Д.  
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Цель.** Изучить распространенность впервые выявленной сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) у симптомных пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материал и методы.** В исследование включено 75 пациентов с жалобами на одышку, поступивших с пароксизмом ФП в периоде с марта 2022 г. по май 2024 г. Всем пациентам была выполнена трансторакальная эхокардиография, определение уровней NT-proBNP и оценки вероятности СНсФВ с помощью алгоритмов H2FPEF и HFA-PEFF. Пациентам с промежуточной вероятностью СНсФВ был выполнен ДСТ. Различия считались статистически значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 73 года (67-82), женщины – 51%, медиана фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила 58% (55-60), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий была у 100%. Диагноз СНсФВ был выставлен 61 пациенту (81,3%), в т.ч. 38 с высокой вероятностью и 23 с промежуточной вероятностью и положительным ДСТ. Диагноз СНсФВ был отклонен у 14 пациентов (18,7%), в том числе у 2 – с низкой вероятностью и у 12 с– промежуточной вероятностью и отрицательным ДСТ. Пациенты с высокой вероятностью СНсФВ имели более высокие NT-proBNP (385 пг/мл против 218 пг/мл,  $p < 0,05$ ), E/e' (12 против 9,4,  $p < 0,05$ ), и больший индекс объема левого предсердия (42 мл/м<sup>2</sup> против 32 мл/м<sup>2</sup>  $p < 0,05$ ), чем пациенты с низкой и промежуточной группам вероятности.

**Вывод.** У пациентов с симптомной пароксизмальной формой ФП и сохраненной ФВЛЖ наблюдается клинически значимая распространенность СНсФВ.

## **ВОЗМОЖНЫЕ АССОЦИАЦИЯ СУРФАКТАНТНЫХ БЕЛКОВ SP-A И SP-D В ПЛАЗМЕ КРОВИ С ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 45-69 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

ДАДАШОВА Н.Ф.

*БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут, РФ*

**Цель.** Изучить влияние сурфактантных белков SP-A и SP-D в плазме крови на показатель систолического АД у пациентов с артериальной гипертензией в возрасте 45-69 лет.

**Материал и методы.** В НИИТПМ-филиал ИЦиГ СО РАН в 2022 г. обследовано 174 человека (87 мужчин и 87 женщин), в возрасте от 45 до 69 лет, отобранных случайным образом из баз данных популяционных скринингов жителей г. Новосибирска.

Обследованным лицам проведено трехкратное измерения артериального давления (АД) на правой руке в положении сидя после пятиминутного отдыха. Измерения осуществлялось с помощью осциллометрического автоматического тонометра фирмы OMRON. Всем обследованным лицам определена частота сердечных сокращений (ЧСС). При помощи метода иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием стандартных наборов ELISA (Cloud-Clone Corp., USA) на ИФА анализаторе MultiscanEX (ThermoLabsystem, Финляндия) определено содержание сурфактантных SP-A и SP-D в крови.

Сформированная база данных обрабатывалась с использованием пакета статистических программ SPSS, версия 13.

**Результаты.** У обследованных мужчин и женщин г. Новосибирск в общей выборке мужчин и женщин в возрасте 45-59 лет была определена прямая связь высокого уровня SP-A ( $\geq 1413$  пг/мл) и SP-D ( $\geq 1772$  нг/мл) в плазме крови с систолическим АД у мужчин в возрасте 45-69 лет. Также была выявлена ассоциация артериальной гипертензии с высоким SP-D ( $\geq 1772$  нг/мл) у мужчин.

**Вывод.** Проведенный анализ показал наличие ассоциаций концентраций сурфактантных белков SP-A и SP-D в плазме крови с показателем систолического АД у пациентов с АГ в возрасте 45-69 лет.

**Финансирование.** Исследование проведено за счет финансирования гранта Российского научного фонда, № 22-25-00670 и одобрено Этическим комитетом НИИТПМ-филиал ИЦиГ СО РАН 25.01.2022 г.

## **РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ДИСПАНСЕРНОМУ УЧЁТУ В КАБИНЕТЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АЛТАЙСКОГО КРАЕВОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН**

ДЕХАРЬ В.В., ТАНКОВ С.В., БОРИСОВА Л.В., БУРДИН А.А., ХЛОПКОВА Н.В.  
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, РФ  
КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», г. Барнаул, РФ

**Цель.** Определить распространённость сахарного диабета 2 типа среди пациентов, подлежащих диспансерному учёту в кабинете хронической сердечной недостаточности (ХСН) КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн».

**Материал и методы.** Для оказания амбулаторной помощи больным с ХСН на базе медицинской организации третьего уровня КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» в марте 2023 г. был открыт кабинет ХСН. С целью учёта пациентов сотрудниками кабинета ХСН был создан регистр, в который вносятся данные больных, подлежащих диспансерному наблюдению. В регистре состоит 197 пациентов, средний возраст которых составил  $76,3 \pm 11,9$  лет, из них женщин 44,6%, мужчин 55,4%, жителей города Барнаула 50,2%, жителей районов Алтайского края 49,8%. Исследование выполнено на основании данных регистра.

**Результаты.** Среди пациентов, страдающих сахарным диабетом и имеющих сердечную недостаточность с сохранённой фракцией выброса (СНсФВ), мужчин было 24,4% от общего количества, а женщин – 37,2%. В группе больных, страдающих сердечной недостаточностью с умеренно сниженной фракцией выброса (СНусФВ), мужчинами были 15,4%, а женщинами – 11,5%. В группе пациентов, имеющих сердечную недостаточность с низкой фракцией выброса (СНнФВ), мужчин было 3,9%, а женщин – 7,7%. От общего числа состоящих в регистре пациентов в группе респондентов, имеющих II функциональный класс (ФК) ХСН по NYHA, 10,2% составляют мужчины, а 2,6% – женщины. Точно также от общего числа зарегистрированных пациентов среди больных с ФК III мужчины составляют 21,8%, женщины – 34,6%; в группе пациентов с ФК IV мужчины составляют 10,3%, женщины – 20,5%.

**Выводы.** Сахарный диабет 2 типа (встретившийся у 39,6% больных, состоящих в регистре) преобладает в группе пациентов с СНсФВ (61,6%). Причём среди респондентов с сахарным диабетом превалирует ФК III. Он выявлен у 56,4% обследованных (из которых 42,3% были мужчинами и 57,7% – женщинами). Наиболее часто он наблюдался у женщин 75-90 лет, что составляет 17,9% от общего числа больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа.

## **БЕССИМПТОМНОЕ КАМНЕНОСИТЕЛЬСТВО: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

ДЖУЛАЙ Т.Е., БАХМЕТЬЕВА А.Д.

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, РФ*

**Цель.** Выделить основные клинико-патогенетические особенности бессимптомного камненосительства (БК).

**Материал и методы.** Из 72 пациентов (средний возраст 51 год) с БК женщин – 77,8 %, мужчин – 22,2%. Наследственность по ЖКБ отягощена у 22,4% больных, 93,8% из них – женщины; избыточная масса тела выявлена у 33,4% человек. В числе факторов риска ЖКБ злоупотребление калорийной пищей (13,9% случаев), длительный приём лекарств (антибиотики, антидепрессанты и НПВП) – 10,6%.

**Результаты.** Ранжирование жалоб по частоте: изжога (32,2%), диарея (11,2%), запор (21,0%), горечь во рту (25,2%), дискомфорт в правом подреберье (22,4%), тяжесть в эпигастрии (18,2%), отрыжка (21,0%) и тошнота (19,6%), метеоризм (21,0%), кислый привкус (8,4%), снижение аппетита и кожный зуд (по 4,2%). Жалобы отсутствовали у 4,2% пациентов. Симптомы диспепсии возникли впервые у 32,7% больных, менее 5 лет назад – у 40,0%, в течение 5-10 лет – 14,6%, свыше 10 лет – 12,7%.

Обложенность языка обнаружена у 71,0% пациентов, пальпаторная болезненность живота в эпигастрии, правом подреберье, зоне солнечного сплетения – у 36,1%. Единственный конкремент в полости желчного пузыря, по данным УЗИ, обнаружен у 33,4%, два – у 16,6%, три и более – у 27,8%; «отключенный» желчный пузырь – у 8,3%, билиарный сладж – у 13,9 %. Конкременты размером менее 5 мм определены в 22,2 % наблюдений, 6-10 мм – 19,4 %, 10-15 мм – 30,6 %, свыше 15 мм – 27,8 %.

Сопутствующие болезни органов пищеварения имелись у 29,2% пациентов: хронический гастрит/гастродуоденит (25,0%), холецистит (13,9%), панкреатит (48,6%), ГЭРБ (18,1%), ГПОД (7,0%), недостаточность кардии (8,3%), жировая болезнь печени (20,8%).

**Выводы.** *БК, характеризовавшееся диспепсическими жалобами и дискомфортом в правом подреберье в отсутствие абдоминальных болей, независимо от числа и размеров конкрементов отмечалось преимущественно у лиц с давностью заболевания менее 5 лет. У трети пациентов имелась избыточная масса тела/ожирение, у каждого пятого пациента – отягощенная наследственность по ЖКБ. БК требуется исключать у лиц с наследственной предрасположенностью, нарушениями нутритивного статуса, лечением эстроген-содержащими препаратами и находящимися в менопаузе путем динамической инструментальной визуализации билиарного тракта.*

## **ИНФАРКТ МИОКАРДА-АССОЦИИРОВАННЫЙ ШОК: КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ФЕНОТИПОВ, СТРАТИФИКАЦИЯ ПО ШКАЛЕ SCAI И ОЦЕНКА ИСХОДОВ**

ДИЛЬ С.В., КЕРЧЕВА М.А., ПАНТЕЛЕЕВ О.О., БЕЛИЧ Н.А., РЯБОВ В.В.

*НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, РФ*

**Цель.** Анализ клинических, анамнестических, инструментальных и лабораторных характеристик основных фенотипов инфаркт миокарда-ассоциированного шока (ИМ КШ), стратифицированных по шкале тяжести шока SCAI (Society for Cardiovascular Angiography and Interventions).

**Материал и методы.** В одноцентровом ретроспективном наблюдательном исследовании были проанализированы медицинские карты 1289 пациентов, поступивших в отделение неотложной кардиологии с 1 января по 12 декабря 2020 г. Среди них были идентифицированы 117 пациентов с ИМ КШ, которые в зависимости от наличия признаков септического шока, были разделены на две группы: смешанный шок (СШ) (n=48) и изолированный кардиогенный шок (КШ) (n=69).

**Результаты.** Пациенты со СШ были старше (79,5 против 73 лет,  $p=0,035$ ) и имели более низкое среднее артериальное давление (59,6 мм рт.ст. против 71,7 мм рт.ст.,  $p=0,002$ ) по сравнению с пациентами с КШ. Несмотря на схожую исходную тяжесть ИМ, госпитальная летальность в группе СШ была значительно выше (47,9% против 34,8%,  $p < 0,05$ ). Это связано с дополнительным бременем компонентов дистрибутивного шока.

Дистрибутивный фенотип гемодинамики у пациентов с ИМ КШ может выступать ранним маркером СШ.

**Выводы.** *Дистрибутивный фенотип гемодинамики у пациентов с ИМ КШ является предиктором развития СШ. Несмотря на применение современных терапевтических стратегий для лечения КШ, пациенты с СШ демонстрировали более тяжелые стадии шока по шкале SCAI, повышенную летальность и худшие исходы. Эти показатели не коррелировали с тяжестью ИМ. Наличие инфекционных коморбидностей у пациентов с ИМ КШ значительно ухудшает исходы, что усложняется диагностикой этих состояний. Снижение насосной функции левого желудочка не является единственным фактором в патогенезе ИМ КШ. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на изучение патогенеза различных фенотипов ИМ КШ и их маркеров, в том числе на молекулярно-клеточном уровне, для разработки более эффективных ранних терапевтических вмешательств и улучшения исходов у этой группы пациентов.*

**Финансирование.** Работа была выполнена в рамках ГЗ ФНИ № 075-00712-24-04 «Критические и биомедицинские технологии для новой медицины шока».

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА В ХОДЕ ТЕРАПИИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

ДУБОВА А.В., ЖУЧКОВА С.М.

*ФГБУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, РФ*

**Введение.** Проблема венозных тромбозов (ВТЭ) и тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) в онкологии чрезвычайно актуальна. Развитие канцер-ассоциированных тромбозов ограничивает возможности специфической терапии злокачественных новообразований (ЗНО), сроки и схемы лечения, иногда приводит к неблагоприятным исходам, являясь непосредственной причиной смерти. Представляем клинический случай ТЭЛА у пациента в ходе терапии лимфопролиферативного заболевания.

**Описание случая.** Пациент К., 58 лет, наблюдался у онкологов с 2019 г. по поводу анапластической Т-крупноклеточной лимфомы с поражением шейных, подмышечных, паховых, забрюшинных лимфоузлов, нижней доли левого лёгкого, кожи. Пациенту проводились в разное время курсы химиотерапии (ХТ) СНОЕР с эффектом стабилизации, ХТ 2 линии ГЕМОХ с признаками стабилизации. В июле 2022 г. – рецидив, в связи с чем ХТ брентуксимаб ведотин + бендамустин. После 3 курсов обследован: положительная динамика, полный метаболический ответ.

На фоне ХТ у пациента - анемия тяжелой степени со снижением уровня Нв до 54 г/л и Эр до  $1,6 \times 10^{12}/л$  при Ле  $54,7 \times 10^9/л$ , госпитализирован в терапевтическое отделение.

У пациента с лимфомой с уровнем Ле  $>11,0 \times 10^9/л$  и Нв  $<100$  г/л по шкале Khorana имел место высокий риск ВТЭ (3 балла), требовалась профилактика НМГ или НОАК (апиксабан или ривароксабан) непрерывно на фоне проводимой противоопухолевой лекарственной терапии и в течение двух недель после ее завершения. Оценка риска ВТЭ у пациента в тот момент не проводилась, НОАК не назначены. 29.05.2024 г. пациент доставлен в кардиодиспансер по СМП в состоянии клинической смерти. Сердечно-легочная реанимация более 30 минут оказались неэффективными. При секционном исследовании – картина массивной ТЭЛА.

**Заключение.** Данный клинический пример демонстрирует актуальность оценки риска развития канцер-ассоциированных тромбозов и необходимость их профилактики. Отсутствие активной позиции в этом вопросе может привести к ухудшению состояния пациента с ЗНО и летальной ТЭЛА.

## **АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

ЕЛИЗАРОВА И.О., КАРПЕНКО Ю.Ю., ВОЛЫНКИНА А.П.

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ*

**Цель.** Проблема сахарного диабета (СД) по-прежнему остается крайне актуальной, т.к. наблюдается неуклонный рост числа пациентов. Согласно данным официальной статистики в России в настоящее время зарегистрировано 4,15 млн. человек, страдающих СД 2 типа (мужчины – 28,9%, женщины – 71,1%). СД 2 типа является многофакторным заболеванием, характеризующимся широким спектром метаболических нарушений, которое можно рассматривать как модель коморбидности. При этом поражение многих органов и систем ассоциируется не только с ранней инвалидизацией, но и преждевременной смертью больных. Современное представление о пациенте с СД 2 включает понятие «кардиоренометаболического пациента». Особая значимость проблемы заключается в том, что СД 2 типа считается независимым предиктором развития сердечно-сосудистой патологии. Он увеличивает риск возникновения инфаркта миокарда на 54%, сердечной недостаточности – на 56%, инсульта – на 72%. Цель нашего исследования: анализ коморбидности у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Воронеж» в мае 2023 г. Были обследованы пациенты с установленным основным клиническим диагнозом СД 2 типа, всего 42 человека, среди них 14 женщин и 28 мужчин, средний возраст 59,5 лет.

**Результаты.** Среди сопутствующих заболеваний в изученной группе пациентов лидирующие позиции заняли ожирение, артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия: ожирение наблюдалось в 88% случаев, артериальная гипертензия у 76% пациентов, дислипидемия – 66,6%. Далее с меньшей частотой структуру коморбидности сформировали: атеросклероз сосудов (43% случаев), с равной частотой (26%) – фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность, поражение печени; реже стенокардия (19%), гиперурикемия (14%), в редких случаях – хроническая болезнь почек, гипотиреоз, хроническая венозная недостаточность, мочекаменная болезнь.

**Выводы.** *Результаты нашего исследования демонстрируют структуру коморбидности в изученной группе пациентов. Лечение заболеваний, сопровождающихся транссиндромальной и транснологической коморбидностью, требует патогенетической терапии и персонализированного подхода. Необходимо назначать гипогликемическую терапию с учётом сопутствующих заболеваний, обязательно контролировать уровень артериального давления и липидов для снижения риска развития макрососудистых осложнений СД.*

## СТАНДАРТНЫЕ МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ЕРМАЧКОВА Л.В., ХОВАЕВА Я.Б.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ

**Цель.** Оценить распространенность стандартных модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их влияние на клинические характеристики пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

**Материал и методы.** Обследованы 86 пациентов регионального сосудистого центра, поступившие с диагнозом ОКС (на догоспитальном этапе). Средний возраст обследованных составил  $59,0 \pm 1,3$  лет, мужчин 59 человек. После стабилизации состояния, на 5-е сутки всем пациентам проводили: анкетирование, включающее вопросы для выявления модифицируемых и немодифицируемых факторов риска ССЗ (отягощенная по ССЗ наследственность, курение, сахарный диабет в анамнезе); физикальный осмотр (подсчет пульса, измерение артериального давления, расчет индекса массы тела); определение показателей липидного спектра, глюкозы натощак. Стандартными модифицируемыми факторами риска ССЗ считали дислипидемию, артериальную гипертензию, сахарный диабет и курение. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного пакета Statistica 10.0.

**Результаты.** Было выявлено, что практически у всех обследованных (85 человек) с ОКС имелись от 1 до 4 стандартных модифицируемых факторов риска ССЗ. Чаще всего регистрировались дислипидемия (96,5%) и артериальная гипертензия (87,1%). У большинства обследованных имелись 2 или 3 стандартных модифицируемых фактора риска ССЗ (49,4% и 43,5% пациентов соответственно). Проведенный корреляционный анализ показал, что чем больше стандартных модифицируемых факторов риска ССЗ имели обследуемые, тем меньше был их возраст на момент ОКС ( $p=0,026$ ). Также с ростом числа стандартных модифицируемых факторов риска отмечалось увеличение уровней холестерина липопротеинов низкой плотности ( $p=0,036$ ), триглицеридов ( $p=0,002$ ) и соотношения триглицеридов и холестерина липопротеинов высокой плотности ( $p=0,002$ ). Было отмечено, что у лиц с повторными сердечно-сосудистыми событиями достоверно больше стандартных модифицируемых факторов риска ( $p=0,02$ ). Все пациенты перед выпиской получили индивидуальные рекомендации по вторичной профилактике ССЗ.

**Выводы.** Исследование показало, что увеличение числа стандартных модифицируемых факторов риска у пациентов с ОКС ассоциировано с множественными проатерогенными изменениями липидного спектра, а также сердечно-сосудистыми событиями в более раннем возрасте и повторными сердечно-сосудистыми событиями. Снижение числа указанных факторов риска должно быть приоритетным направлением вторичной профилактики ССЗ.

## ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТАХИКАРДИЙ С ШИРОКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ

ЕФРЕМОВА О.Н., ПРЕКИНА В.И., ЕСИНА М.В., ЯМАШКИНА Е.И.  
МГУ им. Н.П. Огарёва, г. Саранск, РФ

**Актуальность.** Внедрение в современную медицинскую практику хирургических методов лечения аритмий ставит дифференциальную диагностику тахикардий с широким желудочковым комплексом на важное место в электрокардиографии, т.к. методы лечения существенно отличаются при различных вариантах тахиаритмий. Разработка универсальных критериев дифференциальной диагностики посредством ЭКГ, как недорогого и простого в исполнении метода, является актуальной.

**Цель.** Выявить наиболее часто встречаемые диагностические ЭКГ признаки желудочковых тахикардий, проанализировать алгоритм Бругада.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 60 ЭКГ с тахикардиями и комплексом QRS шире 120 мс. Все ЭКГ записаны на скорости 50 мм\сек. Все 60 пациентов имели в анамнезе ишемическую болезнь сердца и установленный диагноз желудочковая тахикардия. Анализировались алгоритм Бругада, направленность электрической оси сердца (ЭОС), продолжительность QRS комплекса, наличие АВ диссоциации, желудочковых захватов и сливных комплексов, прекордиальная конкордантность, морфологические критерии по V1 и V6.

**Результаты.** На 11 (18 %) ЭКГ была выявлена отрицательная конкордантность, что согласно алгоритму Бругада позволяло отнести эти ЭКГ к желудочковой тахикардии, 19 (31%) ЭКГ с признаками блокады правой ножки пучка Гиса имели продолжительность QRS комплекса 140 мс, 7 (11,6%) ЭКГ – 160 мс. 26 (43%) ЭКГ имели морфологию QRS комплекса по типу блокады левой ножки пучка Гиса, из них 8 были с продолжительностью комплекса более 160 мс. Наличие сливных комплексов и желудочковых захватов наблюдалось на 30% ЭКГ. Достоверные признаки АВ диссоциации удалось выявить только на 17 ЭКГ. «Экстремальное» отклонение ЭОС имели 18,5% ЭКГ, 42,5% ЭКГ с морфологией комплекса по типу блокады правой ножки п. Гиса имели ЭОС ос отклонением влево или резко влево, 6% ЭКГ – ЭОС отклонена вправо. На 15 (25%) ЭКГ с морфологией QRS комплекса по типу блокады левой ножки п. Гиса ЭОС была отклонена вправо или вертикальная. Расчет некоторых морфологических критериев был затруднен, в виду технических погрешностей при записи ЭКГ, а также одно или трехканальной записи, что не представляло возможным точно определить начало и окончание зубцов. Таким образом только в 20 (48%) случаях мы смогли подтвердить диагноз алгоритмом Бругада.

**Выводы.** *Основной целью дифференциальной диагностики тахикардий является правильное определение лечебной тактики пациента. Необходимо продолжить поиск критериев дифференциальной диагностики тахикардий с уширенным желудочковым комплексом.*

## СУБКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

ЖИГУЛА З.М., ЖИЛИНА А.А., ЛЕРЕВА Н.В.  
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, г. Чита, РФ

**Цель.** Изучить частоту и клинические закономерности формирования субклинического атеросклероза у молодых больных язвенным колитом.

**Материал и методы.** В ретроспективное исследование включено 70 пациентов в возрасте 20-50 лет с язвенным колитом (ЯК) продолжительностью более 1 года. Критерии исключения: эндокринные заболевания, беременность и лактация, сердечно-сосудистые заболевания, алиментарно-конституциональное ожирение, приём глюкокортикостероидов, активные заболевания печени. Группу контроля составили 50 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту и полу. Сердечно-сосудистый риск (ССР) оценивался по шкале относительной оценки ССР для лиц моложе 40 лет и SCORE2. Параметры артериальной жесткости исследовали на аппарате суточного мониторинга артериального давления «VPLab» с дополнительной опцией ПО «Анализ ригидности артерий Vasotens 24».

Ультразвуковое дуплексное сканирование сонных и бедренных артерий проводилось на аппарате Vivid 5 по фокусированному протоколу. Для статистической обработки в рамках программы IBM SPSS Statistics Version 25.0 использовали критерии  $\chi^2$  и Спирмана.

**Результаты.** У пациентов с ЯК преобладал низкий (66%) и умеренный сердечно-сосудистый риск (34%). Повышение артериальной жесткости выявлено у 73% пациентов, что в 2,8 раза выше группы контроля ( $p < 0,05$ ). У 27,5% пациентов диагностированы атеросклеротические бляшки, у 39,2% имеет место локальное утолщение комплекса интима-медиа. Признаки субклинического атеросклероза у больных язвенным колитом встречались в 3 раза чаще, чем в группе контроля ( $p < 0,05$ ). В группе пациентов с ЯК и атеросклерозом преобладали пациенты с непрерывным (49%) и рецидивирующим течением (39%), имеющие частоту атак более 2 в год (55%). Больные с ЯК без признаков атеросклероза в 4 раза чаще имели ремиссию заболевания более 1 г. ( $p < 0,05$ ). Выявлена умеренная прямая корреляционная связь скорости распространения пульсовой волны в аорте с активностью язвенного колита ( $r_s=0,3$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У молодых пациентов с ЯК чаще повышается артериальная жесткость и выявляется субклинический атеросклероз, что влияет на сердечно-сосудистый риск. Развитие атеросклероза связано с непрерывным и рецидивирующим течением ЯК, с частотой атак более 2 в год.

## НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

ЖИГУЛИНА К.В., СПИЦИНА С.С.

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ*

*ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского», г. Волгоград, РФ*

**Цель.** Изучить нарушение углеводного обмена и риск развития инсулинорезистентности у больных подагрическим артритом в сочетании с метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** В исследование было включено 60 больных с подагрой: в 1-ю группу были включены 40 человек с подагрическим артритом и без признаков метаболического синдрома, во 2-ю – больные с подагрическим артритом, имеющие признаки метаболического синдрома. Женщины составили 53% (32 человека), мужчины – 47% (28 человек), средний возраст больных был 52,4±8 года. Средняя продолжительность заболевания составила 8,2±3,5 года. Семейный анамнез прослеживался у 25 (42%) больных. Всем пациентам производилось измерение окружности талии, бедер, производился расчет индекса массы тела (ИМТ), проводился забор крови для биохимического анализа, включающего исследование гликозилированного гемоглобина, производился расчет индекса НОМА-IR.

**Результаты.** Все больные находились на лечении в больнице ГУЗ «ГКБ СМП №25» г. Волгограда. Дебют подагрического артрита в среднем наблюдался в 35,6±10 лет. У 40 (67%) больных была диагностирована тофусная форма, 20 (33%) – не имели тофусов. На момент первичного осмотра гипоурикемическую терапию аллопуринолом (в дозе 50-300 мг в сутки) получали 42 (70%) больных. Среди критериев метаболического синдрома, кроме абдоминального ожирения, во 2-й группе наиболее часто встречались артериальная гипертензия, гипертриглицеридемия, нарушения углеводного обмена. Средняя масса тела у пациентов 1-й группы составила 90,0 кг (85,0-94,0 кг), 2-й группы – 96,0 кг (85,5-109,0 кг). ИМТ в 1-й группе колебался от 27,0 до 34,25 кг/м<sup>2</sup>, во 2-й составил 29,05-49,39 кг/м<sup>2</sup> (т.е. в большинстве случаев диагностировалось ожирение, в остальных – избыточная масса тела). Средний уровень гликемии натощак в 1-й группе составил 4,8±2,5 ммоль/л, во 2-й – 8,1±2,4 ммоль/л. Средний показатель индекса НОМА-IR в первой группе – 0,49, во 2-й – 22,0.

**Выводы.** *Проведенное исследование выявило достаточно высокую распространенность нарушения углеводного обмена у пациентов с подагрическим артритом и ожирением. Больные подагрой, имеющие признаки метаболического синдрома, включая ожирение, обладают более высоким риском развития инсулинорезистентности.*

## **ВЛИЯНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

ЖИДЯЕВСКИЙ А.Г., ГАЛЯУТДИНОВ Г.С., ГАЛЕЕВА Ш.Ш.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, г. Казань, РФ*

*ГАУЗ "Клиника медицинского университета" г. Казань, РФ*

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и фибрилляция предсердий (ФП) часто являются коморбидными патологиями. Симптомы обоих заболеваний изнурительны и влекут существенное снижение качества жизни пациента, переносимости физической нагрузки, вынужденные изменения в образе жизни пациента и членов его семьи. Имеют значение психологический дистресс, связанный с осознанием рисков заболевания, оценка субъективного здоровья при ведении пациентов с ХСН и ФП. Опросник SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований качества жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России.

**Цель.** Оценить качество жизни пациентов с ХСН и сопутствующей ФП.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 120 пациентов с и ХСН, у 71(59%) из них имелась постоянная форма ФП. Всеми участниками были заполнены опросника оценки качества жизни (SF-36), включающий физический и психологический компоненты здоровья. Наличие ФП подтверждалось с помощью холтеровского мониторирования ЭКГ. Статистический анализ данных выполнен с использованием программы SPSS Statistics. За критический уровень значимости был принят  $p=0,05$ .

**Результаты.** Статистически значимых отличий в отношении опросника SF-36 между группами пациентов с ХСН в сочетании с сопутствующей ФП и с пациентами с ХСН без ФП выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

**Вывод.** *Наличие ФП не влияет на качество жизни пациентов с ХСН, оцененного по опроснику оценки здоровья SF-36.*

## ВЛИЯНИЕ АДРЕНАЛИНА НА КОЛЛАГЕНОВУЮ СЕТЬ МИОКАРДА КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ЖМАЙЛОВА С.В., ВЕБЕР В.Р., ШВЕЦОВА Т.П., ПУКСИНГ К.Н.  
ФГБОУ ВО НовГУ, г. Великий Новгород, РФ

**Цель.** Изучить изменение коллагеновой сети в миокарде правого желудочка крыс линии Вистар под влияние адреналина.

**Материал и методы.** Экспериментальное исследование проводилось на крысах-самцах линии Вистар: 20 крысам однократно интраперитонеально вводился адреналин в дозе 50 мкг/г. Через 2 часа, 24 часа и через 1 месяц, под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала на исследование. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) и в правом желудочке (ПЖ) в каждой серии эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности коллагена.

**Результаты.** Через 2 часа после введения адреналина по сравнению с контрольной серией крыс плотность коллагена увеличилась с  $7,9 \pm 0,6$  об.% до  $19,8 \pm 1,5$  об.% в миокарде ЛЖ ( $p < 0,05$ ) и с  $8,3 \pm 0,5$  об.% в контрольной серии до  $25,8 \pm 1,39$  об.% в миокарде ПЖ ( $p < 0,05$ ). Через 24 часа плотность коллагена была значительно выше в ПЖ ( $30,5 \pm 1,9$  об.%) по сравнению с ЛЖ ( $18,4 \pm 1,3$  об.%,  $p < 0,05$ ). Через месяц после однократного введения адреналина плотность коллагена в обоих желудочках уменьшилась, но по сравнению с плотностью коллагена в контрольной серии оставалась увеличенной почти в 2 раза ( $p < 0,05$ ) как в ЛЖ ( $15,6 \pm 1,9$  об.%), так и в ПЖ ( $14,9 \pm 1,6$  об.%).

**Выводы.** Увеличение плотности коллагена через 2 часа связано, прежде всего с набуханием коллагена, тогда как через 24 часа увеличение плотности коллагена связано как с отеком коллагеновой сети, так и с появлением новых коллагеновых волокон. Сохраняющееся и через месяц после введения адреналина избыточное содержание коллагена в миокарде желудочков может нарушать микроциркуляцию в миокарде, метаболизм кардиомиоцитов, затруднять электрические контакты между ними.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИФОСФОНАТОВ С ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНОМ D3 НА ФОНЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

ЖУРАВЛЕВА Н.В., АКСЕНОВА А.В., ИВАНОВА А.В., ДИОМИДОВА В.Н.

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, РФ*

*БУ «ГКБ №1» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, РФ*

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Оценить эффективность комплекса препаратов бисфосфонатов с витамином D3 на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) со II-III рентгенологическими стадиями, получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ), методом рентгеновской денситометрии (РДМ).

**Материал и методы.** В исследование включены пациенты с диагнозом РА согласно критериям ARA/EULAR 2010 г. Оценивали клиническую характеристику и лабораторную картину воспаления. Обследовано 60 женщин в возрасте 46-49 лет ( $48\pm 2,4$  лет), продолжительность заболевания  $13,4\pm 3,5$  лет. У пациентов с РА была выявлена высокая степень активности (DAS-28  $5,5\pm 3,0$ ) до назначения ГИБТ. Вторая рентгенологическая стадия отмечена у 35 обследованных (58,2%), третья – 25 чел. (41,8%). 27 пациентам (45%) назначена ГИБТ: инфликсимаб – 20 пациентам, адалимумаб – 3, тоцилозумаб – 4. Для оценки изменения минеральной плотности кости ежегодно проводили РДМ.

**Результаты.** До прохождения ГИБТ остеопороз отмечен у 39 пациентов (65,1%). У 11 пациентов (18,3%) показатели МПКТ соответствовали нормальным значениям, у 10 пациентов (16,6%) – остеопенический синдром. Показатели МПКТ по BMD составили в  $0,69\pm 0,05$  g/cmI. Для профилактики вторичного остеопороза назначены препараты антирезорбтивного действия (бисфосфонаты: алендронат 59,2%, ибандронат 27,3%, золендронат 13,5%), с целью повышения эффективности минерализации кости назначены комбинации препаратов кальция и витамина D3. Пациентам через год была проведена РДМ - показатели BMD составили  $0,70\pm 0,01$  g/cmI ( $p=0,002$ ). За год наблюдения встречаемость остеопороза составила 49,1%. Уровень показателей МПКТ увеличился на 1,4%. Через 2 года показатели BMD составили  $0,71\pm 0,01$  g/cmI ( $p=0,0001$   $p=0,051$  по сравнению со исходными показателями и данными наблюдений через год). Остеопороз наблюдался в 47,3% случаев, остеопения – 26,2%. Показатели МПКТ сохранялись стабильными: за последующие 3 года не выявлено признаков вторичных переломов, достигнут стабильный уровень МПКТ. Отмечено снижение активности РА: показатели DAS-28 составили в среднем  $3,1\pm 0,8$  баллов.

**Вывод.** ГИБТ совместно с препаратами, улучшающими костный метаболизм способствуют не только ремиссии РА, но и предотвращают развитие вторичных переломов за счет достижения стабильности костной массы.

## **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПО ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

ЖУЧКОВА С.М., ПРОКОПБЕВА В.Р., ПЕРЕПЕЛКИНА И.В., ЛЮБИМОВА Л.В.,  
ЗАЙЦЕВ М.Ю., СОЛЕНОВА Е.А., КРЫЦОВА А.Н., ГЕОРГИЕВА К.С., ПАВЛОВА С.И.,  
НАЗАРЕНКО Н.С.

*БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии,  
г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии,  
г. Чебоксары, РФ*

*ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России, г. Чебоксары, РФ*

*БУ «БСМП» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, РФ*

*БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии,  
г. Чебоксары, РФ*

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ*

**Актуальность.** Применение антибактериальных препаратов может сопровождаться развитием нежелательных реакций (НР), ряд из которых являются жизнеугрожающими.

**Цель.** Изучить структуру НР на антибактериальные препараты по Чувашской Республике.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ извещений о развитии НР, полученных методом спонтанных сообщений (СС), зарегистрированных в Чувашском региональном центре мониторинга безопасности лекарственных средств за 2009-2023 гг.

**Результаты.** Всего от практических врачей поступило 3206 извещений о НР на лекарственные препараты, 853 из них были на антибактериальные препараты (26,6%) (АБП). Наибольшее количество СС зарегистрировано на АБП цефалоспоринового ряда (преимущественно I-III поколений) – 51,2%, на группу пенициллинов пришлось 16,8%. Случаи СС на АБП резерва (фторхинолоны 9,6%, гликопептиды 5,6%, аминогликозиды – 3,3%, карбапенемы – 3,2%) составили 20% всех репортируемых карт на АБП. По степени тяжести преобладали умеренные реакции (61%), тогда как реакции легкой и тяжелой степени были зарегистрированы примерно в равном количестве (20% и 19% соответственно). Реакции типа В зафиксированы в 79% случаев, типа А – 21%. Выявлено 87% «серьезных» НР, из них «угроза жизни» - 21% случаев (ангионевротический отек, анафилактический шок). Летальные исходы, причиной которых являлось развитие анафилактического шока, составили 0,3%. Наиболее часто среди поражений систем органов отмечены реакции со стороны кожных покровов (58%), органов ЖКТ (14,4%). В последние два года наблюдения отмечен рост репортирования НР, возникших в результате самолечения АБП на дому. Случаи терапевтической неэффективности АБП зарегистрированы в 1,3% репортируемых извещений.

**Выводы.** Доля НР на антибактериальные препараты высока, составляет треть от всех репортируемых извещений, с преобладанием числа «серьезных» случаев. В структуре НР преобладают дозозависимые реакции типа В, проявляющиеся аллергическим поражением кожи.

## ДИАГНОСТИКА НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ЗАГЛИЕВ С.Г., ЗАГЛИЕВА С.С., МАММАЕВ С.Н.  
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, РФ

**Введение.** Представить особенности течения кардиомиопатии у пациента с некомпактным миокардом (НМ).

**Описание случая.** В ГБУ РД «РКБ» для уточнения диагноза поступил мужчина 40 лет с жалобами на одышку при ускоренной ходьбе, перебои в работе сердца, увеличение живота в объеме, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза известно, что клинические проявления сердечной недостаточности (СН) в виде одышки при ходьбе в быстром темпе, перебои в работе сердца стал отмечать с марта 2018 г. с постепенным прогрессированием степени одышки, в связи с чем пациент неоднократно находился на стационарном лечении.

Проведены эхокардиография (Эхо-КГ) и магниторезонансная томография (МРТ) сердца. По результатам ЭхоКГ отмечались признаки дилатации всех полостей сердца, снижение глобальной сократимости левого желудочка (ЛЖ): фракция выброса (ФВ) ЛЖ 51%, снижение сократимости правого желудочка (ПЖ). С ноября 2019 г. – нарастание одышки, увеличение живота в объеме, появлением отеков на нижних конечностях. На электрокардиограмме зарегистрирована фибрилляция предсердий. По ЭхоКГ – дилатация всех полостей сердца, ФВ ЛЖ 22%, систолическое давление в легочной артерии 50-55 мм рт.ст., снижение сократительной способности миокарда ПЖ, выраженная трабекулярность стенок левого и ПЖ. По данным МРТ сердца выявлена дилатация всех камер сердца, диффузный гипокинез ЛЖ, значительное снижение глобальной сократительной функции желудочков, признаки НМ ЛЖ, повышение трабекулярности миокарда верхушки ПЖ, удовлетворяющее критериям некомпактности (толщина некомпактного слоя – 16 мм, компактного до 5-6 мм). Несмотря на прием стандартной терапии хронической СН: ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антагонистов минералкортикоидных рецепторов,  $\beta$ -адреноблокаторов, сакубитрила/валсартана и диуретиков стали прогрессировать вышеуказанные жалобы. Неоднократное проведение парацентеза с последующим быстрым накоплением жидкости в брюшной полости.

**Заключение.** У пациента, согласно МРТ и Эхо-КГ критериям, имеет место синдром НМ с поражением правого и левого желудочков, с развитием хронической СН, преимущественно правожелудочковой с нарушением ритма сердца. Диагностика НМ ПЖ представляет значительный интерес в связи с редкой встречаемостью. При преобладании правожелудочковой СН в круг дифференциально-диагностического поиска необходимо включать и НМ ПЖ.

## ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

ЗАГЛИЕВА С.С., МАММАЕВ С.Н., ИБРАГИМОВА Х.И., ЗАГЛИЕВ С.Г.  
ФГБОУ ВО «ДГМУ Минздрава России» г. Махачкала, РФ

**Цель:** изучить состояние микрофлоры толстой кишки, уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы:** проведено наблюдение за 90 больными. Уровень ФНО- $\alpha$ , ИФН- $\gamma$ , ИЛ-4 определялся методом иммуноферментного анализа. Микробный состав определяли путем посева фекалий на питательные среды. Учитывая, что результаты основных показателей, характеризующих тяжесть ХСН, при I-IV ФК достоверно не различались, больные были распределены по двум группам: в 1-ю группу вошли 62 человека имеющие I и II ФК, во 2-ю – 28 с III и IV ФК ХСН.

**Результаты:** повышенный уровень ФНО- $\alpha$  определялся в сыворотке крови у 90 (100%) обследованных больных, ИФН- $\gamma$  – у 72 (80%), ИЛ-4 – у 38 (42,2%). Выявлено закономерное возрастание концентрации цитокинов в зависимости от выраженности сердечной недостаточности. Уровень ФНО- $\alpha$ , ИФН- $\gamma$  у больных 2-й группы был выше, чем в 1-й ( $p < 0,05$ ). Уровень цитокинов повышался со снижением ФВ левого желудочка. Отмечалось достоверно более высокое общее количество кишечной палочки, лактозонегативных энтеробактерий, гемолизирующей кишечной палочки, клебсиелл и цитробактеров по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ). Установлена достоверная зависимость между общим количеством микроорганизмов и тяжестью ХСН ( $p < 0,05$ ), т. е. их содержание у больных 2-й группы достоверно ( $p < 0,05$ ) превышало соответствующие значения у больных 1-й группы. Наблюдалось увеличение содержания ФНО- $\alpha$ , ИФН- $\gamma$  по мере роста концентрации лактозонегативных энтеробактерий, гемолизирующей кишечной палочки, клебсиелл и цитробактеров.

**Выводы.** У больных ХСН достоверно повышены ФНО- $\alpha$ , ИФН- $\gamma$ , а также показатели грамотрицательной микрофлоры кишечника, которые взаимосвязаны с ФК ХСН и систолической дисфункцией левого желудочка. При ХСН показатели ФНО- $\alpha$ , ИФН- $\gamma$  имеют достоверную связь с содержанием грамотрицательной микрофлоры кишечника, что косвенно свидетельствует о стимулировании бактериальным эндотоксином продукции цитокинов.

## РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА T-786C ГЕНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ

ЗАКИРОВА Г.А., БОБОЕВ К.Т., МАШАРИПОВА Д.Р., ТАГАЕВА Д.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан  
Республиканский научно-практический медицинский центр гематологии МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Цель.** Анализ скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с различными аллельными и генотипическими вариантами полиморфизма T-786C гена NOS3 в гене и выявить возможные ассоциации между этими вариантами и почечной дисфункцией у пациентов с ХСН.

**Материал и методы.** В исследование были включены 220 больных с ХСН, из них 120 больных с СКФ >60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и 100 больных с СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. В качестве контроля использовали образцы ДНК 120 условно здоровых доноров узбекской национальности. Детекции полиморфизма T-786C гена NOS3 проводили с использованием тест-систем ООО НПФ Литех (Россия) по протоколу производителя. Амплификацию проводили с помощью термоциклеров RotorGeneQ (Quagen).

Инструменты вычислений: пакет прикладных программ «OpenEpi 2009, Version 2.3».

**Результаты.** В основной группе пациентов и контрольной выборке частота аллеля T и C составляют 64,5% и 35,5% против 71,7% и 28,3%, соответственно ( $\chi^2=3,5$  и  $p=0,1$ ).

Рассчитанный относительный шанс обнаружения мутантного аллеля C среди пациентов составил OR=1,4 (95% ДИ 0,98–1,97) по сравнению контроля. Следовательно, носительство данного аллельного варианта полиморфизма T-786C гена NOS3 связано со повышенным риском развития почечной дисфункции у пациентов с ХСН.

В подгруппе пациентов рСКФ >60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> наблюдается незначительная высокая частота неблагоприятного генотипов C/C и T/T по сравнению с группой с рСКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (16,4% против 15,6%,  $p=0,4$  и 47,3% против 42,2%,  $\chi^2=1,1$  и  $p=0,3$  соответственно). Частота распределения гетерозиготного генотипа C/T в подгруппах рСКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и рСКФ >60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> составила 36,4% и 42,2% соответственно при  $\chi^2=1,1$  и  $p=0,3$ . При этом, согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития рСКФ >60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и СКФ <60 мл/мин у пациентов при носительстве неблагоприятного аллельного варианта C может увеличиваться от OR=1,3 (95% ДИ 0,94–1,98) до OR=1,5 (95% ДИ 0,97–2,21).

**Выводы.** Пациенты с неблагоприятным аллельным вариантом C полиморфизма T-786C гена NOS3 имеют тенденцию к ассоциации как к более высокой рСКФ >60 мл/мин, так и более низкой рСКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Полученные результаты указывают на потенциальную роль генетических факторов в предрасположенности к нарушению функции почек при ХСН и имеют значение для дальнейших исследований.

## **ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ**

ЗАМАНОВА Э. С., ШАМСУТДИНОВА Н.Г., БАШИРОВА Р.А.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ*

*ГАУЗ РКБ МЗ РТ, г. Казань, РФ*

**Актуальность.** Системная склеродермия (ССД) полиорганное заболевание, в основе которого лежат иммунные нарушения и вазоспастические сосудистые реакции, сопровождающиеся активацией фиброобразования. Нарушение функции пищевода и поражение легких относятся к системным проявлениям болезни, значимо влияющих на качество и продолжительность жизни.

**Цель.** Изучить возможные типы ранних проявлений поражения пищевода у пациентов с ССД.

**Материал и методы.** Обследованы пациенты с ССД. Проводилась общеклиническая оценка активности заболевания. Для оценки функции пищевода применялась динамическая сцинтиграфия пищевода с радиофармацевтическим препаратом на двухдетекторной гаммакамере.

**Результаты.** Обследовано 96 пациентов: 36 мужчин, 60 женщин, средний возраст составил 52 [46; 59] года с длительностью болезни 9,8 [13,5; 20,5] лет. Лимитированную форму 26 пациентов имели ССД, диффузную – 70. Кожный счет составил 12,5 [7,25; 16]. Специфические антитела выявлены у 93,8% (90 больных): анти-Sc1-70 – у 62 пациентов, антицентромерные антитела – у 15 пациентов, антитела к РНК полимеразе – у 13 пациентов. При детализации жалоб со стороны ЖКТ, у 47,9% (46 пациентов) отмечались чувство раннего насыщения, затруднение глотания, у 20,8% (20 пациентов) – дисфагия. У 31,3% (30 пациентов) соответствующих жалоб не было. При этом по данным динамической сцинтиграфии транспортная функция оказалась нарушена у 85,4% (82 пациента). Выявлены следующие типы нарушения моторики: гипердинамический тип, характеризующийся сегментарным спазмом пищевода преимущественно в дистальных и средних отделах (у 30% (29 больных)) и гиподинамический тип со значительным замедлением или отсутствием выведения радиоактивного болюса без эпизодов повторного повышения активности (у 55% (53 пациента)).

**Выводы.** Большая часть пациентов с ССД имеют нарушения эвакуаторной функции пищевода с различными типами нарушения моторики. Применение динамической сцинтиграфии позволит уточнить наличие нарушения функции пищевода у больных с ССД даже в случае отсутствия клинических проявлений, а также тип нарушения функции пищевода.

## ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ СМАРТФОНОВ С ЦЕЛЮ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЗАМЯТИН К.А., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Приложения для повышения приверженности лечению пациентов терапевтического профиля широко распространены во всем мире и с каждым годом появляется все больше доказательств эффективности их применения. При этом качество жизни пациента зависит от его приверженности как медикаментозной терапии, так модификации образа жизни и самостоятельному контролю симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Цель.** Оценить возможность применения приложений для смартфонов для повышения приверженности лечению амбулаторных пациентов в возрасте 60 лет и старше с ХСН.

**Материал и методы.** В одномоментное обсервационное исследование включено 43 пациента (27 женщин и 16 мужчин) в возрасте 60 лет и старше с ХСН II-III функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца вследствие ишемической болезни сердца или артериальной гипертензии. Всем пациентам проводился общепринятый клинический осмотр, изучались данные истории болезни. Осуществлялся опрос о наличии и использовании мобильных устройств (телефона или смартфона), а также о наличии и использовании приложений для повышения приверженности и/или контроля симптомов заболевания.

**Результаты.** Средний возраст пациентов с ХСН составил  $75,8 \pm 8,8$  лет. Смартфоны имелись у 38 (88,4%) пациентов, «кнопочные» мобильные телефоны – у 5 (11,6%) пациентов ( $p < 0,001$ ). Смартфоны на платформе Android были у 26 (68,4%) пациентов, на платформе IOS – у 12 (31,6%) пациентов ( $p = 0,005$ ). Приложения для повышения приверженности лечению были установлены и применялись у 1 (2,3%) пациента с ХСН.

**Выводы.** *Исследование показало, что большинство пациентов с ХСН (88,4%) имеет смартфоны, при этом только 2,3% пациентов имели приложения, предназначенные для повышения приверженности. Повышение информированности пациентов и врачей о доступности мобильных приложений для контроля приверженности лечению, включая помощь в их настройке, могут улучшить качество жизни пациентов с ХСН, не повышая расходы на дополнительное оборудование и без материальных затрат для учреждений, оказывающих медицинскую помощь.*

## **РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КО-ТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА**

ЗАНИНА Т.В., ТАВЛУЕВА Е.В.

*ГБУЗ «ГКБ имени Ф.И. Иноземцева ДЗМ», г. Москва, РФ*

*ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** У пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) было показано, что ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа (SGLT2i) снижают повторную госпитализацию по поводу сердечной недостаточности, а также смертность от всех причин и сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время недостаточно исследований, изучающих данный класс препаратов во время острого коронарного синдрома с предшествующей ХСН.

**Цель.** Оценить уровень NTproBNP у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в сочетании с фибрилляцией предсердий (ФП) и ХСН до назначения SGLT2i и на момент выписки из стационара.

**Материал и методы.** В исследование включены 110 пациентов, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии с подтвержденным диагнозом ОИМ. У всех пациентов в анамнезе регистрировалась ФП с формированием ХСН II-IV ФК по NYHA. Во время госпитализации пациентам было проведено комплексное лечение ОИМ, включая реваскуляризацию инфаркт-связанной артерии. Пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 55 больных, получающих стандартную медикаментозную терапию, которая включала в себя аспирин, клопидогрел, пероральные антикоагулянты, статины, В-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Основную группу – 55 пациентов, которым к стандартной терапии был добавлен SGLT2i. Всем пациентам при поступлении и при выписке определяли NTproBNP.

**Результаты.** При поступлении медиана (Me [IQR]) уровня NTproBNP у пациентов в основной группе составила 350 [133,6-752] пг/мл. Me [IQR] уровня NTproBNP при выписке составила 406 [162-725] пг/мл ( $p=0,367$ ). Прирост уровня NTproBNP в среднем составил 56 пг/мл. При поступлении медиана (Me [IQR]) уровня NTproBNP у пациентов в контрольной группе составила 435 [130-675] пг/мл. Me [IQR] уровня NTproBNP при выписке составила 480 [135-755] пг/мл ( $p=0,002$ ). Прирост уровня NTproBNP в среднем составил 45 пг/мл. В группе пациентов со стандартной медикаментозной терапией были установлены статистически значимые различия уровня NTproBNP между поступлением и выпиской,  $p=0,002$ .

**Вывод.** *Результаты наблюдения на ограниченной популяции больных ОИМ в сочетании с ФП и ХСН в анамнезе показали статистически значимое повышение уровня NTproBNP к моменту выписки в группе пациентов, которые не получали SGLT2i в период госпитализации.*

## ОЦЕНКА ДАННЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

ЗЕЛЕНИН В.А., ГОРБУНОВ А.Ю., ГОРШУНОВА В.В., ВОЗИСОВА И.А.,  
ИДРИСОВА А.А.

*ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, РФ*

**Цель.** Определить изменения на электрокардиограмме (ЭКГ), а также некоторых биохимических показателей крови у пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

**Материал и методы.** Ретроспективно был проведен анализ историй болезни 100 пациентов БУЗ УР «ГКБ № 8 им. Однопозова И.Б. МЗ УР» (г. Ижевск), находившихся на стационарном лечении с диагнозом: коронавирусная инфекция. Из них 85 (85%) составляли женщины и 15 (15%) мужчины. Средний возраст составил  $56,3 \pm 4,5$  лет.

**Результаты.** Изменения на ЭКГ наблюдались у 75% пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Так, нарушение процессов реполяризации наблюдалось у 34% пациентов. Синусовая брадикардия у 12% пациентов, которая у некоторых из них сочеталась с диффузным нарушением реполяризации, экстрасистолией по типу бигеминии и нарушением внутрижелудочковой проводимости. Блокада левой ножки пучка Гиса в сочетании с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), нарушением реполяризации и одиночной экстрасистолией выявлена у 13% пациентов, а у 11% - обнаруживалась блокада правой ножки пучка Гиса. Изолированная ГЛЖ наблюдалась у 7% больных. Кроме того, нами проведена оценка некоторых биохимических показателей крови у пациентов при новой коронавирусной инфекции. Так, повышенный уровень глюкозы был выявлен у 86% пациентов, а у 46% отмечено повышение креатинина. Содержание в крови аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы оказалось повышенным у 24% и 48% пациентов соответственно.

**Выводы.** У 75% пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, отмечались изменения на ЭКГ. Кроме того, у ряда больных наблюдались изменения биохимических показателей крови. Полученные результаты свидетельствуют о полиорганном характере поражения при новой коронавирусной инфекции.

## ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ЗЕНКИНА А.Н., ЛАПШИНА Е.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., КАРАПЕТЯН Л.В.,  
КОБАЛАВА Ж.Д.

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Артериальная ригидность (АР) – значимый фактор прогноза у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Значение параметров АР при СН до конца не ясно.

**Цель.** Охарактеризовать параметры АР, измеренной разово и в течение суток, у пациентов с СН и изучить ассоциации выявленных нарушений.

**Материал и методы.** 67 пациентам с ХСН и анамнезом АГ (62,7% мужчин,  $71,1 \pm 10,7$  лет) проводилось измерение клинического и суточного периферического и центрального АД и параметров, АР (BPLab Vasotens, SphygmoCor AtCor), оценка когнитивной функции (КФ) по МОСА (снижением считали балл  $< 26$ ). Проводилась комплексная оценка выраженности застоя: УЗИ легких, фиброэластометрия печени, биоимпедансный векторный анализа (БИВА). Маркерами повышения АР считали центральное пульсовое давление (цПД)  $\geq 50$  мм рт.ст., каротидно-феморальную скорость распространения пульсовой волны (кфСРПВ)  $> 10$  м/с и ее отклонение от индивидуальной нормы. Анализировали подгруппы с ФВ  $< 40\%$  (нФВ) и  $\geq 50\%$  (сФВ). Результаты считали статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Наиболее частым маркером АР в подгруппах было повышение СРПВ  $> 10$  м/с. При сопоставимости суточного профиля периферического и центрального АД, при СНнФВ по сравнению с СНсФВ чаще отмечалось повышение суточной СРПВ от индивидуальной нормы: за 24 ч 61,5% против 33,3% ( $p=0,025$ ); дневная 59,3% против 33,3% ( $p=0,037$ ); ночная 66,7% против 35,9% ( $p=0,014$ ) и реже – повышение цПД (за 24 ч 7,4% против 33,3%,  $p=0,017$ ; дневное 3,7% против 33,3%,  $p=0,005$ ; ночное 11,1% против 43,6%,  $p=0,005$ ). Повышение кфСРПВ  $> 10$  м/с ассоциировалось с плотностью ткани печени ( $p=0,017$ ), и альбуминурией ( $p=0,041$ ). Пациенты с повышением кфСРПВ и цПД по сравнению с нормой характеризовались худшим баллом по МОСА вне зависимости от ФВ: 18 [17; 21] против 23 [19; 26] ( $p=0,007$ ), 18 [13,5; 21] против 20 [18; 25] ( $p=0,045$ ). Факт наличия иНГЛТ2 в терапии до госпитализации ассоциировался с более низкой кфСРПВ: 5,9 [4,3; 7,5] против 11,2 [8,4; 13,9] м/с,  $p=0,031$ .

**Выводы.** Пациенты с СНнФВ по сравнению с СНсФВ характеризуются более частым повышением суточной кфСРПВ и редким повышением суточного цПД. Повышение АР ассоциировано с более высокой плотностью печени и альбуминурией и со снижением КФ. Применение иНГЛТ2 ассоциировалось с более низкими значениями АР.

## ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., ЛЕОНОВА А.О., ГОРБУНОВА А.М.,  
ГЕРАСИМЕНКО О.Н.

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, РФ*

**Цель.** Оценить клинико-функциональные особенности пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса (ХСНнФВ).

**Материал и методы.** Исследование проводилось с 01.02.2024 г. по 01.08.2024 г. на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» г. Новосибирска в отделении медицинской реабилитации круглосуточного стационара. Включены 36 пациентов от 39 до 80 лет (21 мужчина, 15 женщин) с диагностированной ХСНнФВ (ФВ <40%). Всем обследованным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Результаты.** Средний возраст общей группы (n=36) составил  $65,5 \pm 11,0$  лет. В группе мужчин (n=21) –  $61,6 \pm 11,4$  лет, в группе женщин (n=15) –  $71,0 \pm 8,2$  лет. Клиническая картина и объективные данные, характерные для ХСН, с одинаковой частотой встречались в обеих группах. При оценке этиологии ХСН в группе мужчин ИБС + ГБ составила 47,6% (n=10), тогда как в группе женщин ИБС + ГБ составила 33,3% (n=5); ГБ как единственный этиологический фактор ХСН среди мужчин выявлен у 33,3% (n=7), в группе женщин – 66,6% (n=10). Сахарный диабет встречался в группе мужчин у 38% (n=8), у женщин – 60% (n=9). У 33,3% (n=5) отмечено ожирение (ИМТ >30,0 кг/м<sup>2</sup>), у мужчин 28,5% (n=6). Среднее количество декомпенсаций ХСН в группе мужчин составило  $1,9 \pm 1,0$  раз, в группе женщин –  $2,6 \pm 1,7$  раз. При оценке лабораторных и инструментальных данных выявлено: в группе мужчин анемический синдром регистрировался у 9,5% (n=2), в группе женщин – 40% (n=6). Среднее значения размера левого предсердия по данным ЭХО-КГ у женщин –  $50,1 \pm 5,9$  мм, у мужчин –  $54,2 \pm 5,5$  мм. Среднее значение фракции выброса у женщин составило  $34,1 \pm 3,3\%$ , у мужчин –  $33,9 \pm 3,3\%$ .

**Выводы.** В группе пациентов с ХСНнФВ среди этиологических причин преобладали гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. У лиц мужского пола реже встречался сахарный диабет и ожирение. Тогда как, у женщин с ХСНнФВ более выражен коморбидный фон. Частота декомпенсаций ХСН выше у женщин, чем у мужчин. Группа больных с ХСН разнообразна и для снижения смертности, инвалидизации и частоты декомпенсаций ХСН требуется соблюдение принципа индивидуального подхода к пациенту при оказании медицинской помощи.

## **КАЧЕСТВО ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

ИВАНИКОВ И.О., ВИНОГРАДОВА Н.Н., ЖАРОВА М.Е., ЕФРЕМОВА Н.В.,  
ВЛАДИМИРОВА Н.Н., НОСОВ Д.А.

*ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП, г. Москва, РФ*

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Оценить показатели качества помощи пациентам с онкологическими заболеваниями органов ЖКТ в учреждениях ГМУ УДП РФ в условиях пандемии COVID-19.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) органов ЖКТ (С15-С26, оба пола) в доковидный период (2017-2019 гг.), в период пандемии (2020-2022 гг.) и в постковидный период (2023 г.). Оценивались следующие показатели: заболеваемость, смертность, процент активно выявленных случаев, доля пациентов с заболеванием на I и IV стадиях.

**Результаты.** Во время пандемии COVID-19 наблюдалось небольшое увеличение заболеваемости ЗНО ЖКТ с 211,2 на 100 тыс. населения в доковидный период до 212,0 в период пандемии и до 217,7 в постковидный период. Смертность снизилась с 70,9 до 61,9 на 100 тыс. населения в период COVID и до 60,8 в постковидный период. Процент активно выявленных случаев увеличился с 30% в доковидный период до 36% в период COVID и до 41% в постковидный период. Доля пациентов с заболеванием на I стадии выросла с 22,2% в доковидный период до 27,8% в период COVID и до 30,5% в постковидный период. Доля случаев на IV стадии снизилась с 26,6% в доковидный период до 26,2% в период COVID и до 22,2% в постковидный период.

**Вывод.** Пандемия COVID-19 не оказала негативного влияния на основные показатели качества онкологической помощи в учреждениях ГМУ УДП РФ, что свидетельствует о высокой устойчивости системы диагностики и лечения ЗНО ЖКТ в этих организациях.

## ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛОГО С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

ИВАНОВА Д.А., ТАРАСОВА Л.В.

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ

**Описание случая.** Мужчина 74 лет, ИМТ 29 кг/м<sup>2</sup>, страдающий БК с поражением терминального отдела подвздошной кишки, фаза язв, стенозирующая форма, активное течение. БК была верифицирована в возрасте 72 лет, когда появились жалобы на боли в верхней части живота и правой подвздошной области, учащенность и неустойчивость стула до 6 раз в сутки, снижение массы тела, выраженную слабость. Пациент имеет коморбидный профиль – сахарный диабет (СД) 2 типа (с 2017 г.) – получает метформин 1000 мг 2 р/день, также страдает ИБС, принимает индапамид 2,5 мг/сутки, периндоприл 4 мг/сутки, бисопролол 5 мг/сутки, аспирин 75 мг/сутки. Среди перенесенных заболеваний – травма голеностопного сустава вследствие чего развилась посттравматическая артропатия. По поводу мышечных болей пациент принимает нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – диклофенак 100 мг 1 раз через день.

В 2023 г. у пациента появились кожные высыпания – множественные глубокие язвы в области груди, лопаток, живота, голеней, которые были расценены как гангренозная пиодермия. Пациент использовал местно такролимус с небольшим положительным эффектом. Во избежание полипрагмазии происходил тщательный подбор лекарственных препаратов с учетом имеющегося коморбидного профиля. Доказано, что глюкокортикостероиды (ГКС) обладают негативным влиянием на углеводный обмен, провоцируют стероид-индуцированные нарушения и снижают эффективность метформина и других сахароснижающих препаратов. Терапия цитостатиками (азатиоприн, меркаптопурин и др.) при СД также может спровоцировать нарушение гликемического профиля, тем самым усилить гипергликемию в связи с чем, базисная терапия ГКС и цитостатиками не желательна к назначению у демонстрируемого пациента. НПВП ассоциируются с желудочно-кишечной токсичностью в виде повреждения слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта, повышая риск рецидива ВЗК, особенно при длительном использовании и в высоких дозах. Препаратом выбора из группы НПВП для пациентов с ВЗК являются селективные ингибиторы ЦОГ-2 (коксибы). Учитывая возраст пациента, иммуноопосредованный кожный процесс в виде гангренозной пиодермии, СД 2 типа, ИБС для исключения риска полипрагмазии мультидисциплинарным консилиумом специалистов регионального центра ВЗК была рекомендована терапия «step-down» с использованием биологического препарата из группы ингибитора ИЛ-12/23. Устекинумаб был выбран в связи с доказанной безопасностью, хорошей переносимостью и быстрым противовоспалительным эффектом, что оптимально для пожилых коморбидных пациентов с иммуноопосредованными заболеваниями. В эксперименте доказано, что профиль безопасности устекинумаба остаётся благоприятным в течение 4 лет долгосрочного периода наблюдений у пациентов с ВЗК.

**Заключение.** Представленный случай демонстрирует подходы к оптимальному выбору лекарственных препаратов у коморбидного пациента с БК, во избежание полипрагмазии.

## **ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АТЕРОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ И РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ**

ИВАНОВА Л.Н., ХОЛИНА Е.А., ПИЛИЕВА Е.В.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Луганская Народная Республика*

**Цель.** Выявить факторы развития и потенцирования атерогенеза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГТ) и расстройством адаптации (РА).

**Материал и методы.** Из 306 больных ИБС (средний возраст  $56,9 \pm 5,4$  года) у 109 ИБС протекала в сочетании с СГТ и РА (основная группа), у 197 – изолировано (группа сравнения). Для выявления ситуационной депрессии и тревожности использовали опросник «Донбасский синдром» (ДС) (Налетова О.С.). Индекс коморбидности рассчитывали по шкале Charlston. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакетов лицензионных программ Microsoft Exel и Statistica 6.0.

**Результаты.** Индекс коморбидности у пациентов основной группы составил  $5,8 \pm 0,34$ , в группе сравнения –  $2,6 \pm 0,23$  балла ( $p < 0,05$ ). В основной группе лиц женского пола было в 3 раза больше, чем мужского, в группе сравнения – в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ).

По опроснику ДС средний балл в обеих группах составил 7,5, что свидетельствует о наличии признаков депрессии и тревожности у больных, обусловленные ситуацией на Донбассе (военное положение, социально-экономические условия и т.д.).

В основной группе индекс курения составил  $8,3 \pm 1,5$  пачка/лет: 32,1% пациентов никогда не курили, 39,5% – экс-курильщики и 28,4% – активные курильщики; в группе сравнения –  $10,1 \pm 3,3$  пачка/лет; 9,1%; 42,7% и 48,2% соответственно ( $p < 0,05$ ).

Отягощенный семейный кардиологический анамнез выявлен у 61,2% и 78,7% больных соответственно ( $p < 0,05$ ) в группах сравнения.

По шкале SCORE риск 10-летней смертности в основной группе у 41,3% больных составлял 1-2%, у 44,9% – 3-4%, у 13,8% – 5-9%. У 86,2% больных основной группы кардиоваскулярный риск был определен как умеренный, у 13,8% – как высокий; в группе сравнения – 84,5% и 15,5% соответственно. Статистически значимой разницы между группами не установлено ( $p > 0,05$ ).

**Вывод.** *Тщательный расспрос и анкетирование больных с сочетанной патологией необходимы для своевременного выявления модифицированных факторов риска с целью их коррекции.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПЕРИКАРДИТОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

ИВАНОВА С.Н., ГАЛАШЕВСКАЯ Л.А., ВЕТОШКИНА У.В.

*ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России, г. Архангельск, РФ*

*ГБУЗ АО "Архангельская областная клиническая больница", г. Архангельск, РФ*

**Цель.** Выявить эффективность лечения острых перикардитов, выявленных у пациентов и пролеченных в ГБУЗ АО АОКБ, в условиях Архангельской области.

**Материал и методы.** Нами были проанализированы истории болезни девяти пациентов, поступивших в АОКБ за год (2023-2024 г.) с подозрением на острый перикардит. Возраст пациентов составил от 28 до 74 лет, 2 мужчин и 7 женщин. В ходе обследования диагноз был подтвержден у 4 пациентов (у одного - хронический перикардит). В остальных случаях были установлены другие заболевания: опухоли перикарда, кифосколиотическая болезнь сердца, декомпенсация ХСН.

**Результаты.** Длительность заболевания составила от 2 месяцев до 1,5 лет. Пациенты предъявляли жалобы: боль в груди – 3, дискомфорт в области сердца – 1, одышка – 4, чувство нехватки воздуха – 3, лихорадка – 3, общая слабость, утомляемость – 4. У всех больных были выявлены признаки воспаления: повышение СРБ и СОЭ – 3, лейкоцитоз – 4; зафиксированы изменения: ЭКГ – 3, СКТ и ЭХОКГ (выпот перикарда) – 4 (от 250 до 900 мл). Дополнительная диагностика включала пункции плевральной полости и дренирование полости перикарда, лабораторное исследование экссудатов и цитологическое исследование дренажной жидкости. В результате проведенных исследований были установлены диагнозы: острый экссудативно-геморрагический перикардит, острый фибринозный перикардит, острый миоперикардит. Одного пациента лечили в АОРИТ в связи с тампонадой сердца: пункция и дренирование перикарда (эвакуировано 850 мл экссудата). Получали лечение: 2 пациента – ибупрофеном, 2 – ибупрофеном с колхицином. Аспирин и ГКС не назначали. Лечение пациентов составило от 14 до 30 дней, эффективность оценивалась снижением температуры, лейкоцитоза, СРБ, изменения ЭКГ и ЭХОКГ, что было отмечено у всех больных. При выписке рекомендован прием: 2 пациентам – колхицин, 2 – ибупрофен с постепенным снижением дозировки и отменой. Контроль СРБ, ЭКГ и ЭХОКГ через 1 и 3 месяца с наблюдением кардиолога.

**Вывод.** *Большие расстояния в Архангельской области, недоступность оказания медицинской помощи на местах оказывают влияние на своевременную диагностику и лечение острых перикардитов, несмотря на это в наших случаях лечение было эффективно.*

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФАБРИ

ИВАНОВА С.Н., КОСТИНА К.С., ПЕШКОВА А.А., ПОПОВА И.В.

ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России, г. Архангельск, РФ

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница», г. Архангельск, РФ

**Введение.** Нами были проанализированы истории болезни 26 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение АОКБ в 2021-2024 гг. с гипертрофической кардиомиопатией в возрасте от 42 до 59 лет. В ходе обследования обструктивная форма была выявлена у 6, а необструктивная у 20 человек. Среди пациентов с обструктивной формой гипертрофической кардиомиопатии болезнь Фабри была подтверждена только у одного пациента.

**Описание случая.** Пациент Х., 42 лет, поступил в кардиологическое отделение АОКБ в апреле 2021 г. с жалобами на умеренные ноющие боли в грудной клетке, сердцебиения, одышку, снижение толерантности при умеренных физических нагрузках, повышение артериального давления (АД) до 150/100 мм рт.ст. с 2018 г. Проведено полное обследование. По данным эхокардиографии (ЭХОКГ) в 2020 г. была диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией путей оттока из левого желудочка (ЛЖ). При повторном ЭХОКГ диагноз был подтвержден: обструктивная форма ГКМП, ГЛЖ 4-5 ст. с признаками обструкции путей оттока из ЛЖ, дилатация ЛП. По данным суточного мониторирования ЭКГ было выявлено нарушение ритма сердца по типу неустойчивого короткого пароксизма наджелудочковой тахикардии и короткого пароксизма желудочковой тахикардии. Проведенная коронароангиография значимых стенозов не выявила. Пациент был консультирован кардиохирургом: показаний для оперативного лечения не было. На фоне терапии эффекта не отмечалось. В ходе диагностического поиска был взят анализ крови на 17 генетических болезней накопления и амилоидоз. По результатам молекулярно-генетического исследования в «НМИЦ здоровья детей» г. Москва был установлен диагноз болезни Фабри.

**Заключение.** Пациенту только в возрасте 42 лет с преимущественным поражением сердца была установлена атипичная форма болезни Фабри, что стало возможно вследствие молекулярно-генетического исследования в центральном НИИ. Такие пациенты встречаются достаточно редко, а похожая клиника может привести к установлению неверного диагноза и неэффективному лечению. Поэтому необходимо всем пациентам с обструктивной формой гипертрофической кардиомиопатией для уточнения диагноза проводить молекулярно-генетическое исследование.

## РЕОЛОГИЯ МОКРОТЫ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ДОСТОВЕРНО ОТЛИЧАЮЩИМСЯ УРОВНЕМ ОСТРОФАЗОВОГО БЕЛКА ГАПТОГЛОБИНА

ИВАХНЕНКО О.И., АНТИПОВ В.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, РФ

**Цель.** Изучение реологических показателей мокроты у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от характера мокроты и уровня, содержащегося в ней гаптоглобина.

**Материал и методы.** Утренняя мокрота больных ХОБЛ слизисто-гнойного (n=30) и гнойного характера (n=41) исследовалась в течении 1-2 часов после её получения. Биохимический контроль заключался в измерении содержания гаптоглобина, сиаловых кислот и общего белка соответственно риваноловым, резорциновым и методом Лоури, которые были адаптированы к особенностям муцинсодержащей жидкости, после предварительной её гомогенизации и центрифугирования. Из реологических показателей учитывалась вязкость (капиллярный вискозиметр Б.Е. Вотчала), адгезия на сконструированном устройстве по линии разрыва контактирующих поверхностей, показатель структурности по меняющейся её вязкости после деструкции шприцами-гомогенизаторами.

**Результаты.** Вязкость слизисто-гнойной мокроты, с уровнем гаптоглобина  $0,22 \pm 0,04$  г/л (n=24), составляла  $18,0 \pm 4,0$  Па·с. После гомогенизации вязкость снизилась до  $1,32$  Па·с. Показатель структурности составил  $13,8 \pm 3,15$ . Слизисто-гнойная мокрота с высоким содержанием гаптоглобина  $0,7 \pm 0,08$  г/л имела начальную вязкость  $48,7 \pm 5,3$  Па·с и  $1,38$  Па·с после гомогенизации, значения её структурности составили  $35,0 \pm 3,5$ . Общий белок, в зависимости от характера был выше в гнойно-слизистой мокроте – до  $7,5-8$  г/л нежели в слизисто-гнойной –  $3,8-6,02$  г/л. Показатели адгезии слизисто-гнойной мокроты были выше в образцах с высоким уровнем гаптоглобина. Так при уровне гаптоглобина  $0,22 \pm 0,05$  г/л (n=11) адгезивность составляла  $0,31$  ДЖ/м<sup>2</sup>, а при содержании  $0,51 \pm 0,03$  г/л (n=5) адгезивность была выше –  $0,45$  ДЖ/м<sup>2</sup>. Подбирались образцы мокроты, которые по общему белку не имели достоверной разницы. Измерения содержания гаптоглобина, сиаловых кислот, вязкости и структурности имели существенную разницу (p < 0,1 до 0,01).

**Выводы.** Прямая корреляционная зависимость между уровнем гаптоглобина, общего белка, сиаловых кислот – с одной стороны, с реологическими показателями (вязкостью, адгезией и структурностью) – с другой, в образцах мокроты разного характера, позволяет рекомендовать комплексное её исследование для оценки эффективности муколитической и антибактериальной терапии больных с ХОБЛ.

## **СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

ИСПАВСКИЙ В.Е., ИЗМОЖЕРОВА Н.В., ПОПОВ А.А.

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, РФ*

**Цель.** Выявить структурно-геометрические варианты ремоделирования левого желудочка у пациентов с первичным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), развившимся на фоне новой коронавирусной инфекции (НКВИ).

**Материал и методы.** В исследование «случай-контроль» было включено 60 пациентов, скорректированных по полу, возрасту и модифицированному индексу полиморбидности Charlson. В исследуемую группу были включены пациенты по поводу первичного ИМпST и НКВИ (Группа 1), в группы сравнения – ИМпST без НКВИ (Группа 2), НКВИ без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе (Группа 3). Всем пациентам был выполнен стандартный протокол трансторакальной эхокардиографии в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографии, Европейской ассоциации визуализации сердечно-сосудистых заболеваний и Российского кардиологического общества в 2D, доплеровском, цветном, В и М-режимах. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 13.0. Использованы критерии Краскალла-Уоллиса. Выбран уровень статистической значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В каждую группу вошли 15 мужчин и 5 женщин. Медиана возраста групп составила 62 ( $p=0,626$ ). Медиана индекса Charlson составила 5 баллов ( $p=0,396$ ).

Исследуемые группы различались по структурно-геометрическим вариантам ремоделирования левого желудочка ( $p=0,032$ ). У пациентов с НКВИ без ИМ чаще встречалась нормальная геометрия (35%), тогда как у пациентов с ИМпST и НКВИ – реже всего (5%). Самой частой находкой у пациентов с ИМ без COVID-19 было концентрическое ремоделирование – в 60% случаев. Концентрическая гипертрофия чаще всего наблюдалась у пациентов в группе ИМпST и НКВИ – в 40% случаев.

**Вывод.** У пациентов с ОИМ независимо от инфекционного заболевания чаще выявлялись различные варианты ремоделирования ЛЖ, что может являться одним из факторов риска ишемических событий.

## ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ У ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ

ЙАЙА Л., МАРТЫНОВ А.Ю.

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Малярия является широко распространенным паразитарным заболеванием, которое особенно актуально в тропических регионах. Тяжелые формы малярии могут привести к различным осложнениям, одним из самых опасных является острое повреждение почек (ОПП). Понимание частоты, клинических и лабораторных особенностей тяжелой малярии с ОПП у подростков и взрослых имеет решающее значение для своевременной диагностики и лечения этого осложнения.

**Материал и методы.** В исследование включены 122 подростков и взрослых с тяжелой тропической малярией по критериям Всемирной организации здравоохранения. У 38 пациентов наблюдались ОПП, диагностированная по критериям KDIGO. Пациентам проведены опрос, осмотр, тест на малярию, клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, определение суточных диуреза и протеинурии.

**Результаты.** Частота ОПП у пациентов, госпитализированных по поводу малярии, составила 31,2%. Основной причиной госпитализации была лихорадка (в 73,0% случаев). Нефротический синдром отмечался в анамнезе у 23,7% больных. Также часто выявляли бледность кожи, гематурию, отеки и анурию. Во всех случаях возбудителем являлся *Plasmodium falciparum*. Уровень креатинина составлял  $127,3 \pm 52,1$  мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕПІ составляла  $59,7 \pm 34,2$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ . Гематурия и тяжелая анемия были включены в механизм острого почечного повреждения из-за острого некроза канальцев. Продолжительность госпитализации составила  $10,4 \pm 6,3$  дня. Последующее наблюдение с контролем уровня креатинина в сыворотке крови провели 26 пациентам (68,4%) через 1 месяц и 18 (47,4%) – через 3 месяца. Уровень СКФ нормализовался у всех пациентов, концентрация креатинина в сыворотке крови составила  $92,8$  мкмоль/л через 1 месяц и  $113,9$  мкмоль/л через 3 месяца наблюдения соответственно.

**Выводы.** ОПП является частым осложнением малярии у подростков и взрослых.

Своевременная диагностика и лечение малярии, особенно в эндемичных зонах, важны для предотвращения повреждения почек.

## ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

ЙАЙА Л., МАРТЫНОВ А.Ю., ВИГАН Ж., КОКОРИН В.А.  
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Актуальность.** По данным ВОЗ за 2022 г., в мире было зарегистрировано 249 миллионов случаев малярии. Частота возникновения и смертность от острого повреждения почек (ОПП) при малярии варьирует в разных возрастных группах. Дети до пяти лет составляют основную группу риска по смертности от малярии, осложненной ОПП. Несмотря на наличие приобретенного иммунитета к малярии, некоторые факторы увеличивают частоту развития и смертность ОПП у взрослых в эндемичных зонах.

**Цель.** Оценить частоту возникновения, лабораторные изменения и исходы ОПП у молодых пациентов (старше 12 лет) с тропической малярией и выявить факторы риска его развития.

**Материал и методы.** В исследовании последовательно включены 122 пациента в возрасте 12 лет и старше с тропической малярией. Пациенты разделены на 2 группы: 38 пациентов с ОПП (31,1%) и 84 пациента без ОПП (68,9%). Средний возраст в группе с ОПП составил 29 лет, в группе без ОПП – 35 лет. Пациентам проведены: тест на малярию, ОАК, б/х анализ крови, бактериологический анализ крови, ОАМ, определение объема суточного диуреза с оценкой суточной протеинурии, УЗИ почек.

**Результаты.** Мужской пол в группе пациентов с ОПП встречался в 26 случаях (68,4%) против 49 (58,3%) в группе без ОПП, артериальная гипертензия у 5 пациентов (13,2%) в группе с ОПП и у 9 (10,7%) – в группе без ОПП, сахарный диабет – в 2 (5,3%) и 3 (3,6%) случаях, соответственно, серповидноклеточная анемия – у 2 пациентов (5,3%) только в группе с ОПП. Основными лабораторными изменениями в группе с ОПП являлись: повышение креатинина  $>1,5$  мг/дл при поступлении (в 100% случаев), тромбоцитопения  $<150 \times 10^3/\text{мм}^3$  – у 18 больных (47,4%), снижение гемоглобина  $<7$  г/дл – у 12 (31,6%). У пациентов с ОПП гемодиализ проведен 16 (42,1%) пациентам. Умерли 7 (18,4%) больных, из которых у 5 выявляли электролитные нарушения в виде гипонатриемии  $<130$  ммоль/л (71,4%), у 2 – гиперкалиемии  $>7,5$  ммоль/л (28,6%). У 3 больных получен положительный результат посева мочи (42,9%).

**Выводы.** Частота встречаемости ОПП у пациентов 12 лет и старше с тропической малярией составила 31,1%. У больных с ОПП несколько чаще отмечался мужской пол, артериальная гипертензия, сахарный диабет, серповидноклеточная анемия и тромбоцитопения. Развитие ОПП при тропической малярии характеризуется высокой летальностью (18,4%).

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

КАЗАРИН Д.Д., ЧУПИНА М.С., ШКЛЯЕВ А.Е.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, РФ

**Актуальность.** Язвенный колит (ЯК) – хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным поражением его слизистой оболочки.

Постковидный синдром — состояние, возникающее не ранее чем через 3 месяца после перенесённой инфекции SARS-CoV-2, характеризующееся симптомами, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. Общим звеном патогенеза ЯК и COVID-19 является неадекватная иммунная реакция организма, сопровождающаяся активным синтезом провоспалительных цитокинов.

**Цель.** Изучить особенности течения постковидного синдрома у пациентов с ЯК.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 35 человек обоего пола (24 женщины, 11 мужчин) в возрасте от 28 до 62 лет (средний возраст  $34,3 \pm 3,2$  года) с морфологически верифицированным диагнозом ЯК, перенёвших подтверждённую лабораторно инфекцию COVID-19, не менее чем за 3 месяца до начала исследования. Всем пациентам проводилось клиническое обследование: оценка субъективного и объективного статуса, лабораторно-инструментальные диагностические исследования. Для диагностики постковидного синдрома применялась анкета, используемая в рамках диспансеризации граждан, перенесших COVID-19. Оценка качества жизни обследуемых проводилась с помощью международного опросника The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-32).

**Результаты.** В соответствии с результатами анкетирования пациенты были разделены на две группы: с имеющимся постковидным синдромом и без него, по 16 и 19 человек, соответственно. Группы достоверно не отличались по социальным и половозрастным характеристикам. Ведущими симптомами в группе пациентов с постковидным синдромом являлись: нарушение регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта (87,4%), снижение толерантности к физической нагрузке (76,5%), снижение вкуса и обоняния (45,9%), боли в суставах (34,4%). Согласно результатам опросника IBDQ-32 в группе лиц с постковидным синдромом значимо преобладает выраженность кишечных (на 21,7%,  $p=0,045$ ) и системных (на 22,4%,  $p=0,029$ ) проявлений язвенного колита.

**Вывод.** Разнородность клинических проявлений постковидного синдрома обуславливает диагностический поиск и верификацию этого состояния, что позволяет индивидуализировать терапевтический подход в данной группе пациентов.

## **ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

КАЛИНКИНА Е.Ю., ПОГОДИНА Е.П., ГАРАНИНА Л.К., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю.  
ГБУЗ ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ, г. Москва, РФ  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Оценка безопасности гиполипидемической терапии (ГЛТ) у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП).

**Материал и методы.** За период 2010-2022 гг. проведен анализ результатов клинко-лабораторного и инструментального обследования 72 пациентов в возрасте 44-93 лет. Наличие стеатоза было подтверждено при УЗИ (по методу М. Namaguchi 2007 г.). Вероятность и выраженность фиброза оценивались с помощью неинвазивных шкал: FIB-4, NFS, APRI, BAAT, BARD, CDS. Все пациенты в течение 3-10 лет получали ГЛТ (симвастатин, аторвастатин, розувастатин) по поводу атерогенной дислипидемии.

**Результаты.** До начала ГЛТ обследованные пациенты были разделены на 2 группы: 1 - с наличием гепатомегалии и 2 - с ее отсутствием, по 36 человек в каждой. У 3 пациентов 1 группы выявлено повышение активности АСТ и АЛТ до 2-3 норм, а у 3 - изолированное увеличение уровня АЛТ. При расчете индексов фиброза установлено: выраженный фиброз (ВФ) по FIB-4 у 2 пациентов, по NFS - у 6; значимая вероятность фиброза (ЗВФ) по BAAT и BARD получена у 25 и 22 больных МАЗБП соответственно. Во 2 группе повышение активности АСТ и АЛТ до 2-3 норм регистрировались у 1 пациента, изолированное увеличение уровня АЛТ - у 3. При расчете индексов фиброза: ВФ по FIB-4 - у 5, по NFS - у 7 пациентов; ЗВФ по BAAT и BARD – у 19 и 25 соответственно. Данные индексов CDS и APRI оказались малоинформативными, что не позволило судить о вероятности развития выраженного фиброза печени. Среди 66 больных МАЗБП, длительно принимавших ГЛТ, не было установлено прогрессирования стеатоза и фиброза печени. Лишь у 6 пациентов 2-й группы наблюдалось увеличение размеров печени, периодическое повышение уровня АСТ и АЛТ до 2-4 норм. За время наблюдения проводилась коррекция ГЛТ путем титрования доз, смены препаратов.

**Выводы.** Длительная ГЛТ не приводила к прогрессированию МАЗБП. Увеличение размеров печени и гиперферментемия, выявленные у 6 пациентов, наиболее вероятно обусловлены нарушением режима ГЛТ и активностью коморбидных заболеваний.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИМПТОМНОЙ АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

КАРДАШЕВСКАЯ Л.И., БАГРИЙ А.Э., МИХАЙЛИЧЕНКО Е.С.  
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, РФ

**Введение.** Аномалии развития коронарного русла прижизненно диагностируются лишь в 20% случаев. У 80% лиц аномалии коронарных артерий (КА) протекают бессимптомно, однако серьезные физические нагрузки могут привести к ишемии миокарда у данного контингента с последующими фатальными событиями.

**Описание случая.** Женщина 39 лет обратилась к кардиологу с жалобами на приступы загрудинных болей при фитнес-нагрузках с иррадиацией в оба надплечья, проходящие в покое. На всех представленных в разные периоды ЭКГ регистрировался патологический QS в V1-V3 отведениях, при эхокардиографии (ЭхоКГ) показатели в пределах нормы, нарушения локальной сократимости миокарда выявлены не были.

Больной было проведено холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ: при нагрузках и увеличении ЧСС выявлены эпизоды преходящей полной блокады ЛНПП, сопровождающиеся стенокардией. Заподозрена ишемия миокарда, проведена коронароангиография (КАГ): обнаружена выраженная извитость дистальных отделов всех КА без наличия атеросклеротического поражения.

Больной был назначен амлодипин в дозе 5 мг/сутки для постоянного приема.

В течение 4-х лет больная к кардиологу не обращалась, вела активный образ жизни, принимала амлодипин. На этом фоне приступы стенокардии возникали несколько реже, носили менее интенсивный характер. Через 4 года на фоне гипертонического криза возник затяжной приступ интенсивной загрудинной боли. Вызвана бригада СМП. Заподозрен ОКС. От коронарографии больная отказалась. Тест на тропонин отрицательный, ЭхоКГ (локальной сократимости миокарда не выявлено) и ЭКГ без динамики.

Проведено повторное ХМ ЭКГ: отмечена отрицательная динамика: регистрировались комплексы с полной блокадой ЛНПП с восстановлением внутрижелудочковой проводимости только в покое во время сна; появились ранее не регистрировавшиеся желудочковые полиморфные экстрасистолы в патологическом количестве, преимущественно на фоне физических нагрузок, с эпизодами бигеминии, эпизоды парных и групповых полиморфных экстрасистол (5 класс по Ryan).

**Заключение.** Представленный случай демонстрирует значимость аномалии КА в развитии ишемии миокарда в молодом возрасте и развитии связанных с ней потенциально опасных желудочковых нарушений ритма. Применение антагонистов кальция при симптомной ИКА показало недостаточную эффективность.

Представленная негативная динамика клинической картины больной с ИКА диктует необходимость диспансеризации и динамического наблюдения больных с аномалиями развития КА.

## ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

КАРЕЛИНА А.М., ФЁДОРОВ И.Г., ТОТОЛЯН Г.Г., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., НИКИТИН И.Г.  
ГБУЗ ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ, г. Москва, РФ  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Оценка социального, психологического статуса и клинической симптоматики у мужчин призывного возраста 18-27 лет.

**Материал и методы.** За период 12.2021-04.2023 гг. проведено обследование, включающее клинико-лабораторные (клинический и биохимический анализы крови), инструментальные (эзофагогастродуоденоскопия, уреазный дыхательный тест, колоноскопия, рентгенологическое исследование пищевода и желудка), серологические и морфологические методы исследования, мужчинам молодого возраста. Кроме того, была разработана и утверждена анкета независимым комитетом по этике ГБУЗ ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ, содержащая 15 подразделов, характеризующая социальный, психологический статус и жалобы пациентов. Проанкетировано 600 мужчин в возрасте 18-27 лет, направленных районными военкоматами в гастроэнтерологическое отделение для выявления и оценки тяжести заболеваний органов пищеварения.

**Результаты.** На основании проведенного комплексного обследования у мужчин призывного возраста были установлены следующие диагнозы: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – в 385 (64,1%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – в 157 (26,1%), хронические гепатиты в 32 (5,3%), воспалительные заболевания кишечника – в 18 (3%), целиакия – в 8 (1,3%) случаях. Среди жалоб преобладали: изжога – у 489 (81,5%), боль в животе – у 487 (81,1%), диарея – у 234 (39%), тошнота – у 214 (35,6%), запоры – у 121 (20,1%) пациентов. У 208 (34,6%) молодых людей в связи с наличием болевого синдрома возникала необходимость приема обезболивающих препаратов. Анализ специально разработанной анкеты позволил установить предрасполагающие факторы развития болезней органов пищеварения. Среди отрицательных социальных и психологических факторов преобладали: погрешности в диете – у 545 (90,8%), злоупотребление алкоголем – у 392 (65,3%), нерегулярное питание – у 351 (58,5%), психоэмоциональное напряжение – у 314 (52,3%), курение – у 243 (40,5%), отсутствие постоянной работы – у 202 (33,6%) призывников;  $p=0,05$ . Кроме того, у молодых людей в 96 (16%) случаях имели место неудовлетворительные жилищные условия, а у 53 (8,8%) была отмечена низкая физическая активность;  $p=0,05$ .

**Выводы.** Установлена высокая частота развития заболеваний органов пищеварения у мужчин призывного возраста. Выявленные провоцирующие факторы (нарушения питания, условий и режима труда и др.) могут оказывать отрицательное влияние на возникновение и обострение заболеваний желудочно-кишечного тракта.

## ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ВАРИАбельНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

КАРПУХИНА Е.В., ЛОБАНОВА А.В., НИКИТИН К.И., КАРПУХИН И.Б.,  
СМИРНОВА М.С.

*ФБГОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, РФ*

**Актуальность.** Вариабельность сердечного ритма (ВСР) – интегральный показатель состояния сердечно сосудистой системы (ССС), тонуса вегетативной нервной системы, а также адаптационных резервов организма. Данный метод может быть применим при первичной профилактике заболеваний. Депрессивные и тревожные расстройства – одни из наиболее распространенных психических заболеваний. Нетрудоспособность, частота осложнений и смертность при депрессии почти такие же, как при заболеваниях ССС.

**Цель.** Оценка возможности влияния аффективных расстройств на показатели ВСР у пациентов кардиологического профиля в сравнении с контрольной группой здоровых пациентов (студенты медицинского вуза).

**Материал и методы.** Построение ритмограммы с целью оценки ВСР, анкетирование с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. В ходе исследования были обследованы 50 пациентов, находящихся на лечении в отделениях кардиологии ГБУЗ НО «ГКБ №5» (основная - 1 группа) и 50 студентов 4 курса ФБГОУ ВО «ПИМУ» – условно здоровые (контрольная - 2 группа).

**Результаты.** Среднее значение LF/HF в 1 группе составило 0,38; во 2 - 0,7; среднее значение SDNN - 32 и 67 в двух группах соответственно. Выявлено, что у 64% (32 чел.) пациентов и у 48% (24 чел.) студентов отмечались признаки тревоги. Распространенность проявлений депрессии в 1 группе - 52% (26 чел.), во 2 - 32% (16 чел.). При этом в 1 группе отмечались легкие и умеренные проявления депрессии (ср. балл = 6,0), тогда как во 2 группе преобладали легкие проявления (ср. балл. = 4,7). Средний балл при оценке проявлений тревоги: 8,0 (субклинически выраженная тревога); 6,8 (норма) - в двух группах соответственно.

**Выводы.** *Прослеживается связь между показателями вариабельности и уровнем тревоги и депрессии. Более низкие значения LF/HF и SDNN у пациентов с аффективными расстройствами указывают на снижение адаптационных резервов ССС, что может быть связано с повышенным уровнем тревоги и депрессии.*

## РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КАСАЕВА Э.А., МАММАЕВ С.Н., ГАНИЕВА Ж.А.  
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, РФ

**Цель.** Определение уровня ЭТ-1 в сыворотке крови больных РА при развитии сердечно-сосудистых осложнений.

**Материал и методы.** Было обследовано 88 пациентов, которые были разделены на 2 группы, 48 больных ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезнью сердца и 40 пациентов с ишемической болезнью сердца. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программы «Биостат», разработанной С. Гланцем. Для исследования эндотелиальной функции определяли уровень ЭТ-1 в сыворотке крови.

**Результаты.** В исследуемых группах больных и в группе контроля были оценены традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Частота встречаемости таких традиционных факторов риска как избыточный вес, сахарный диабет, отягощенная наследственность, была выше в группе больных ишемической болезнью сердца по сравнению с больными ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезнью сердца и в контрольной группе. У пациентов первой группы и в группе контроля значимых различий по частоте встречаемости основных факторов риска не наблюдалось. При изучении уровня эндотелина-1 в сыворотке крови исследуемых пациентов было выявлено достоверное ( $p < 0,01$ ) повышение уровня эндотелина-1 в обеих группах обследуемых больных по сравнению с контрольной группой ( $17,5 \pm 2,4$  фмоль/мл,  $7,6 \pm 2,2$  фмоль/мл и  $1,6 \pm 1,5$  фмоль/мл соответственно). При оценке показателя эндотелина-1 в исследуемых группах наибольшая его концентрация была выявлена в группе больных с сочетанием ревматоидным артритом с ишемической болезнью сердца. У пациентов первой исследуемой группы было отмечено увеличение показателя эндотелина-1 по мере нарастания тяжести функционального класса стенокардии напряжения:  $15,9 \pm 0,2$  фмоль/мл при I ФК,  $17,3 \pm 0,6$  фмоль/мл – II ФК и  $18,1 \pm 1,7$  фмоль/мл при III ФК ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Полученные нами данные свидетельствуют, что высокий уровень эндотелина-1 у пациентов с ревматоидным артритом, с одной стороны, является предиктором развития и тяжести течения сердечно-сосудистых заболеваний, с другой стороны – отражает влияние иммунного воспаления на нарастание эндотелиальной дисфункции. Результаты проведенного исследования не противоречат данным литературы.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ЯНУС-КИНАЗ У БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19**

КИЧИГИН В.А. АБЫЗОВ А.С., ТАРАСОВА Л.В.

*ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,  
г. Чебоксары, РФ*

**Цель.** Оценить влияние терапии ингибиторами янус-киназ (JAK) у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 253 человек, госпитализированных в БУ «Больница скорой медицинской помощи» (г. Чебоксары) в 2021-2022 гг. с подтвержденным диагнозом COVID-19. Все пациенты получали лечение согласно действующим на момент исследования клиническим рекомендациям.

**Результаты.** Ингибиторы JAK (барицитиниб, тофацитиниб) получали 136 пациентов, группу контроля составили 117 человек. Летальность при применении данной группы препаратов составила 20,6% против 40,2% у пациентов, которые не получали данный вид лечения,  $p < 0,001$ . Анализ показал, что эта разница обусловлена различиями в качественном составе групп, среди лиц, получавших ингибиторы янус-киназ преобладали пациенты с низким количеством баллов по шкале NEWS 2 (менее 4).

В группах высокого и крайне высокого риска по шкале NEWS (5 баллов и более 2) достоверных различий по летальности не получено – 70% в группе с ингибиторами янус-киназ и 75,5% в группе контроля,  $p=0,636$ .

В группе минимального и среднего риска (менее 5 баллов по шкале NEWS 2) начальный анализ преимущества ингибиторов янус-киназ не выявил: летальность 12,1% в основной группе и 14,7% в контрольной  $p=0,608$ .

Снижение летальности среди пациентов минимального и среднего риска выявлено только в подгруппе, получавших препараты с первого дня госпитализации летальность оказалась значительно ниже – 3,4% против 21,1%,  $p=0,004$  у пациентов, которым препарат назначен не в первый день госпитализации, а также меньше, чем у пациентов контрольной группы, не получавших данные препараты – 14,7%,  $p=0,030$ .

**Вывод.** *Ингибиторы JAK показали свою эффективность в снижении летальности у пациентов в группе минимального и среднего риска по шкале NEWS 2 при назначении терапии в первые сутки заболевания.*

## СКРИНИНГ СТАРЧЕСКОЙ ПРЕАСТЕНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ: АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

КОЗЫРЕВ С.Е., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Оценить распространенность старческой преастении, мультиморбидность и качество жизни у амбулаторных пациентов.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе городской поликлиники г. Москвы. В исследовании приняли участие 31 пациент, из которых 24 (77,4%) были женщины, в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшиеся амбулаторно. Всем пациентам проводился скрининг старческой астении и преастении с помощью шкалы «Возраст не помеха», краткая батарея тестов физического функционирования (КБФФ). К группе преастении относили пациентов с результатом 8-9 баллов по КБФФ. Пациенты, набравшие  $\leq 7$  баллов по КБФФ, в исследование не включались. Мультиморбидность оценивалась с помощью шкалы Charlson, качество жизни - опросника SF-36. Наличие саркопении подтверждалось с помощью динамометрии.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $76,1 \pm 8,2$  лет. К категории пожилых отнесены 14 (45,2%), старческого возраста – 17 (54,8%) человек. При скрининге с помощью опросника вероятная старческая преастения определена у 12 (39%) пациентов, все из которых были женщинами. Фенотип старческой преастении по КБФФ выявлен у 7 (22,6%) пациентов. Саркопения выявлена у 4 (12,9%) пациентов: у двух мужчин и у двух женщин. Медианное количество хронических заболеваний составило 9 [8; 10], значимого различия между группой преастении и «крепких» не выявлено ( $p=0.182$ ). Медианный балл по шкале Charlson составил 4 [2; 6] балла и был выше в группе преастении – 5 [4; 8], чем в группе «крепких» 4 [3; 5],  $p=0,029$ . Среднее значение количества принимаемых в день препаратов составило  $4,97 \pm 2,56$ , без значимых различий между группами преастении и «крепких» ( $p=0,232$ ). Качество жизни в группах преастении и «крепких» было сопоставимо по показателям «физический компонент здоровья» (преастения –  $42,8 \pm 9,8$  против  $49,1 \pm 12,3$  у «крепких»,  $p=0.222$ ) и «психологический компонент здоровья» (преастения – 45,1 [37,4; 52,8] против 46,6 [40,2; 53,1] у «крепких»,  $p=0,729$ ). Однако, показатель «физическое функционирование» был значимо ниже в группе преастении ( $50,7 \pm 17,9$ ), чем в группе «крепких» ( $75,0 \pm 20,3$ ),  $p=0.008$ .

**Вывод.** *Значительная встречаемость преастении (22,6%), более неблагоприятный профиль мультиморбидности в группе преастении и негативное влияние преастении на качество жизни обуславливают важность скрининга и активного выявления преастении на амбулаторном приёме.*

## СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ, ДЕПРЕССИЯ И ОДИНОЧЕСТВО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

КОЛЕСНИКОВА И.Ю.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, РФ

**Цель.** Изучение выраженности старческой астении (СА) у лиц пожилого и старческого возраста, а также одиночества в зависимости от социального статуса респондента.

**Материал и методы.** В ходе исследования были опрошены 95 человек пожилого и старческого возраста, 27 мужчин и 68 женщин, проживающих одиноко – 28 (29,5%), в семье – 34 (35,8%) или в геронтологическом центре – 33 (34,7%). Применялся опросник «Возраст не помеха», анкета одиночества UCLA (Калифорнийский университет, Лос-Анджелес), адаптированной для русскоязычной популяции, гериатрическая шкала депрессии, дополнительно уточнялись вопросы относительно социальных контактов, работы, хобби.

**Результаты.** По шкале «Возраст не помеха» 1-2 балла набрали 30 (31,6%) респондентов (нет СА), 3-4 – 40 (42,1%) человек (преастения), остальные 25 (26,3%) опрошенных – 5 и более баллов (вероятна СА). Самыми низкими были показатели СА в группе лиц, проживающих в семье, далее – в геронтологическом центре, самыми негативными были показатели у одиноко проживающих людей. При отсутствии СА уровень депрессии составил в среднем 3,9 балла, при преастении – 4,8, а при вероятной СА – 6,1 балла. По шкале одиночества от 0 до 19 баллов набрали 38 (40,0%) респондентов, 20-39 баллов – 55 (57,9%) человек, еще 2 человека набрали 40 и 47 баллов. При отсутствии СА уровень одиночества составил в среднем 18,7 балла, при преастении – 20,3, а при вероятной СА – 24,5 балла. При СА одиночество средней и тяжелой степени верифицировано у 20 (80,0%), а при отсутствии СА или преастении – у 37 (52,8%;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ).

**Выводы.** В наибольшей степени СА ассоциирована с одиночеством, одиноким проживанием, жизнью в селе, проблемами со здоровьем, женским полом. Меньше СА выражена при проживании в семье или геронтологическом центре, у жителей города, у мужчин. При увеличении выраженности СА отмечается рост показателей депрессии и одиночества; более половины обследованных людей пожилого и старческого возраста испытывают одиночество средней тяжести.

## ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

КОЛОНТАЙ Т.М., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ЕЛИСЕЕВА Т.А., ВАКУЛЕНКО О.Н.,  
БУБМАН Л.И., РОМАНОВА М.А., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.

ГБУЗ «ГВВ №3 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Анализ взаимосвязей тиреоидных гормонов с различными клиническими и лабораторными параметрами у долгожителей с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** В одномоментное исследование включено 262 пациента (195 женщин и 67 мужчин) в возрасте от 90 до 101 года (средний возраст  $92,9 \pm 2,5$  лет), госпитализированных с диагнозом ИБС. Определяли концентрацию тиреотропного гормона (норма 0,27-4,2 мкМЕ/мл), уровень свободного Т4 (12-22 пмоль/л) и свободного Т3 (3,1-6,8 пмоль/л) в крови.

**Результаты.** Средний уровень ТТГ составил  $3,1 \pm 3,1$  мкМЕ/мл (0,005-108 мкМЕ/мл), свободного Т3 –  $3,7 \pm 0,65$  пмоль/л ( $1,9-5,3$  пмоль/л), свободного Т4 –  $14,1 \pm 5,5$  пмоль/л ( $4,1-32$  пмоль/л). У 18,9% пациентов уровень ТТГ был повышен, у 3,9% - снижен, у 77,2% больных – в норме. У пациентов с гипотиреозом отмечена более низкая функциональная активность, оцененная с помощью индекса Бартел ( $66,9 \pm 23,0$  по сравнению с  $75,0 \pm 16,4$  баллами у пациентов с нормальным ТТГ,  $p=0,02$ ) и шкалы IADL инструментальной активности ( $3,46 \pm 2,3$  и  $4,6 \pm 2,0$  баллов, соответственно,  $p=0,006$ ). Установлены достоверные обратные корреляции между концентрацией свободного Т4 в крови и абсолютными показателями минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника ( $r=-0,36$ ;  $p=0,03$ ), в проксимальном отделе левой ( $r=-0,44$ ;  $p=0,006$ ) и правой ( $r=-0,43$ ;  $p=0,009$ ) бедренной кости. В группе больных с низкой концентрацией Т4 зарегистрированы более высокие показатели минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника ( $1094,6 \pm 184,6$  и  $709,3 \pm 540,9$  мг/см<sup>3</sup>;  $p=0,004$ ), в проксимальном отделе левого ( $859,6 \pm 166,2$  и  $513,3 \pm 369,9$  мг/см<sup>3</sup>;  $p < 0,0001$ ) и правого бедра ( $817,7 \pm 160,3$  и  $505,2 \pm 376,8$  мг/см<sup>3</sup>;  $p=0,001$ ). У пациентов с низким уровнем Т4 наблюдались более низкие показатели гемоглобина ( $106,8 \pm 22,2$  и  $116,9 \pm 12,5$  г/л, соответственно;  $p=0,03$ ), общего холестерина ( $4,4 \pm 1,1$  и  $5,2 \pm 1,0$  ммоль/л;  $p=0,02$ ) и триглицеридов ( $0,88 \pm 0,3$  и  $1,5 \pm 0,7$  ммоль/л;  $p=0,009$ ). Концентрация свободного Т4 в крови коррелировала с уровнем мочевого кислоты ( $r=0,28$ ;  $p=0,05$ ), общего холестерина ( $r=0,35$ ;  $p=0,01$ ), триглицеридов ( $r=0,37$ ;  $p=0,08$ ), гемоглобина ( $r=0,23$ ;  $p=0,07$ ), а также показателями шкалы падений Морсе ( $r=0,34$ ;  $p=0,05$ ).

**Вывод.** Результаты исследования демонстрируют взаимосвязи между концентрацией тиреоидных гормонов и различными клиническими и лабораторными параметрами у долгожителей с ИБС.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

КОЛПАЧЕВА М.Г.

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ*

**Актуальность.** В настоящее время первое место в структуре смертности взрослого населения занимают болезни системы кровообращения. Во всем мире растет число пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Коморбидные состояния ухудшают течение и прогноз пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Наряду с ожирением, гиподинамией, гиперлипидемией и сахарным диабетом (СД), в настоящее время выделяют и влияние уровня мочевой кислоты. На сегодняшний день известно, что она может способствовать увеличению активных форм кислорода, а, следовательно, вести к окислительному стрессу, эндотелиальной дисфункции и повышению регуляции воспалительных цитокинов, и в конечном итоге к сердечному фиброзу и дисфункции левого желудочка.

**Цель.** Оценить распространенность повышения уровня мочевой кислоты и наличия коморбидной патологии у пациентов с ХСН.

**Материал и методы.** Было обследовано 76 человек с ХСН. Средний возраст пациентов составил  $60,4 \pm 8,5$  лет (из них лиц мужского пола – 42 пациента (55%), женского пола — 34 (45%)). Были получены результаты глюкозы крови, наличия альбуминурии, скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле СКД-ЕРІ. У всех пациентов оценивалось наличие СД в анамнезе.

**Результаты.** Повышение уровня мочевой кислоты выявили у 37 пациентов (49%), среди которых было 14 лиц женского пола (38%) и 23 – мужского (62%). Повышение уровня глюкозы отметили у 33 (43%) пациентов, среди них преобладали женщины (18 чел. – 55%), при этом диагностированный СД в анамнезе имели 29 пациентов от общего числа исследуемых (38%). При оценке функции почек выявили снижение СКФ ниже  $90 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$  у 36 пациентов (47%), альбуминурию имели 32 человека (42%).

**Выводы.** *Распространенность гиперурикемии среди пациентов с ХСН велика: она была выявлена почти у половины исследуемых. Среди коморбидной патологии встречалось повышение уровня глюкозы и хроническая болезнь почек.*

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЛОКИЗУМАБОМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

КОМАРОВ В.Т., ХИЧИНА Н.С., ФАДЕЕВА С.С., ГРИГОРЬЕВА О.Г.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Бурденко», г. Пенза, РФ

**Актуальность.** Использование генно-инженерной биологической терапии при РА повысило эффективность терапии тяжелых проявлений этого заболевания.

**Цель.** Оценить результаты применения олокизумаба (ОКЗ) в комплексном лечении у пациентов с РА.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 10 больных с РА серопозитивных преимущественно 3 степени активности: развернутая стадия - 4, поздняя стадия 6 (1 мужчина и 9 женщин, средний возраст 55,9 лет), получавших в отделение ревматологии ОКЗ. Осложнениями РА являлись: вторичный системный остеопороз, амилоидоз почек. Продолжительность болезни составила 10,4 года, Основным показанием для назначения ОКЗ явились: высокая активность болезни по DAS28 = 5,3, высокие значения РФ (123 ед/л) и недостаточная эффективность предшествующей базисной терапии. До начала терапии ОКЗ 8 пациентов получали базисную терапию метотрексатом 15 мг в неделю в сочетании с фолиевой кислотой, 2 пациента – лефлуномидом 20 мг в сутки. Всем пациентам назначался ОКЗ по схеме в дозе 162 мг подкожно один раз в месяц вместе с метотрексатом в 15 мг/неделю и 2 пациентам с лефлуномидом 20 мг в сутки в течение 24 недель.

**Результаты.** Достоверное снижение индекса DAS-28 отмечено через 24 недели – с 5,3 до 3,9, уровня АЦЦП – со 120 до 20 ед/л и к этому времени у 3 больных была достигнута низкая степень активности. Лечение ОКЗ через 24 недель привело к уменьшению ЧБС с 9,7 до 6,0, ЧПС снизилось с 4,0 до 1,6. Интенсивность болей при ходьбе по ВАШ на 24 неделе снизилась по оценке пациента в среднем с 66 до 45,7 мм, а по оценке врачом – с 60 до 35 мм соответственно. В результате 24 недельного лечения ОКЗ СОЭ крови снизилось с 32,2 до 10 мм/час, уровень СРБ с 26,7 до 2,3 мг/л, РФ уменьшился с 123,3 до 54,1 ед/л.

**Вывод.** *Использование ОКЗ вместе с метотрексатом и лефлуномидом свидетельствует о высокой эффективности комбинированной терапии у больных РА с высокой степенью активности, не отвечающих на предшествующую базисную терапию.*

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПАРАМЕТРА АУТОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

КОНОВАЛОВА Д.Ю., ЛЕБЕДЕВ П.А., КОРНИЛИН Д.В., ГРИШАНОВ В.Н.,  
КОМАРОВА М.В.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, РФ  
Самарский университет им. Королева, г. Самара, РФ*

**Актуальность.** Программный гемодиализ (ПГД) – самая распространенная форма заместительной почечной терапии в мире. Эта высоко затратная технология усовершенствована в последние десятилетия, однако уровень смертности все еще высок. В настоящее время выявлен целый ряд параметров, ассоциированных с негативным прогнозом, среди которых аутофлюоресценции кожи (АФК) – доступный способ определения в тканях конечных продуктов гликирования – гликотоксинов (КПГ). Несмотря на возможность детекции циркулирующих КПГ, определение их концентрации в тканях представляет более важную информацию с клинической точки зрения, поскольку она более тесно связана с ремоделированием органов, сосудистой системы и прогнозом.

**Цель.** Определить значимость АФК как предиктора общей смертности у пациентов, получающих ПГД с использованием оригинального прибора – ридера.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 88 пациентов в возрасте от 23 до 80 лет, средний возраст  $58,0 \pm 13,8$  лет, с терминальной почечной недостаточностью 5 стадии, находящимися на ПГД. Стаж получения интервенционной заместительной почечной терапии составляет от 1 года до 30 лет, и в среднем составил  $7,7 \pm 5,6$  лет. Параметр АФК определялся с помощью оригинального прибора (ридера), разработанного коллективом кафедры лазерных и биотехнических систем Самарского университета им. Королева.

**Результаты.** Подтверждено значительное увеличение АФК у пациентов, получающих ПГД. Подтверждена зависимость АФК от возраста и факта курения. Параметр АФК детерминирован ( $R^2=46\%$ ) индексом коморбидности Чарлсон, табакокурением (годы) и калием крови. Также установлены высокозначимые прямые коррелятивные связи с параметрами гипертрофии левого желудочка и отрицательные с его фракцией выброса. АФК измеренный исходно, в сочетании с альбумином, щелочной фосфатазой, С-реактивным белком крови в модели прогноза общей смертности обеспечили чувствительность 72%, специфичность 84%. Исходный параметр АФК является независимым предиктором кумулятивной летальности. Динамика АФК, измеренного через 1 год также позволяет прогнозировать летальность с высокой достоверностью. Это подтверждено статистическим различием динамики АФК: так среди выживших этот параметр составил - 0,60 отн. ед., а среди умерших 0,91,  $p < 0,001$ . В предложенной модели прогноза динамика АФК второй по значимости фактор после курения. Модель с включением параметра динамики АФК обеспечивает чувствительность 89%, специфичность 91%.

**Выводы.** *Полученные результаты позволяют рассматривать АФК как важный независимый фактор прогноза общей летальности, как новый интегральный параметр ремоделирования сердца и метаболического профиля у пациентов ПГД, мониторинг которого актуально для выбора оптимальной тактики ведения пациентов.*

## **АУТОФЛЮОРЕСЦЕНЦИЯ КОЖИ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

КОНОВАЛОВА Д.Ю., ЛЕБЕДЕВ П.А., КОРНИЛИН Д.В., ГРИШАНОВ В.Н.,  
КОМАРОВА М.В.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, РФ*

*Самарский университет им. Королева, г. Самара, РФ*

**Актуальность.** Хроническая болезнь почек (ХБП) – распространенное заболевание, в терминальной стадии требующее проведения трансплантации почки или диализа, преобладающий вид которого - программный гемодиализ (ПГД). Нетрадиционные факторы риска, характерные для ХБП – уремические токсины, фосфатемия, перегрузка объемом, окислительный стресс и хроническое воспаление рассматриваются как основные факторы, способствующие ускорению развития атеросклероза и повышению смертности. Окислительный стресс возникает на ранних стадиях ХБП, прогрессирует по мере усугубления почечной недостаточности и еще больше усугубляется на ее финальных стадиях. К разновидности метаболического стресса относят задержку в организме большого количества токсинов, в том числе конечных продуктов гликирования (КПГ). В настоящее время выявлен целый ряд параметров, ассоциированных с негативным прогнозом, среди которых параметр аутофлюоресценции кожи (АФК) - доступный способ определения в тканях КПГ (гликотоксинов).

**Цель.** Дать характеристику параметра АФК у пациентов с трансплантированной почкой и получающих программный гемодиализ во взаимосвязи с прогностически информативными биохимическими, клиническими и инструментальными параметрами.

**Материал и методы.** Обследованы 88 пациентов, получающих ПГД, и 27 реципиентов трансплантированной почки (РТП). Контрольная группа представлена 75 практически здоровыми добровольцами в возрасте 27-70 лет: мужчин – 43 (57,3%) без клинических признаков атеросклероза, хронических воспалительных заболеваний, сахарного диабета. Параметр АФК определялся с помощью оригинального прибора (ридера), разработанного коллективом кафедры лазерных и биотехнических систем Самарского университета им. Королева.

**Результаты.** АФК значительно выше у пациентов реципиентов почечного трансплантата и получающих ПГД. Установлена выраженная зависимость АФК от возраста и факта курения в группах контроля, ПГД и РТП. Предложены модели детерминантов АФК в каждой изученной группе. АФК был связан со степенью нутритивного дефицита (по индексу NRI)  $r=-0,39$ ,  $p < 0,001$  и индексом коморбидности Чарлсон:  $r=0,60$ ,  $p < 0,0001$ , воспалительной активности по С-реактивному белку:  $r=0,32$ ,  $p < 0,01$  в группе ПГД. Также в этой группе установлены высокосignимые прямые коррелятивные связи с параметрами гипертрофии левого желудочка и отрицательные с его фракцией выброса.

**Вывод.** *Полученные результаты позволяют рассматривать АФК как интегральный параметр ремоделирования сердца и метаболического профиля, прежде всего у пациентов ПГД, перспективный для оценки прогноза неблагоприятных исходов.*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ОЖИРЕНИЯ В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

КОНТОРЩИКОВ М.М., БОРОВКОВА Н.Ю., ТУШИНСКАЯ Л.А., КУРАШИН В.К.,  
ТОКАРЕВА А.С., МАВРЫЧЕВА Н.В., ВАСИЛЬКОВА А.С., ГУДАНОВА Е.М.,  
КРИСАНОВА К.И., БАЙРАМОВА О.

*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, РФ*

**Цель.** Оценить распространенность и структуру ожирения в Нижегородском регионе.

**Материал и методы.** В Нижегородском регионе было проведено обследование населения в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ 3 (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации. Третье исследование). В него вошли 2499 человек (35-74 года). Число лиц женского пола составило 1264 человек, мужского – 1235. Обследуемые были разделены на возрастные группы: 35-44 года, 45-59 лет, 60-74 года. Проводилась антропометрия с измерением массы тела (МТ), роста и окружности талии. Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Учитывалось, что нормальный ИМТ  $<25 \text{ кг/м}^2$ , избыточная МТ при  $25 \leq \text{ИМТ} <30$ , ожирение 1 степени (ст.)  $30 \leq \text{ИМТ} <35$ , 2 ст.  $35 \leq \text{ИМТ} <40$  и 3 ст. при  $\text{ИМТ} \geq 40$ . Анализ материала проводился с помощью программы «IBM SPSS Statistics 26.0» (США).

**Результаты.** Среди 2499 обследованных респондентов распространенность ожирения составила 36% (среди них 1 ст. – 67, 2 ст. – 25 и 3 ст. – 8%). Избыточная МТ регистрировалась у 40%, а нормальная МТ была лишь в 24%. В целом по группе оказалось, что женщин с ожирением больше, чем мужчин (39,4% против 32,8%,  $p=0,001$ ), а с избыточной МТ больше мужчин, чем женщин (45% против 34%,  $p=0,001$ ). При этом ожирение 2 и 3 ст. регистрировалось чаще у женщин (10,9% против 6,2%,  $p=0,001$ , и 4,3 против 1,9%,  $p=0,001$ , соответственно). По показателю ожирения 1 ст. гендерных различий не отмечалось (24,2% против 24,7%,  $p=0,3$ ). Интересным оказался анализ гендерных особенностей избыточной МТ в зависимости от возраста. Так, среди респондентов молодого возраста (35-44 года) избыточная МТ значительно чаще регистрировалась у мужчин (48%), чем среди женщин (27%) ( $p=0,001$ ).

**Выводы.** *В Нижегородском регионе замечено достаточно большое количество лиц, имеющих избыточную МТ и ожирение. Важно учитывать, что среди мужчин есть проблема избыточной МТ.*

## **ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ПОЛИМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА**

КОРИЧКИНА Л.Н., ПОСЕЛЮГИНА О.Б.

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, РФ*

**Цель.** Оценка частоты хронической болезни почек (ХБП) и полиморбидной патологии у больных артериальной гипертонией (АГ) III стадии в зависимости от пола.

**Материал и методы.** Обследовано 98 (мужчин – 45, женщин – 53, средний возраст 64,45 года) больных с верифицированным диагнозом АГ III стадии в ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница» на фоне показанной терапии. Пациенты были разделены по полу на 2 группы: 1-ю группу составили мужчины (45, средний возраст 65,58±9,12), 2-ю группу — женщины (53, средний возраст 65,19±10,02). Изучали частоту встречаемости ХБП по стадиям, характер и индекс полиморбидности в целом и отдельно у мужчин и женщин. Статистическую обработку проводили с использованием пакета программы «Microsoft Excel», «Biostat-2007», отношение шансов, U-критерия Манна-Уитни,  $\chi$ -квадрата, критерия Стьюдента.

**Результаты.** Установлено, что ХБП 1 стадии наблюдалась у 12 (12,2% от общего числа) пациентов, из них было 7 (7,1%) мужчин и 5 (5,1%) женщин. ХБП 2 стадии было 56 (57,1%), мужчин (30, 30,6%), женщин (26, 26,5%). Статистически значимое различие по полу выявлено при ХБП 3 стадии в целом (29, 29,6%), где число женщин превышало число мужчин (соответственно 22, 22,4% против 7, 7,1%,  $p=0,006$ ), при стадии 3а женщин было в 2 раза больше, чем мужчин, со стадией 3б – были только женщины, с 5 стадией ХБП наблюдался 1 мужчина. У пациентов было исследовано отношение шансов полиморбидной патологии. Выявлено, что у женщин, по сравнению с мужчинами, статистически значимо в 1,2 раза больше шансов было иметь полиморбидную патологию (ОШ=1,19; ДИ 1,07–1,32;  $p=0,001$ ) со стороны всех систем органов в целом и в 2,45 раз – болезни эндокринной системы (ОШ=2,45; ДИ 1,01–6,09;  $p=0,003$ ). При проведении расчета по полу отмечено, что у женщин, по сравнению с мужчинами статистически значимо больше шансов в 2,6 раза иметь цереброваскулярную болезнь (ОШ=2,58; ДИ 1,00–6,67;  $p=0,05$ ), в 3 раза – развитие сахарного диабета 2 типа (ОШ=3,069; ДИ 1,09–8,62;  $p=0,05$ ) и меньше атеросклероз коронарных сосудов (ОШ=0,336; ДИ 0,14–0,8;  $p=0,03$ ). Индекс полиморбидности у женщин (7,0) по сравнению с мужчинами был выше при перенесенном ОНМК на 2 балла.

**Вывод.** Частота выявления ХБП 3 стадии у женщин с АГ III стадии статистически значимо выше, чем у мужчин при существенном повышении количества полиморбидной патологии в целом, и, в частности, сахарного диабета и перенесенного ОНМК в анамнезе.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В12 У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПРИНИМАЮЩИХ МЕТФОРМИН**

КОРОЛЕВА И.Г., СИЗОВА Ж.М., ЗАХАРОВА В.Л.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Оценить возможности различных схем приема цианокобаламина в коррекции дефицита витамина В12 (VB<sub>12</sub>) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) на фоне приема метформина.

**Материал и методы.** В исследование включены 90 больных СД2 (м – 51 (56,7%), ж – 39 (43,3%)) в возрасте 27-65 лет (ср. возраст 53,4±10,9 лет) с выявленным дефицитом VB<sub>12</sub> (<200 пг/мл) и/или холотранскобаламина (holo-TC) (<35 пмоль/л) на фоне приема метформина. Пациенты были разделены на 3 группы лечения цианокобаламином, сопоставимые по количеству больных, их полу, возрасту и длительности СД2: 1 - перорально 1000 мкг ежедневно 8 недель; 2 - перорально 1000 мкг в неделю 16 недель; 3 - 500 мкг внутримышечно ежедневно 1 неделю, затем 500 мкг каждые 7 дней в течение 16 недель. Оценка эффективности коррекции дефицита VB<sub>12</sub> проводилась по динамике уровней VB<sub>12</sub> и holo-TC и средним показателем по шкале общей неврологической симптоматики (TSS).

**Результаты.** В 1-й группе после лечения отмечено достоверное повышение VB<sub>12</sub> с 125 [82,4; 189,3] до 695,4 [448; 906,2] пг/мл и holo-TC с 24,4 [13,5; 33] до 157 [35,3; 201] пмоль/л (p <0,05 в обоих случаях); средний показатель по шкале TSS достоверно снизился с 3,33 [0; 11,66] до 1,33 [0; 7,66] баллов. Во 2-й группе выявлено достоверное повышение VB<sub>12</sub> с 154,15 [91,8; 195] до 343,5 [160,7; 585] пг/мл и holo-TC с 27,5 [15; 34,1] до 82,2 [35; 126,8] пмоль/л и снижение среднего балла по шкале TSS с 3 [0; 8,99] до 1,17 [0; 5,33] баллов. В 3-й группе после лечения VB<sub>12</sub> повысился с 136,5 [82,4; 186] до 684,5 [218,7; 1038] пг/мл, holo-TC с 17,8 [12,4; 34,9] до 138,3 [28,8; 211,8] пмоль/л, а балл по шкале TSS снизился с 4,66 [0; 11,33] до 1,5 [0; 7,99] баллов.

**Вывод.** Цианокобаламин при пероральном и при парентеральном применении эффективно устраняет дефицит VB<sub>12</sub> и holo-TC у больных СД2 на фоне приема метформина, способствуя улучшению общей неврологической симптоматики.

## **МАРКЕРЫ ФИБРОЗА sST2 И ГАЛЕКТИН-3 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАЛИЧИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

КОРСАКОВА Д.А., СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А.  
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, РФ

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одним из тяжелейших осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, требующим поиска новых маркеров для диагностики ХСН и стратификации риска. Такими маркерами являются sST2 и галектин-3, уровень которых у пациентов с ХСН при сопутствующей фибрилляции предсердий (ФП) изучен недостаточно.

**Цель.** Оценить уровень маркеров фиброза sST2 и галектина-3 у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от тяжести ХСН и наличия фибрилляции предсердий.

**Материал и методы.** Обследованы 102 пациента с ХСН: 72 женщины (Ж) и 30 мужчин (М), средний возраст  $74 \pm 9$  года. Всем проводили тест 6-минутной ходьбы (Т6М) для оценки функционального класса (ФК) ХСН. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Statistica 12.

**Результаты.** Среди обследованных 2 ФК ХСН был выявлен у 23 человек, что составило 22,5%, 3 ФК – у 51 человека (50%) и 4 ФК – у 28 человек (27,5%). При 3 и 4 ФК уровень ST2 был достоверно выше, чем при 2 ФК: 18,0 (6,0; 116,0) нг/мл и 27,9 (5,1; 191,6) нг/мл соответственно против 11,5 (5,4; 43,3) нг/мл для 2 ФК ( $p=0,003$ ). 2А стадия ХСН была диагностирована у 59 пациентов (57,8%), а 2Б – у 43 (42,2%). Установлено, что уровень галектина-3 достоверно выше в группе пациентов со 2Б стадией, а именно 21,5 (0,7; 924,1) нг/мл против 4,1 (0,5; 367,1) нг/мл ( $p=0,01$ ). Уровень sST2 достоверно возрастал у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и составил 25,0 (13,0; 51,4) нг/мл в отличие от пациентов без ФП – 14,6 (9,4; 26,9) нг/мл,  $p=0,009$ . Обнаружены достоверные ( $p < 0,05$ ) положительные корреляции средней силы между концентрацией sST2 и ФК ХСН, а также между уровнем sST2 и ФП. Выявлена положительная корреляция средней силы между концентрацией галектина-3 и стадией ХСН.

**Выводы.** *Более тяжелое течение хронической сердечной недостаточности приводит к достоверному повышению уровня галектина-3, а с нарастанием функционального класса ХСН возрастает уровень маркера ремоделирования миокарда sST2.*

*Коморбидность ХСН с ФП приводит к достоверному повышению уровня sST2.*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДИНАМИКЕ НА ТЕРРИТОРИИ ПРИКАМЬЯ

КОРЯГИНА Н.А., ЛЫСКОВЦЕВА К.С., КОРЯГИН В.С., МЕЛЕХОВА О.Б.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ

**Цель.** Проанализировать показатели распространенности основных факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и болезней системы кровообращения (БСК) в Пермском крае в 2023 г. по сравнению с 2022 г.

**Материал и методы.** В 2023 г. обследованы 629633 человека в возрасте  $\geq 18$  лет в рамках профилактического медицинского осмотра (ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН). Количество обследованных по сравнению с 2022 г. выросло на 20 тысяч. Проводилось анкетирование с целью выявления ХНИЗ с акцентом на БСК, антропометрическое обследование, контроль уровня глюкозы и холестерина в крови, определение относительного сердечно-сосудистого риска (ССР).

**Результаты.** Определена I группа здоровья всего у 17% населения в 2023 г., как и в 2022 г., при этом в 25% случаев в трудоспособном (в 2022 г. 30%,  $p < 0,05$ ), в 1% – в старшем трудоспособном возрасте (в 2022 году 6%,  $p < 0,05$ ). IIIА группа здоровья установлена у 387348 человека (в 2022 г. – 320482 чел.), что составило 50% (52,5% в 2022 г.) среди всего населения, при этом у 21% лиц – в трудоспособном возрасте (у 30% – в 2022 г.,  $p < 0,05$ ), в старшем трудоспособном возрасте выросла доля лиц до 92% в 2023 г. по сравнению с 79% – в 2022 г.,  $p < 0,05$ . В 2023 г. диспансерное наблюдение соответствовало 30% – впервые по сравнению с 2022 г. (16,8%),  $p < 0,05$ . Гиперхолестеринемия выявлена у 23,9% лиц в 2023 г. по сравнению с 32% – в 2022 г., гипергликемия выявлена у 5,9% лиц в 2023 г. и у 7% лиц – в 2022 г. Незначительное снижение распространенности курения табака до 6,4% отмечено в 2023 г. по сравнению с 7% – в 2022 г. Рост пагубного потребления алкоголя отмечен до 4,3% в 2023 г. по сравнению с 3% – в 2022 г. Наблюдалось снижение распространенности нерационального питания до 21,2% в 2023 г. по сравнению с 26% – в 2022 г. Распространенность избыточной массы тела достигла 19,4% в 2023 г. по сравнению с 26% – в 2022 г. При этом ожирение имели 18,7% лиц в 2023 г. по сравнению с 22% – в 2022 г. Высокий (более 1 ед.) относительный ССР выявлен у 0,4% лиц в 2023 г. по сравнению с 1% – в 2022 г., при этом высокий (5% и более) или очень высокий (10% и более) риск отмечен у 3,9% лиц в 2023 г. и 6% – в 2022 г.,  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Сохраняется тенденция на высокую распространённость ФР. Каждый второй житель Пермского региона, который прошел ПМО и ДОГВН, имеет ХНИЗ, при этом каждый четвертый житель края имеет повышенный уровень холестерина. Основными ФР на территории Прикамья стали гиперхолестеринемия, избыточная масса тела и ожирение.

## НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

КОРЯГИНА Н.А., МАЛЬЦЕВ А.И., КОРЯГИН В.С., ТРУШНИКОВА М.А.  
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ

**Актуальность.** Раннему выявлению нарушений метаболизма глюкозы уделяется все больше внимания в связи с внушительным вкладом предиабета в развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Даже в условиях диспансеризации взрослого населения гликированный гемоглобин включается как скрининг у пациентов, имеющих факторы риска к развитию нарушений толерантности к углеводам. Однако в условиях пандемии количество диспансерных осмотров, профилактических приемов существенно снизилась. Оказало ли это свои результаты на частоту встречаемости сахарного диабета (СД) и предиабета у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска?

**Цель.** Определить частоту встречаемости нарушений метаболизма глюкозы у больных острым коронарным синдромом (ОКС) в период пандемии новой коронавирусной инфекции (НКВИ) и сравнить ее с доковидным периодом.

**Материал и методы.** В одноцентровое ретроспективное исследование на базе ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» (ГБУЗ ПК ККД) включены больные, проходившие лечение по поводу ОКС в 2019-2020 гг. За период с 01.10.2020 г. по 31.12.2020 г. в исследование вошли 197 человек, за аналогичный период 2019 г. – 207. Нарушения метаболизма глюкозы определяли двумя путями. Если диагноз «СД» был установлен до госпитализации, такие пациенты попадали в группу с нарушением углеводного обмена. Обнаружение двух и более повышенных ( $\geq 6,1$  ммоль) уровней гликемии натощак расценивали нарушением метаболизма глюкозы.

**Результаты.** При анализе данных 207 больных ОКС в доковидном периоде, ранее диагностированный СД имелся у 17 (8%) человек, поступивших в региональный сосудистый центр ГБУЗ ПК ККД. Предиабет выявлен у 19 (9%) больных. В период пандемии у 32 (16%) больных СД был установлен до госпитализации. У 25 (12,6%) человек выявлен предиабет. Таким образом, из 207 больных, которые перенесли ОКС до пандемии НКВИ, у 36 (17%) больных показатели глюкозы плазмы натощак соответствовали критериям предиабета или СД. При этом, в период пандемии НКВИ, из 197 человек, проходивших лечение в отделении ОКС, у 57 (28,9%) присутствовали нарушения метаболизма глюкозы. Необходимо отметить, что средний возраст в обеих группах был сопоставим – 68,6 (45,3; 90,7) в 2019 г. и 65,9 (28,5; 97,3) в 2020 г.

**Выводы.** *Нарушения метаболизма глюкозы в условиях пандемии НКВИ имели 28,9% больных ОКС, а в доковидный период – лишь 17% человек. Увеличение числа таких коморбидных пациентов практически в 2 раза может быть обусловлено снижением использования медицинских услуг, редким обращением за помощью в поликлиники, а также самим влиянием НКВИ.*

## ЗНАЧЕНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В КРАТКОСРОЧНОМ ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

КОТОВА Е.О., МОИСЕЕВА А.Ю., ПИСАРИЮК А.С., КАРАУЛОВА Ю.Л., КОБАЛАВА Ж.Д.

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** У пациентов с инфекционным эндокардитом (ИЭ) исследованы различные прогностические параметры, однако без широкого практического применения. Актуален поиск новых легко доступных маркеров для ранней оценки неблагоприятного прогноза при ИЭ, например, расчетного параметра – нейтрофильно/лимфоцитарный индекс (НЛИ).

**Цель.** Изучить значение НЛИ для прогнозирования неблагоприятных событий у пациентов с ИЭ в краткосрочном и отдаленном периоде.

**Материал и методы.** В проспективное когортное исследование включено 345 пациентов с верифицированным ИЭ (DUKE 2009, 2015 г.), госпитализированных в скорпомощной стационар г. Москвы с 2012 по 2022 гг. Медиана возраста 56,0 [37,0-71,0] лет, женщин 34,8% (n=120), достоверный диагноз ИЭ у 75,4% (n=260). Выполнялись стандартные лабораторно-инструментальные исследования, включая ЭхоКГ, микробиологическое исследование крови и определение расчетного индекса воспаления (соотношение нейтрофил/лимфоцит) при поступлении и через 7 дней.

**Результаты.** Среди обследованных пациентов медиана НЛИ при поступлении и в динамике составила 6,6 [3,6-11,1] и 2,7 [2,2-7,1] ( $p < 0,05$ ), при этом среди умерших пациентов (n=109, 31,6%) отмечены наиболее высокие значения с тенденцией к нарастанию в динамике 7,5 [4,5-12,6] против 9,3 [5,3-16,1],  $p < 0,05$ . Методом ROC-анализа определены отличные диагностические характеристики НЛИ у пациентов с ИЭ – площадь под кривой AUC 0,807 ( $p=0,03$ ).

Методом пошагового логистического регрессионного анализа определено, что НЛИ  $\geq 3,05$  являлся независимым предиктором эмболических событий [ОШ 2,59 (95% ДИ 1,25-5,34),  $p=0,01$ ], НЛИ  $\geq 1,1$  – неконтролируемого течения инфекции [ОШ 4,8 (95% ДИ 1,17-19,59),  $p=0,029$ ], НЛИ  $\geq 20$  – госпитальной летальности [ОШ 9,5 (95% ДИ 1,83-49,37),  $p=0,007$ ]. При многофакторном регрессионном анализе Кокса получено, что риск эмболических событий снижает раннее кардиохирургическое лечение, в то время как размер вегетаций  $\geq 10$  мм, поражение трикуспидального клапана, НЛИ  $\geq 11,2$  [ОР 1,69 (95% ДИ 1,21-2,35),  $p=0,002$ ], С-РБ и *S. aureus* являются независимыми предикторами эмболических осложнений.

**Выводы.** Нейтрофильно-лимфоцитарный индекс простой и доступный маркер для рутинной практики. Пороговое значение НЛИ  $\geq 1,1$  в 4,8 раз увеличивает вероятность неконтролируемой инфекции,  $\geq 3,05$  – в 2,6 раз вероятность эмболических событий,  $\geq 20$  – в 9,5 раз вероятность госпитальной летальности.

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект № 22-75-10012)

## ЗНАЧЕНИЕ РАСЧЕТНЫХ ИНДЕКСОВ ВОСПАЛЕНИЯ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

КОТОВА Е.О., МОИСЕЕВА А.Ю., ПИСАРИЮК А.С., КАРАУЛОВА Ю.Л., КОБАЛАВА Ж.Д.

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Выявление групп неблагоприятного риска по летальному исходу у госпитализированных пациентов с инфекционным эндокардитом (ИЭ) остается востребованным. Мало изучена роль расчетных индексов воспаления (нейтрофильно/лимфоцитарный индекс (НЛИ), тромбоцитарно/лимфоцитарный индекс (ТЛИ) и интегральный параметр системного иммуновоспалительного индекса (СИВИ)) у пациентов с ИЭ.

**Цель.** Исследовать значение расчетных индексов воспаления для оценки вероятности госпитальной летальности у пациентов с ИЭ.

**Материал и методы.** В проспективное когортное исследование включено 345 пациентов с ИЭ (DUKE 2009, 2015, 2023 г.) скорпомощного стационара г. Москвы 2012-2022 гг. Медиана возраста 56,0 [37,0-71,0] лет,  $\geq 60$  лет 60,0% (n=207), мужчин 65,2% (n=225), индекс Чарльсон 5,0 [2,0-8,0]. Проводились традиционные лабораторно-инструментальные исследования, с обязательным ЭхоКГ, культуральным исследованием крови и определением расчетных индексов (нейтрофил/лимфоцит, тромбоцит/лимфоцит и нейтрофил\*тромбоцит/лимфоцит) при поступлении и через 7 дней.

**Результаты.** Среди обследованных пациентов при поступлении и в динамике выявлено достоверное снижение уровня НЛИ (6,6 [3,6-11,1] и 2,7 [2,2-7,1],  $p < 0,05$ ), в то время как значимого изменения показателей ТЛИ (135,8 [82,9-223,2] и 143,2 [91,5-226,2],  $p > 0,05$ ) и СИВИ (868,8 [430,4-1785,7] и 899,6 [462,0-1419,4],  $p > 0,05$ ) не получено. За время госпитализации умерли 109 (31,6%) пациентов. В этой группе по сравнению с выжившими при поступлении и через 7 дней отмечены достоверно более высокие значения НЛИ с нарастанием в динамике (7,5 [4,5-12,6] и 9,3 [5,3-16,1],  $p < 0,05$ ), а также достоверно более высокие уровни СИВИ (1265 [497,8-2535,1] и 1150,5 [523,6-2529,8]) и более низкие значения ТЛИ (111,4 [63,9-204,2] и 119,3 [61,6-218,9]), не меняющиеся в динамике.

Методом пошагового логистического регрессионного анализа показано, что независимыми предикторами госпитальной летальности являлись высокие значения НЛИ  $\geq 20$  – [ОШ 9,5 (95% ДИ 1,83-49,37),  $p=0,007$ ] и СИВИ  $\geq 2314,0$  [ОШ 5,86 (95% ДИ 1,98-17,28),  $p=0,001$ ], а также низкие значения ТЛИ  $\leq 82,8$  [ОШ 2,8 (95% ДИ 1,2-6,3),  $p=0,015$ ].

**Выводы.** Расчетные индексы воспаления легкодоступны для определения пациентов высокого риска летального исхода в стационаре. Риск летального исхода увеличивается при НЛИ  $\geq 20$  в 9,5 раз, при СИВИ  $\geq 2314,0$  – в 5,9 раз, при ТЛИ  $\leq 82,8$  – в 2,8 раз.

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект № 22-75-10012)

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

КРАЮШКИН С.И., ИВАХНЕНКО И.В., ПОНОМАРЕВА А.В, РАЗВАЛЯЕВА О.В.  
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ

**Цель.** Провести анализ ведения пациентов пожилого возраста с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), а также хроническим гастритом в амбулаторной практике.

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ медицинских карт 138 пациентов (86 женщин и 52 мужчин) в возрасте от 65 до 86 лет (средний возраст  $72,3 \pm 6,9$ ), проходивших лечение по поводу ЯБЖ/ДПК и/или хронического эрозивного гастрита (ХЭГ) в амбулаторных условиях с 2019 по 2023 гг. Оценивали методы тестирования инфекции *H. pylori*, а также выбор режимов стартовой эрадикационной терапии (ЭТ). Статистическую обработку результатов производили с помощью программ MS Excel и Statistica 8.0.

**Результаты.** У всех пациентов, включённых в исследование, диагноз был подтверждён данными гастродуоденоскопии: ЯБДПК была выявлена у 43,5% больных, ЯБЖ – у 29,7% и ХЭГ – у 26,8%. Тестирование на *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) было назначено 76,8% пациентов, при этом в большинстве случаев (55,8%) врачи рекомендовали неинвазивные тесты: 13С-уреазный дыхательный тест (23,9%), определение антител класса IgG (17,4%) и определение в кале антигена *H. pylori* (14,5%). Быстрый уреазный тест проводился в 44,2% случаев.

При выявлении хеликобактерной инфекции ЭТ была назначена 76,1% пациентов. Чаще всего в качестве стартового режима врачи рекомендовали стандартную тройную терапию (41,3%) и тройную терапию, усиленную препаратами висмута (45,7%). Стандартная четырехкомпонентная терапия применялась у 2-х пациентов (2,2%). В остальных случаях (9,8%) в стартовой схеме использовался метронидазол или левофлоксацин.

Все рекомендуемые режимы терапии включали ингибитор протонной помпы, при этом врачи отдавали предпочтение омепразолу (37,1%) и рабепразолу (30,5%), реже назначали пантопразол (21,9%) и эзомепразол (10,5%). В большинстве случаев (74,3%) длительность ЭТ составила 14 дней.

**Выводы.** Выбор методов диагностики инфекции *H. pylori* и стартового режима ЭТ у пациентов пожилого возраста в амбулаторной практике соответствует современным рекомендациям. Однако не всем пациентам врачи проводят диагностику хеликобактерной инфекции и назначают эрадикационную терапию.

## УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА 18 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ «ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

КРИВОШАПОВА К.Е., БАРБАРАШ О.Л.

*НИИ КПССЗ, г. Кемерово, РФ*

**Цель.** Изучить уровень интерлейкина 18 (ИЛ-18) в сыворотке крови пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и синдромом старческой астении (ССА).

**Материал и методы.** В исследование было включено 387 пациентов со стабильной формой ИБС. Для выявления старческой астении был использован опросник «PRISMA-7», на основании которого изучаемая выборка была разделена на две группы: пациенты без ССА – 300 человек (77,5%), пациенты с ССА – 87 человек (22,5%). Концентрацию ИЛ-18 измеряли с помощью иммуноферментного анализа с использованием набора RayBio® Human IL-18 ELISA Kit (США). Метод основан на принципе конкурентного иммуноферментного анализа, который проведен в соответствии с инструкцией производителя. Уровень ИЛ-18 в сыворотке крови условно здоровых лиц составляет  $21,14 \pm 3,86$  пг/мл. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 26.0.0.

**Результаты.** Средний возраст пациентов изучаемой выборки составил 65 [59-69] лет, при этом большинство (73,1%) пациентов были мужского пола. Представители изучаемой популяции наиболее часто исходно имели I-II ФК стенокардии (78,8%) и I-II ФК ХСН по NYHA (91,7%). По данным амбулаторных карт АГ встречалась практически у всех пациентов (83,5%). Четверть пациентов имели в анамнезе СД 2 типа (25,3%). Не менее часто среди пациентов изучаемой выборки встречались заболевания артерий нижних конечностей (32,0%), при этом частота встречаемости церебрального атеросклероза была выше в два раза (58,1%). Использование опросника «PRISMA-7» позволило получить портрет «хрупкого» пациента с ИБС, который наиболее часто был представлен курящими мужчинами пожилого возраста с длительным анамнезом АГ, проявлениями мультифокального атеросклероза и СД 2 типа. При проведении иммуноферментного анализа был обнаружен более высокий уровень ИЛ-18 в сыворотке крови «хрупких» пациентов изучаемой выборки ( $131,9 [96,7-171,4]$  пг/мл,  $p=0,041$ ), в сравнении с пациентами без ССА ( $103,3 [70,7-134,9]$  пг/мл).

**Вывод.** *Уровень ИЛ-18 в сыворотке крови «хрупких» пациентов с ИБС выше на 28,2%, чем у пациентов без ССА.*

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

КСЕНОФОНТОВА Н.В., ЗАХАРОВА И.А., ПОЗДЕЕВА О.Г.

ГАУЗ ГКБ №2, г. Челябинск, РФ

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, РФ

**Цель.** Изучение предикторов эффективности медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, на амбулаторном этапе.

**Материал и методы.** Обследовано 191 пациент с перенесенной новой коронавирусной инфекцией с наличием сахарного диабета и без коморбидной патологии (средний возраст  $64,1 \pm 1,1$  года), прошедших реабилитацию 3-го этапа в условиях дневного стационара ГАУЗ «Городская клиническая больница №2 г. Челябинск». Проводилась оценка эффективности реабилитационных мероприятий по Шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). Статистический анализ производили с использованием программы Statistica 10.

**Результаты.** Согласно актуальной нормативной документации, показанием для проведения реабилитации 3-го этапа в амбулаторных условиях является наличие у пациента 2 или 3 баллов по ШРМ. До начала курса реабилитационных мероприятий 73,3% пациентов оценивались на 3 балла, а 26,7% - на 2 балла по ШРМ. По завершении запланированного объема восстановительных мероприятий баллы ШРМ распределились следующим образом: 8,4% - 3 балла, 61,6% - 2 балла, 26,3% - 1 балл, 3,7% - 0 баллов ( $p < 0,05$ ), то есть, в общей сложности, у трети пациентов (0 и 1 балл) достигнута конечная цель с отсутствием необходимости дальнейшей реабилитации. При сравнении динамики данного показателя до и после реабилитации оказалось, что среднее значение до реабилитации составило  $2,7 \pm 0,05$  балла, а после завершения курса -  $1,8 \pm 0,06$  ( $p < 0,05$ ). Кроме этого, проведен анализ влияния различных медико-биологических характеристик больных на результативность реабилитационных мероприятий. Выявлена обратная корреляционная связь ( $r < 0,7$ ) между возрастом пациентов при наличии сахарного диабета и эффективностью реабилитации по ШРМ; также выявлена достоверная взаимосвязь с полом пациентов, страдающих сахарным диабетом: у женщин показана более высокие показатели, чем у мужчин. В контрольной группе (пациенты без коморбидной патологии) аналогичной взаимосвязи выявлено не было.

**Вывод.** Из большого числа медико-биологических характеристик и условий лечения COVID-19 пациентов с коморбидной патологией, основными предикторами эффективности проводимых реабилитационных мероприятий 3-го этапа медицинской реабилитации являются молодой возраст, женский пол и наличие сахарного диабета в анамнезе.

## **ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

КУДАЕВ М.Т., МАГОМЕДОВ А.З., АТАЕВА З.Н., ГАДЖИЕВА Т.А., АХМЕДОВА Д.А.,  
ГУСЕЙНОВА Р.К., ОСМАНОВА А.В.

*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, РФ*

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее частой причиной потери трудоспособности населения большинства стран мира и Российской Федерации. Республика Дагестан на протяжении многих лет отличается относительно более благоприятными эпидемиологическими показателями по сравнению со статистическими данными по Российской Федерации.

**Цель.** Оценка основных модифицируемых факторов риска ССЗ у населения Республики Дагестан.

**Материал и методы.** Анализ 985 историй болезни и амбулаторных карт жителей республики в возрасте от 40 до 70 лет без клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний. Учитывалось количество лиц с артериальной гипертонией (АГ), исследовался холестерин и его фракции, факт курения.

**Результаты.** Артериальная гипертония была выявлена у 56,4% обследованных. У мужчин – 57,4, у женщин – 55,5%. Курили – 48% мужчин, среди женщин курящих не было. Содержание общего холестерина среди всех исследованных составило 5,2 ммоль/л, у мужчин – 5,2, женщин – 5,21 ммоль/л. ЛПНП – 3,3 ммоль/л, у мужчин – 3,27, женщин – 3,40 ммоль/л. ЛПВП – 1,10 ммоль/л, у мужчин – 1,04, женщин – 1,16 ммоль/л. ХС-неЛПВП – 4,1 ммоль/л, у мужчин – 4,16, у женщин – 4,05 ммоль/л. ТГ – 2,44 ммоль/л, у мужчин – 2,23, у женщин – 2,64 ммоль/л. Артериальная гипертония имела место у 30% обследованных.

**Выводы.** 1. Артериальная гипертония у лиц, проживающих в Республике Дагестан встречается значительно реже, чем в среднем в Российской Федерации.

2. Основные модифицируемые факторы риска ССЗ у населения Республики Дагестан встречается с одинаковой частотой, что и у населения Российской Федерации по данным исследования ЭССЕ-3.

3. Необходим поиск дополнительных факторов, влияющих на положительную статистику по ССЗ у жителей Республики Дагестан.

## ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ ВАРИАНТЕ ПЕРВИЧНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

КУДРЯШОВ С.И.

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ

**Цель.** Выяснить особенности тиреоидного профиля у пациентов с первичным нефротическим синдромом (НС) рефрактерного течения.

**Материал и методы.** В исследование было включено 136 пациентов с активным НС, которым было назначено лечение в соответствии с Клиническими рекомендациями Ассоциации нефрологов России. До назначения лечения проводили определение в сыворотке крови содержания тиреотропного гормона (ТТГ), свободных фракций тиреоидных гормонов – тироксина (Т4СВ), трийодтиронина (Т3СВ), антител к тиреопероксидазе (АНТИ-ТПО) методом иммуноферментного анализа. 24 месяца спустя от начала наблюдения и лечения проводили повторное исследование тиреоидного статуса и оценивали исход лечения. В зависимости от ответа на лечение когорту участников лечения делили на две группы – группу пациентов с рефрактерным НС и группу с чувствительным к лечению НС, в последующем проводили сравнение показателей тиреоидного статуса до и после лечения в сформированных группах пациентов.

**Результаты.** Среди пациентов с чувствительным к лечению НС была меньше доля больных с изменениями тиреоидного статуса: манифестный гипотиреоз и субклинический его вариант обнаруживались с одинаковой частотой – по 19,2 % случаев, при рефрактерном НС у 50% пациентов наблюдался манифестный гипотиреоз, у 27,6% – субклинический тип гипотиреоза. При рефрактерном НС уровни ТТГ, АНТИ-ТПО были выше в 1,3 и 5,3 раза соответственно, а уровень Т4СВ в 1,12 раза ниже, по сравнению с показателями группы пациентов с чувствительным к лечению НС. Переход активной фазы НС в фазу ремиссии отражался существенно на тиреоидном статусе у пациентов с НС, положительно реагировавших на лечение: измененные в активной фазе НС показатели претерпевали обратное развитие и сравнивались с показателями здоровых лиц. У пациентов с рефрактерным НС сохранялись к концу наблюдаемого периода исходно обнаруженные изменения всех изучаемых показателей тиреоидного статуса.

**Вывод.** У 77,6% пациентов с рефрактерным НС обнаруживались изменения в тиреоидном статусе по типу гипотиреоза, сохранявшегося до конца наблюдения в течение 24-х месяцев.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ У ПИЛОТОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

КУЗЬМИНА А.Ю.

*ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Ожирение – один из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. В современном обществе распространенность этой патологии за последние десятилетия существенно возросла. Частота нарушений жирового обмена варьирует в разных популяциях, увеличиваясь с возрастом.

**Цель.** Изучить распространенность ожирения у пилотов старшей возрастной группы в соответствии с критериями ВОЗ (1997).

**Материал и методы.** В исследование были включены пилоты гражданской авиации в возрасте 55 лет и старше, последовательно поступавшие на плановое стационарное обследование в ФБУ ЦКБ ГА (г. Москва).

**Результаты.** Масса тела пилотов в среднем составила  $85,2 \pm 0,3$  кг (от 52 до 130 кг). Нормальную массу тела имели 17,7% обследованных. Более чем у половины лиц была избыточная масса тела – 62,1%. Распространенность ожирения ( $\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ) составила 20,1% случаев: I степени – 18,3%; II степени – 1,7% обследованных. Морбидное ожирение III степени и пониженная масса тела ( $\text{ИМТ}$  менее  $18,5 \text{ кг/м}^2$ ) были установлены только по одному случаю (0,1%). У лиц с ожирением  $\text{ИМТ}$  составил в среднем I-III степени –  $32,2 \pm 0,1 \text{ кг/м}^2$ . Не было установлено связи массы тела с возрастом обследуемых, длительностью профессионального стажа и полетного времени, что вероятно обусловлено исходным отбором по возрасту. Пилотов с ожирением I-III степени чаще признавали негодными к летной работе, чем лиц с нормальной массой тела – 23,4% и 16,1% случаев ( $p < 0,05$ ) соответственно. Но это не распространялось на случаи негодности по причине ССЗ, т.к., вероятно, у этой группы лиц преобладала сочетанная соматическая патология.

**Выводы.** *Нарушения жирового обмена широко распространены у пилотов старшей возрастной группы. Нормальную массу тела имели только 17,7% обследованных пилотов. Практически каждый пятый пилот страдал ожирением – 20,1% обследованных. Более чем в половине наблюдений – у 62,1% лиц отмечалась избыточная масса тела. В целом, распространенность избыточной массы тела и ожирения составила 82,2% случаев. Необходима своевременная коррекция нарушений жирового обмена.*

## ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

КУЛИК Е.Г., ПАВЛЕНКО В.И.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, РФ

**Цель.** Оценить одногодичную динамику параметров качества жизни (КЖ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после перенесенной инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19).

**Материал и методы.** В открытом проспективном сравнительном исследовании участвовали 90 пациентов с ранее установленным диагнозом ХОБЛ, имеющих в анамнезе перенесенный COVID-19. С учетом сведений полученных из стационарных карт больных инфекционного госпиталя г. Благовещенска за период 2022-2023 гг. инфекция подтверждена лабораторно в 100% случаев. Среди обследуемых преобладали мужчины (76,9%), средний возраст-  $67 \pm 2,5$  лет. Все респонденты обследованы в амбулаторных условиях дважды: В1 – первично (от 3-х недель до 3-х месяцев после перенесенного COVID-19) и В2 – через 12 месяцев после первого визита. Проведена комплексная оценка показателей КЖ с помощью традиционных опросников mMRC, CAT, SF-36.

Исследование выполнено за счет средств гранта РНФ (научный проект №22-25-00592).

Статистический анализ проведен в русифицированной версии программы Statistica 10.0.

**Результаты.** Выявлено, что в точке В2 степень выраженности одышки по шкале mMRC в сравнении с точкой В1, стала менее заметной (2 [2; 3] против 3 [2; 3] балла;  $p < 0,05$ ) и в 71,1% случаев соответствовала средней степени тяжести. Также определено, что в точке В2 суммарный балл по оценочному тесту CAT незначительно увеличился и составил, 26 [15; 30] балла, по отношению к точке В1, что следует интерпретировать как «сильное влияние» ХОБЛ на КЖ. При этом вероятность выявления пациента, набравшего более 21 балла по шкале CAT в точке В2 возрастает в 1,89 раз (ОШ=0,53; 95% ДИ [0,29; 0,96]). По вопроснику SF-36 анкетировано 53 больных ХОБЛ. Оказалось, что в точке В2 у 22,6% опрошенных сохранялся низкий уровень некоторых шкал физического и психологического компонента, а именно: «ролевое функционирование» – 48,3 [37,2; 59,6], «жизненные силы» – 53,1 [47,6; 58,4] и «социальное функционирование» – 58,4 [53,6; 62,4] балла.

**Вывод.** Перенесенный COVID-19 у больных ХОБЛ приводит к устойчивому снижению качества жизни (mMRC, CAT, SF-36) в течение 12 месяцев наблюдения, что необходимо учитывать для подбора оптимальной программы реабилитации, наблюдения пациента и анализа эффективности проводимой терапии после перенесенной инфекции.

## УРОВНИ ГЕПЦИДИНА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

КУЛИКОВ И.А.

ЧУЗ «КБ РЖД-Медицина», г Тула, РФ

**Цель.** Оценить уровни гепцидина сыворотки при анемиях различной этиологии у пожилых пациентов.

**Материал и методы.** Обследовано 210 пациентов пожилого и старческого возраста ( $77,5 \pm 8,5$  лет, 27,6% мужчины) с анемией согласно критериям ВОЗ, проходивших лечение в терапевтическом отделении ЧУЗ «КБ "РЖД-Медицина" г. Тула». Пациенты были разделены на группы по этиологии анемии согласно следующим критериям: железодефицитная анемия (ЖДА) – ферритин (ФС)  $< 30$  нг/мл, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ)  $> 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>; пациенты с хронической болезнью почек (ХБП) с СКФ  $< 30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ХБП30); ХБП с СКФ более 30 но менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ХБП60); В<sub>12</sub>-дефицитная анемия (В12) - В<sub>12</sub> менее 190 пг/мл; анемия воспаления (АВЗ) - ферритин  $> 100$  нг/мл, СРБ  $> 10$  мг/л; анемия неясной этиологии (НАП) – ФС  $> 30$  нг/мл, СКФ  $> 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Критериями исключения были наличие злокачественного новообразования и онкогематологического заболевания.

**Результаты.** Самый высокий уровень гепцидина – 27,5 [16,38; 37,85] нг/мл был в группе ХБП30 (16 пациентов, 7,6%). Далее в порядке уменьшения: НАП (38 пациентов, 18%) – гепцидин 14,3 [7,38; 25,88] нг/мл, ХБП60 (29 пациентов, 13,8%) – гепцидин 11,3 [8,3; 16,35] нг/мл, АВЗ (31 пациент, 14,8%) – гепцидин 9,55 [0,85; 23,8] нг/мл, В12 (19 пациентов, 9%) – гепцидин 2,75 [0,6; 6,63] нг/мл. Минимальный уровень гепцидина 0,5 [0,5; 0,5] нг/мл был в группе пациентов с ЖДА (77 человек, 36%).

**Выводы.** *Гепцидин играет большую роль в метаболизме железа, повышение его уровня в сыворотке блокирует всасывание железа в двенадцатиперстной кишке. Повышенный уровень гепцидина снижает эффективность пероральных препаратов железа, что важно учитывать при лечении анемий пожилых и требует установления точной причины анемии у пожилого пациента.*

## **ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ В СТАЦИОНАРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

КУРАШИН В.К., БОРОВКОВА Н.Ю., ТОКАРЕВА А.С.

*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, РФ*

**Цель.** Провести анализ клинико-патогенетических характеристик фибрилляции предсердий (ФП) в стационаре терапевтической кардиологии областной клинической больницы.

**Материал и методы.** В ходе исследования был проведен анализ 1164 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко». Регистрировались случаи ФП. Определялось основное заболевание, ассоциированное с развитием ФП. Также оценивался риск тромбоэмболических (ТО) и геморрагических (ГО) осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и HAS-BLED соответственно. Проводился анализ назначения антикоагулянтов на госпитальном этапе.

**Результаты.** ФП была выявлена у 331 из 1164 пациентов (28,4%). Как правило, ФП имела неклапанную этиологию: 63,8% лиц имели сочетание артериальной гипертензии (АГ) с ишемической болезнью сердца (ИБС). В 8,2% основной патологией явилась АГ и в 5,4% – ИБС. В 4,2% причиной развития ФП были миокардиты, а в 3,6% – кардиомиопатии. В 3,6% регистрировалось хроническое легочное сердце, а в 4,2% – миокардиодистрофия, в том числе тиреогенная. Лица с клапанной патологией составляли малую часть больных ФП: их было только 6,1%. Другие причины (инфекционный эндокардит, миксома левого предсердия) составили 0,9%. Анализ риска ТО свидетельствовал, что в большинстве случаев (88,8%) пациенты с ФП имели риск ТО более 2 баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Лишь у 0,6% количество баллов равнялось нулю, а у 10,6% было не более 1. По шкале HAS-BLED 0,6% имели 4 балла риска ГО, 5,7% – 3 балла, 25,3% – 2 балла и 44,8% – 1 балл. Только 23,6% лиц не имели риска ГО. В структуре антикоагулянтной терапии, используемой в стационаре, превалировали прямые оральные антикоагулянты (60,4%), варфарин использовался в 39,6% наблюдений.

**Выводы.** *ФП встретилась более, чем у четверти пациентов стационара терапевтической кардиологии. Как правило, она была ассоциирована с АГ и ИБС. Большинство больных имели высокий риск ТО, а среди антикоагулянтной терапии в стационаре чаще всего применялись современные препараты из группы прямых оральных антикоагулянтов.*

## ИНДЕКС ГЕНСИНИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

КУРОЧКИНА О.Н., КОРОТКОВ Д.А., БОЛТУНОВ К.С., РАУШ Т.А.

ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар, РФ

ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер», г. Сыктывкар, РФ

**Актуальность.** Острый коронарный синдром (ОКС) – неотложное состояние, характеризующееся высокой частотой осложнений и летальных исходов. Возможность применения шкалы оценки атеросклеротического поражения коронарных артерий Gensini как фактора риска госпитальной летальности больных с ОКС изучена недостаточно.

**Цель.** Определить роль оценки шкалы Генсини как прогностического фактора госпитальной летальности больных с острым коронарным синдромом.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 344 случайно выбранных историй болезни пациентов с ОКС в отделении неотложной кардиологии №1 ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер» в 2022 г. Поражение коронарных артерий (КА) оценивалось с применением шкалы Gensini (Gensini G.G., 1983). Обработка данных проводилась с использованием статистических программ Excel, Xlstat. Корреляция между различными факторами и госпитальной летальностью оценивалась с применением метода логистической регрессии и ROC-анализа. Критерием статистической значимости считали значения  $p < 0.05$ .

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $65 \pm 12,4$  лет ( $n=228$ , 66,3% мужчин,  $n=116$ , 33,7% женщин). Умерло за время госпитализации 49 (14,2%) больных, выписано 295 (85,8%) человек. У умерших пациентов чаще, чем у выживших, отмечалось поражение ствола левой коронарной артерии (8,2% против 1%), передней межжелудочковой ветви (50,1% против 43,0%), диагональной ветви (4% против 3%), чаще наблюдалось многососудистое поражение КА (97,2% против 82,4% случаев). Выявлены факторы, ассоциирующиеся с госпитальной летальностью при ОКС: женский пол ( $p < 0,0001$ ), пожилой возраст ( $p < 0,0001$ ), низкая фракция выброса левого желудочка ( $p < 0,0001$ ), тахикардия ( $p < 0,005$ ), острая сердечная недостаточность по Killip 3-4 класс ( $p < 0,001$ ), индекс коморбидности Чарльсона ( $p < 0,0001$ ). Оценка атеросклеротического поражения коронарных артерий по Шкале Gensini составила у умерших  $114,0 \pm 62,1$  балла, что почти в 2 раза больше, чем у выживших –  $62,7 \pm 42,4$  балла ( $p < 0,0001$ ). Порог отсечения высокой вероятности летального исхода у больных ОКС по результатам ROC-анализа составил 88 баллов (чувствительность 67,6%, специфичность 77,3%,  $AUC=0,755$ ).

**Вывод.** Оценка атеросклеротического поражения КА по шкале Gensini может служить одним из прогностических факторов риска госпитальной летальности больных с ОКС.

## ОЦЕНКА МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

КУРОЧКИНА О.Н., КОРОТКОВ Д.А., БОЛТУНОВ К.С., РАУШ Т.А.

ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар, РФ

ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер», г. Сыктывкар, РФ

**Актуальность.** Роль системного воспалительного ответа в оценке исходов острого коронарного синдрома (ОКС) изучена недостаточно.

**Цель.** Определить роль системного воспалительного ответа как фактора риска госпитальной летальности у больных с ОКС.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 344 случайно выбранных историй болезни пациентов с ОКС в отделении неотложной кардиологии №1 ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер» в 2022 г. Оценивалась информация о всех показателях из истории болезни. Индекс системного воспалительного ответа SIRI (Systemic Inflammation Response Index) был рассчитан как количество моноцитов × количество нейтрофилов / количество лимфоцитов. Для выявления мультиморбидного статуса пациента использовался индекс коморбидности Charlson. Поражение коронарных артерий оценивалось с применением шкалы Gensini (Gensini G.G., 1983). Обработка данных проводилась с использованием статистических программ Excel, Xlstat. Корреляция между различными факторами и госпитальной летальностью оценивалась с применением метода логистической регрессии и ROC-анализа. Критерием статистической значимости считали значения  $p < 0.05$ .

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $65 \pm 12,4$  лет ( $n=228$ , 66,3% мужчин,  $n=116$ , 33,7% женщин). Умерло за время госпитализации 49 (14,2%) больных, выписано – 295 (85,8%) человек. У умерших пациентов отмечались более высокий уровень лейкоцитов (13,8 [9,6; 17,4] против 9,6 [7,6; 12,6],  $p < 0,0001$ ) и индекса SIRI (2,8 [1,3; 5,2] против 1,7 [0,9; 3,0],  $p < 0,011$ ). Порог отсечения уровня лейкоцитов по результатам ROC-анализа составил  $13,6 \times 10^9/л$  (чувствительность 73,5%, специфичность 70,5%, AUC=0,763); порог отсечения индекса SIRI составил 2,6 (чувствительность 52,3%, специфичность 71,2%, AUC=0,622). Так же выявлены другие лабораторные маркеры и клиничко-демографические показатели, ассоциирующиеся с госпитальной летальностью при ОКС: более низкий уровень гемоглобина ( $p < 0,001$ ), эритроцитов ( $p < 0,0001$ ) и скорости клубочковой фильтрации ( $p < 0,0001$ ), более высокий уровень креатинина ( $p < 0,0001$ ) и глюкозы ( $p < 0,0001$ ), женский пол ( $p < 0,0001$ ), пожилой возраст ( $p < 0,0001$ ), низкая фракция выброса левого желудочка ( $p < 0,0001$ ), тахикардия ( $p < 0,005$ ), острая сердечная недостаточность по Killip 3-4 класс ( $p < 0,001$ ), индекс Gensini ( $p < 0,0001$ ).

**Вывод.** Оценка индекса системного воспалительного ответа может служить одним из прогностических факторов риска госпитальной летальности больных с ОКС.

## РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УХУДШЕНИИ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

КУРОЧКИНА О.Н., КОРОТКОВ Д.А., БОЛТУНОВ К.С., РАУШ Т.А.

ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар, РФ

ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер», г. Сыктывкар, РФ

**Актуальность.** Влияние сопутствующих заболеваний больных с острым коронарным синдромом (ОКС) на исходы ОКС изучено недостаточно.

**Цель.** Определить роль оценки полиморбидности как прогностического фактора госпитальной летальности больных с ОКС.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 344 случайно выбранных историй болезни пациентов с ОКС в отделении неотложной кардиологии №1 ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер» в 2022 г. Оценивалась информация о всех показателях из истории болезни. Для выявления мультиморбидного статуса пациента использовался индекс коморбидности Charlson ([https://www.thecalculator.co/health/Charlson-Comorbidity-Index-\(CCI\)-Calculator-765.html](https://www.thecalculator.co/health/Charlson-Comorbidity-Index-(CCI)-Calculator-765.html)). Поражение коронарных артерий оценивалось с применением шкалы Gensini (Gensini G.G., 1983). Обработка данных проводилась с использованием статистических программ Excel, Xlstat. Корреляция между различными факторами и госпитальной летальностью оценивалась с применением метода логистической регрессии и ROC-анализа. Критерием статистической значимости считали значения  $p < 0.05$ .

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $65 \pm 12,4$  лет ( $n=228$ , 66,3% мужчин,  $n=116$ , 33,7% женщин). Умерло за время госпитализации 49 (14,2%) больных, выписано – 295 (85,8%) человек. У умерших пациентов чаще, чем у выживших, имелись сопутствующие заболевания: постинфарктный кардиосклероз (28,5% против 21,7%,  $p < 0,0001$ ), гипертоническая болезнь (100% против 85,7%,  $p < 0,0001$ ), сахарный диабет (38,7% против 26,1%,  $p < 0,0001$ ), перенесенный инсульт (14,2% против 7,1%,  $p < 0,0001$ ), хроническая болезнь почек (20,4% против 10,5%,  $p < 0,0001$ ), был значимо выше индекс коморбидности Charlson ( $6,4 \pm 1,6$  против  $4,7 \pm 1,8$  баллов,  $p < 0,0001$ ). Процент 10-летней выживаемости при использовании индекса коморбидности составил в группе выживших-  $38,8 \pm 32,5\%$ , в группе умерших-  $10,2 \pm 19,8\%$  ( $p < 0,001$ ). Порог отсечения значения индекса коморбидности по результатам ROC-анализа составил 5 баллов (чувствительность 73,5%, специфичность 70,5%,  $AUC=0,763$ ). Также выявлены другие факторы, ассоциирующиеся с госпитальной летальностью при ОКС: женский пол ( $p < 0,0001$ ), пожилой возраст ( $p < 0,0001$ ), низкая фракция выброса левого желудочка ( $p < 0,0001$ ), тахикардия ( $p < 0,005$ ), острая сердечная недостаточность по Killip 3-4 класс ( $p < 0,001$ ), индекс Gensini ( $p < 0,0001$ ).

**Вывод.** Оценка индекса коморбидности Charlson может служить одним из прогностических факторов риска госпитальной летальности больных с ОКС.

## ЛАКСАТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ

КУРЫШЕВА М.А.

ГБУЗ НО ГКБ № 33, г. Нижний Новгород, РФ

**Введение.** На клиническом примере рассмотреть развитие лаксативной болезни при бесконтрольном самолечении пациентки слабительными средствами.

**Описание случая.** Больная В., 20 лет поступила в стационар с жалобами на хронические запоры в течение нескольких лет. Пациентка неоднократно проходила обследование желудочно-кишечного тракта, где патологии не выявлялось, и ей был диагностирован синдром раздраженного кишечника с запорами. Для лечения применялись спазмолитики и был рекомендован прием лактулозы и макрогола. Однако больную данные рекомендации не устроили, и в течение нескольких лет она принимала различные стимулирующие слабительные, препараты сены, китайские биологически активные добавки. Самолечение пациентки привело к тому, что у пациентки наблюдалась задержка стула до 7 дней.

Проведенные лабораторные исследования клинических анализов крови и мочи, биохимическое исследование крови, ФГДС, УЗИ брюшной полости - патологии не обнаружило. При колоноскопии выявлен тотальный колит, слизистая оболочка кишечника коричнево-черного цвета. Результаты биопсии: в препарате кусочки слизистой толстого кишечника; покровный эпителий сохранен, железы выражены четко, в межучточной ткани определяется диффузное отложение пигмента коричневого цвета – псевдомеланоз, возможно от приема слабительных средств. Пациентке был установлен диагноз токсического колита, вызванного приемом слабительных средств (лаксативной болезни), назначено лечение сорбентами, эубиотиками, осмотическими слабительными.

Слабительные средства, содержащие антрахиноны (препараты сены), которые длительно и бесконтрольно принимала больная, повреждают слизистую оболочку кишечника. Они подвергаются активному метаболизму в толстой кишке, приводят к повреждению эпителия, нарушают абсорбцию, секрецию и моторику. Поврежденные эпителиоциты подвергаются апоптозу, что наглядно обнаруживается в пигментированных участках слизистой (псевдомеланоз). Лаксативная болезнь является фактором риска колоректального рака. При лаксативной болезни поражаются нервные сплетения кишки, вплоть до развития инертной кишки.

**Заключение.** Профилактика лаксативной болезни заключается в контроле за применением слабительных, использование безопасных препаратов для терапии запора (пищевые волокна, лактулоза и макрогол).

## МЕЖВИЗИТНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК ЗНАЧИМЫЙ ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ИНФАРКТА МИОКАРДА

ЛАВРИВА М.В., ПАВЛОВА О.С.

*БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь*

*РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь*

**Цель.** Определить взаимосвязь между межвизитной вариабельностью АД и развитием нефатальных инсультов и инфарктов миокарда у пациентов с артериальной гипертензией.

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ электронных амбулаторных карт 400 пациентов с АГ I-III степени, которые амбулаторно лечились в 2019-2023 гг. в 11-й, 15-й и 18-й городских поликлиниках г. Минска. В 1-ю исследуемую группу (200 пациентов) были включены пациенты с АГ, впервые перенесшие в 2021-2023 гг. ишемический (44%), геморрагический инсульты (11%), или инфаркт миокарда (45%); во 2-ю контрольную (200 пациентов) – пациенты с неосложненной АГ. Межвизитная вариабельность АД оценивалась как разность АД между последовательными визитами за 2 года до нефатального сердечно-сосудистого осложнения, по показателям SD (стандартное отклонение) и CV (коэффициент вариабельности).

**Результаты.** Параметры межвизитной вариабельности САД были выше в 1-й группе по сравнению с контролем: SD – 9,25 (6,11; 14,19) мм рт.ст. в 1-й и 7,38 (5,13; 10,19) мм рт.ст. во 2-й группах ( $p < 0,001$ ), CV – 0,070 (0,047; 0,104) и 0,057 (0,040; 0,076) соответственно ( $p < 0,001$ ). В подгруппе пациентов с АГ и ишемическим инсультом оба показателя межвизитной вариабельности САД значимо отличались от контрольной группы: SD – 10,47 (6,65; 14,19) мм рт.ст. против 7,38 (5,12; 10,19) мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ) и CV – 0,076 (0,051; 0,104) против 0,057 (0,040; 0,076) ( $p < 0,001$ ) соответственно. В подгруппе пациентов с АГ и инфарктом миокарда оба показателя межвизитной вариабельности САД также значимо отличались от контрольной группы: SD – 8,74 (5,02; 12,54) мм рт.ст. против 7,38 (5,12; 10,19) мм рт.ст. ( $p = 0,005$ ) и CV – 0,065 (0,039; 0,096) против 0,057 (0,040; 0,076) ( $p = 0,0098$ ) соответственно. Для SD (САД) площадь под ROC-кривой, соответствующей взаимосвязи прогноза сердечно-сосудистого осложнения и вариабельности АД, составила  $0,628 \pm 0,028$  с 95% ДИ: 0,573-0,682; для CV (САД) –  $0,619 \pm 0,028$  с 95% ДИ: 0,564-0,674.

**Вывод.** *Повышенная межвизитная вариабельность САД является значимым предиктором развития сердечно-сосудистых осложнений – ишемического инсульта и инфаркта миокарда у пациентов с АГ.*

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

ЛАРИНА В.Н., САЙНО О.В., ФЕДОРОВА Е.В., ВАРТАНЯН Е.В., МОРУНОВ О.Е.  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Анализ поведенческих факторов риска (ФР) и приверженности принципам здорового образа жизни (ЗОЖ) обучающихся медицинского ВУЗа старших курсов.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 257 обучающихся 5 (n=122, 47,4%) и 6 курсов (n=135, 52,6%) в возрасте от 21 до 24 лет ( $22,9 \pm 1,1$  лет). Все участники прошли анонимный онлайн-опрос по разработанной анкете в период с октября 2021 г. по январь 2022 г. С целью оценки приверженности ЗОЖ использовался индекс приверженности ЗОЖ (ИПЗОЖ).

**Результаты.** Высокая приверженность принципам ЗОЖ выявлена у 25%, удовлетворительная – у 28% обучающихся. Группу неприверженных ЗОЖ составили 46,7% обучающихся. Среди поведенческих ФР в группе неприверженных ЗОЖ наиболее часто встречались курение (56,7%), отсутствие в ежедневном рационе питания овощей и фруктов (47,5%), употребление соли более 5 г в сутки (40,8%) и низкий уровень физической активности (35%). Обращает на себя внимание не только преобладание лиц женского пола (68,3%) в группе неприверженных ЗОЖ, но и более высокая встречаемость вышеперечисленных ФР в этой группе (32%, 37,5%, 31,7%, 28,3%), а не среди лиц мужского пола (25%, 10%, 9,2%, 6,7%).

**Выводы.** Большинство обучающихся медицинского вуза имели низкую приверженность принципам ЗОЖ. Выявленные поведенческие ФР, встречаемость которых была выше в женской популяции, подтверждают «уязвимость» молодых людей и требуют более внимательного отношения студентов к собственному здоровью и модификации образа жизни.

## **ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

ЛОМАКИНА Н.А., КОТОВЩИКОВА Е.Ф., КЛИМОВА Е.Е.

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, РФ*

**Цель.** Оценить влияние физических тренировок (ФТ) в режиме свободного выбора нагрузки (СВН) на диастолическую дисфункцию (ДДФ) правого желудочка (ПЖ) сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и разной степенью артериальной гипертензии (АГ) старше 60 лет.

**Материал и методы.** Обследовано 112 больных ( $76,7 \pm 1,3$  лет): 83 мужчины, 29 женщин. Пациенты рандомизированы на 2 группы: основная – 72 пациента, которым проводился курс ФТ в режиме свободного выбора нагрузки, в сочетании с медикаментозной терапией (МТ), и группа сравнения – 40 больных, получавших только МТ. Курс ФТ составил 18-20 тренировок. У всех больных диагностирована ХСН в сочетании с АГ. Пациенты с ХСН I стадией в основной группе составили 40 человек, в группе сравнения – 25, ПА у 32 и 15 соответственно. Всем больным проводилась эхокардиография до и после лечения.

**Результаты.** у больных с ХСН + АГ 1 степени в группе ФТ + МТ в конце лечения пик А ПЖ увеличился на 7%, уменьшилось время изоволюмического сокращения (ВИВР) ПЖ на 7,7% и (среднее давление в легочной артерии) ДЛА ср на 8% ( $p \leq 0,05$ ). У больных с ХСН + АГ 2 степени в группе ФТ+МТ после лечения в ПЖ наблюдалась тенденция к повышению пиковых скоростей: пик Е на 10,6%, пик А на 30%, при уменьшении индекса Е/А на 6,2% и ВИВР на 9,7%, ДЛАСр снизилось на 16,6% ( $p < 0,05$ ). У больных ХСН+АГ 3 степени основной группы в конце лечения уменьшилось ВИВР ПЖ на 9,6% ( $p \leq 0,05$ ). У больных с ХСН с изолированной систолической АГ в группе с ФТ после лечения ВИВР уменьшилось в ПЖ на 7,7% ( $p < 0,05$ ), ДЛАСр снизилось на 7,4% ( $p \leq 0,01$ ). В группе сравнения показатели трансмитрального потока обоих желудочков и ДЛАСр в зависимости от степени АГ статистически значимо не менялись.

**Вывод.** *Комплексное лечение, включающее ФТ, у больных старше 60 лет с сочетанием ХСН и АГ оказывает нормализующее влияние на диастолическую функцию ПЖ, приводит к снижению легочной гипертензии.*

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

ЛУНЕВ В.И., ФЕДОРОВА Е.В., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Детальное изучение особенностей неприверженности лечению позволит улучшить качество ведения пациентов в амбулаторных условиях.

**Цель.** Оценить клинические особенности амбулаторных пациентов с низкой и средней приверженностью лечению.

**Материал и методы.** В исследование включено 180 пациентов (83 М, 97 Ж) в возрасте от 42 до 87 лет ( $69,4 \pm 8,9$  лет), наблюдающихся у врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики. Проводился сбор анамнеза, физикальный осмотр, скрининг вероятной старческой астении (СА) с помощью опросника «Возраст не помеха», оценка приверженности лечению (4-item Morisky Medication Adherence Scale) и физической активности (International Questionnaire on Physical Activity).

**Результаты.** Большинство пациентов (82,8%) имели два и более заболеваний, среди которых преобладали артериальная гипертензия (99,4%), сахарный диабет (45,6%) и ожирение (42,8%). Высокая приверженность лечению выявлена у 99 (55,6% Ж), средняя – у 46 (52,2% М), низкая – у 33 (60,6% Ж) пациентов. Пациенты с высокой приверженностью были старше ( $71,1 \pm 8,1$  лет) пациентов со средней ( $67,4 \pm 10,5$  лет) и низкой ( $67,0 \pm 8,5$  лет) приверженностью лечению,  $p < 0,001$ . Группы пациентов со средней и низкой приверженностью были сопоставимы по возрасту ( $p = 0,127$ ). В группе с высокой приверженностью лечению доля пациентов с вероятной СА составила 14,1%, с низкой – 33,3% ( $p = 0,029$ ), со средней – 30,4% ( $p = 0,036$ ). Гиподинамия выявлена у 8,1% пациентов с высокой приверженностью, у 13,0% – со средней ( $p = 0,522$ ), у 24,2% – с низкой приверженностью ( $p = 0,031$ ). Установлена корреляционная связь низкого уровня приверженности лечению с вероятной СА ( $p = 0,029$ ,  $r = 0,17$ ) и гиподинамией ( $p = 0,030$ ,  $r = 0,16$ ), среднего уровня – с гиподинамией ( $p = 0,041$ ,  $r = 0,16$ ) и образованием ( $p = 0,012$ ,  $r = 0,19$ ), высокого уровня – с возрастом ( $p = 0,031$ ,  $r = 0,16$ ).

**Выводы.** *Каждый второй мультиморбидный амбулаторный пациент имел высокую, каждый четвертый – среднюю, каждый пятый – низкую приверженность лечению. Пациенты со средним и низким уровнем приверженности были моложе, чаще имели вероятную СА и вели малоподвижный образ жизни по сравнению с пациентами с высокой приверженностью.*

Работа выполнена при поддержке АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении» [Соглашение №0703-11/23 «ПривАмБ+К (Приверженность Амбулаторных Больных Кардиологического профиля)»; Договор №0703-11/23-1НИР «ОПТИКАМП-КП (Оптимизация Приверженности Терапии И Комплаенса Амбулаторных Пациентов Кардиологического Профиля)»].

## **ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ДИНАМИКУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ**

ЛУЧНИКОВА Т.А., ПРИХОДЬКО О.Б., ЛУЧНИКОВА А.А.

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, РФ*

**Цель.** Выявить особенности течения бронхиальной астмы в период гестации.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 52 беременных с бронхиальной астмой различной степени тяжести и уровня контроля. Из них 32 беременных с ухудшением БА во время беременности, 11 – с улучшением, 9 – с неизменившейся динамикой течения заболевания. Группу сравнения составили 30 беременных без бронхолегочной патологии. У всех беременных были определены: уровень контроля, тяжесть БА, динамика БА во время беременности, приверженность к терапии во время беременности, уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе. Также определены генетические и биохимические маркеры эндотелиальной дисфункции: полиморфизм генов метаболизма фолатов, полиморфизм генов эндотелиальной синтазы оксида азота, уровень гомоцистеина, уровень витамина D.

**Результаты.** Детальное изучение астмы у беременных с выявлением особенностей клинического течения заболевания, определением новых неинвазивных маркеров БА, ранее не использовавшихся для диагностики заболевания у беременных, биохимических и генетических детерминант развития БА и эндотелиальной дисфункции, позволило определить наиболее значимые факторы, влияющие на динамику течения БА в гестационном периоде. В целом, улучшение динамики течения БА в гестационном периоде отмечено при легком контролируемом течении заболевания, аллергической форме БА, хорошей приверженности базисной терапии, уровне NOex <35 ppb, ГЦ <8 мкмоль/л, витамина D >28 нг/мл, наличии генотипа eNOex 894GG. Ухудшение динамики течения БА в гестационном периоде отмечено при тяжелой неконтролируемой БА, неаллергической форме, отсутствии приверженности базисной терапии, NOex >40 ppb, ГЦ >12 мкмоль/л, витамина D <20 нг/мл, наличии патологической гомозиготы MTHFR 677TT, генотипа eNOex 894GT и 894 TT.

**Вывод.** *Составленный персонифицированный прогноз позволит определить ухудшение течения БА в гестационном периоде для своевременной коррекции лечебной тактики и предупреждения возникновения осложнений беременности, родов и заболеваний новорожденного.*

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ЛУЦИК Е.А., СКОРОДУМОВА Е.А., СИВЕРИНА А.В., КОСТЕНКО В.А.,  
СКОРОДУМОВА Е.Г.

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, РФ

**Актуальность.** Ахиллесовой пятой ретгенэндоваскулярного лечения инфаркта миокарда (ИМ) является вероятность развития повторного ИМ вследствие рестеноза/ретромбоза ранее установленного стента.

**Цель.** Изучить отдаленные результаты лечения с учетом распределения полиморфизма генов APOE Leu28Pro, ACE rs4646994 и NOS3 C786T у пациентов с повторным ИМ на фоне нарушения проходимости ранее установленного стента в сравнении с пациентами с дальнейшим прогрессированием атеросклероза вне его.

**Материал и методы.** Исследованы 146 больных повторным ИМ, выписанных из СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2018-2021 гг. Разделены на две группы. Первая (I) – 72 человека с тромбозом/стенозом в ранее установленном стенте, вторая (II) – стеноз вне стента – 74. Группы сопоставимы по полу и возрасту – средний возраст  $66,4 \pm 1,2$  года, в обеих преобладали мужчины – 80,0% и 62,7% соответственно. В группах преобладал ИМ с подъемом сегмента ST: 65,5% и 64,7% соответственно. Наблюдение составило 26 месяцев. Генетический полиморфизм детерминировали при помощи ПЦР. Данные статистически обработаны.

**Результаты.** Повторные госпитализации на отделения кардиологического профиля: I группа – 30 (41,7%), II группа – 44 (58,5%) человек,  $p=0,032$ . Из них ОКС в I группе – у двух (6,7%), во II группе – у 11 (25,0%) человек,  $p < 0,05$ ; ОДХСН как причина госпитализации в I группе зарегистрирована у 28 (93,3%), во II группе – у 33 (75%) человек,  $p < 0,05$ . Летальность за период наблюдения: в группе I – 29 (26,4%), в группе II – 14 (13,7%),  $p < 0,05$ .

Полиморфный вариант гена APOE Leu28Pro в группе I выявлен у 71,4%, во группе II – у 28,6% ( $p < 0,05$ ). Полиморфизм гена ACE rs4646994 выявлен в группе I – у 61,4%, в группе II – у 36,6%, ( $p < 0,05$ ). Полиморфный вариант гена NOS3 C786T выявлен в группе I – у 61,8%, в группе II – у 8,2%,  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Пациенты с повторным ИМ, не имеющие стеноза/тромбоза в стенте, чаще госпитализировались в связи с сердечно-сосудистыми причинами, преимущественно из-за ОДХСН, однако ОКС преобладал у пациентов с нарушением проходимости стента; на этом фоне летальность у этих пациентов была в два раза выше. Полиморфные варианты генов APOE Leu28Pro, ACE rs4646994 и NOS3 C786T выявляются чаще у пациентов с нарушенной проходимостью стента.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

ЛЮБСКАЯ Л.А., СИНЕВА А.С., СОКОЛОВА А.Р.  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Россия, г. Тверь, РФ

**Цель.** Изучить и сопоставить выраженность клинической картины у пациентов молодого и пожилого возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материал и методы.** Проанализированы амбулаторные карты 70 пациентов с установленным диагнозом ГЭРБ с наличием эрозивного рефлюкс-эзофагита, изучена ее клиническая картина (пищеводные и внепищеводные проявления). Основную группу составили 40 пациентов в возрасте до 60 лет (медиана возраста  $38,5 \pm 5,4$  года), группу сравнения – 30 пациентов старше 60 лет (медиана возраста  $72 \pm 6,4$  года).

**Результаты.** В основной группе изжогу отмечали 25 (62,5%) больных, из них у 5 (20%) пациентов возникала ежедневно, у 2 (8%) – 1-2 раза в неделю и 1 (4%) – 1-2 раза в месяц. В группе сравнения жалобы на изжогу предъявляли 16 (53,3%) больных, из них у 6 (37,5%) отмечалась ежедневно, у 8 (50%) 1-2 раза в неделю, и у 2 (6,26%,  $p_{\chi^2} \leq 0,05$ ) – 1 раз в 1-2 месяца. В основной группе 17 (42,5%) пациентов беспокоила отрыжка, сопровождающаяся, чаще кислым привкусом во рту у 9 (52,9%) больных или горьким у 6 (35,3%) соответственно, реже воздухом, у 2 (11,8%) человек. У больных в группе старше 60 лет – 14 (47%) человек отметили наличие неприятного привкуса во рту, из них у 5 (35,7%) - кислый, у 9 (64,3%) – горький ( $p \leq 0,05$ ), кроме того у 5 (16,7%) больных наблюдались некардиальные загрудинные боли. В группе лиц моложе 60 лет у 3 (7,5%) пациентов выявлено наличие дисфагии, в группе сравнения такой жалобы не отмечено. В основной группе 1 (2,5%) пациент указал на наличие приступов сухого кашля, в группе сравнения данный симптом наблюдался у 5 (16,7%,  $p_{\chi^2} \leq 0,05$ ) больных соответственно.

**Выводы.** Ведущей жалобой в обеих исследуемых группах была изжога. В возрастной группе до 60 лет более ярко отмечена отрыжка, тогда как после 60 лет – симптомы заболевания более смазаны, чаще ведущими симптомами является неприятный привкус во рту, наличие некардиальных загрудинных болей и сухой кашель.

## СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ И ЦЕННОСТНО ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

ЛЯМИНА Н.П., КАЛЕКАНОВА И.А., АЛЛАХВЕРДИЕВ Т.А.

ГАОУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ, г. Москва, РФ

ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Разработка гибридной модели реабилитационной помощи кардиологическим пациентам приоритетной группы на базе консультативно-диагностической поликлиники (КДП) с использованием мультидисциплинарного подхода и инновационных технологий.

**Материал и методы.** В проспективное исследование (продолжительностью 3 месяца) включено 24 кардиосоматических пациентов: средний возраст  $55,3 \pm 8,3$  лет; ФК NYHA  $2,04 \pm 0,25$ ; 75% перенесли ЧКВ в связи с острым ИМ; средний балл по шкале GRACE  $92 \pm 12$ . В соответствии с дизайном, «точкой ввода» в исследование являлась расширенная офисная консультация в КДП врача, имеющего навыки реабилитационного консультирования в контексте основных требований Российских клинических рекомендаций. Заключительным документом офисной консультации являлась генерация индивидуальных программ медицинской реабилитации с учетом клинического состояния и коморбидной патологии, включающая инструктаж и обучение пациента навыкам самоконтроля, предусмотренным дизайном исследования. Первые 2 недели пациент реабилитационную помощь получал в дневном стационаре КДП, потом переводился на домашний режим тренировок и занятий с дистанционным мониторингом (ДМ) жалоб, объема выполненных физических нагрузок (ФН), индивидуальной переносимости ФН по шкале Борга, АД, ЧСС, ЭКГ. ЭКГ-телеметрия проводилась индивидуальным регистратором ЭКГ (Регистрационное удостоверение по ТУ 26.60.12-002-64451065-2017 от 15.02.2019 г. № РЗН 2019/8124). Частота электронных отчетов пациента устанавливалась индивидуально.

**Результаты.** Реабилитационная характеристика пациентов в начале соответствовала критериям среднетяжелой группы. Исходно преобладали дезадаптивные поведенческие реакции (87%) при незначительной доле пациентов с отсутствием признаков личностной дезадаптации (12,5%). Через 3 месяца отмечалась динамика по дистанции ТШХ ( $443 \pm 32$  м против  $352 \pm 27$  м;  $p < 0,05$ ) и ФК ХСН (1,71 против 2,04;  $p < 0,05$ ) при продолжительности ходьбы  $37 \pm 5$  мин/день при среднем числе  $3223,6 \pm 27,7$  шагов/день и стабильной субъективной реакции (10-12 баллов по шкале Борга). При ЭКГ-телеметрии бессимптомные эпизоды ишемии миокарда не регистрировались; нарушения ритма регистрировались у 20,8%. Увеличилась доля пациентов с минимальными проявлениями социальной дезадаптации до 45,8% против исходных 12,5%;  $p < 0,001$ .

**Выводы.** Гибридная модель медицинской реабилитации целесообразна при амбулаторном ведении коморбидных кардиологических пациентов на 3 этапе кардиореабилитации. Важным фактором ее применения является повышение физической и социальной активности, мотивированности пациентов путем вовлечения их в процесс самопомощи и улучшения качества коммуникации «врач-пациент».

## **ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МОЛЕКУЛЯРНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА**

ЛЯМИНА С.В., МАЕВ И.В., ИЛЬИНА Е.Н., ГОВОРУН В.М., ЗАБОРОВСКИЙ А.В., КОЖЕВНИКОВА Е.О., КАЛИШ С.В., ИВАНОВА Т.И., АНДРЕЕВ Н.Г., АНДРЕЕВ Д.Н., ДЕВКОТА М.К.

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, РФ  
ФБУН НИИ СБМ Роспотребнадзора, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Достижения современной молекулярной медицины широко используются клиницистами для решения вопросов ранней и точной диагностики различных заболеваний. Молекулярный неинвазивный скрининг у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) позволяет получить различные данные о возможных специфических характеристиках форм ВЗК – болезни Крона (БК) и язвенном колите (ЯК), и может быть использован как источник дополнительных биомаркеров при проведении дифференциальной диагностики.

**Цель.** Поиск потенциальных молекулярных биомаркеров для дополнительной неинвазивной диагностики ВЗК на основании анализа цитокиновых сигнатур сыворотки, уровня сывороточного липополисахарид-связывающего белка (LBP) и рутинных диагностических неинвазивных маркеров ВЗК.

**Материал и методы.** В исследование были включены пациенты в возрасте 18-65 лет с ранее диагностированными БК (n=11) и ЯК (n=10). Основные лабораторные данные пациентов включали уровень С-реактивного белка (СРБ), фекальный кальпротектин, ANCA, ASCA, количество лейкоцитов (WBC). Всем пациентам ранее выполнено эндоскопическое исследование с гистологической оценкой биоптатов. Цитокиновые сигнатуры сыворотки крови, включавшие 27 параметров, оценивали по технологии Bio-plex (Pro-human cytokine 27-plex assay M500KCAF0Y). Уровень LBP измеряли методом ELISA (SEB406Hu, Cloude-Clone Corp.).

**Результаты.** Совокупный анализ полученных данных показал значительную изменчивость уровня цитокинов про- и противовоспалительного профилей, при этом подтверждено преобладание Th1/Th17 при БК в сравнении с ЯК. Наиболее значительные изменения показателей отмечены для IL-8, IL-17, IL-9, RANTES. Также отмечено изменение уровней воспалительного белка макрофагов (альфа и бета) и моноцитарного хемотаксического факторов, что было ассоциировано с активностью заболевания. Значения LBP положительно коррелировали с большинством сывороточных цитокинов Th1/Th17, но наиболее сильная положительная корреляция была обнаружена между LBP и уровнем СРБ как у пациентов с БК, так и ЯК, при этом значимых корреляционных связей между LBP и уровнем фекального кальпротектина в группе ЯК не выявлено. Кроме того, значения LBP не коррелировали с показателями ASCA, ANCA, WBC.

**Вывод.** Молекулярное профилирование сыворотки крови пациентов с ВЗК позволило выявить новые кандидатные биомаркеры болезни Крона и язвенного колита, что требует дополнительного изучения и может рассматриваться один из перспективных подходов прецизионной диагностики заболеваний кишечника.

**Финансирование.** Работа выполнена в рамках гранта ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

## ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

ЛЯМИНА Н.П., КАЛЕКАНОВА И.А., АЛЛАХВЕРДИЕВ Т.А.

ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ, г. Москва, РФ

ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Актуальность.** Телемедицинские технологии могут являться способом доставки реабилитационных программ кардиосоматическому пациенту и способом контроля их выполнения.

**Цель.** Оценка возможностей телемедицинских технологий в процессе дистанционного мониторинга (ДМ) домашних программ физической реабилитации (ФР) у пациентов, перенесших острых инфаркт миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Выполнено проспективное исследование с 32 пациентами, на  $31 \pm 8$  сутки ИМ, средний возраст  $54,3 \pm 8,4$  лет. В программу ФР были включены: ежедневная лечебная физкультура и дозированная ходьба по терренкурам 3-х типов: легкий (500 м), средний (1000 м), интенсивный (2000 м + 200 м с переменным подъемом до 18 градусов), не реже 5 раз/неделю. Наблюдение продолжалось 3 месяца и включало: ЭКГ-телеметрию, контроль физической активности (ФА), данных дневника пациента по самоконтролю (жалоб, ЧСС, АД). Телемониторинг ЭКГ выполнялся по принципу аутотрансляции с использованием мобильных регистраторов ЭКГ – ECG Dongle («Нордавинд-Дубна», Россия) и Кардиокресла со встроенным электрокардиографом (ООО «КардиоКВАРК»). Ежедневный объем ФА оценивался с помощью цифрового шагомера Beurer AS80 (GmbH, Германия). Переносимость ФА оценивалась в баллах по шкале Борга. Коррекция назначений осуществлялась в рамках офисного консультирования или дистанционно. Диагностики типа отношения к болезни и связанных с ним личностных отношений проводилась с использованием опросника ЛОБИ.

**Результаты.** Через 3 месяцев ФР увеличился уровень ежедневной ДА (на 32,6%,  $p < 0,001$ ), наблюдалась динамика ТШХ ( $543 \pm 45$  м против  $352 \pm 27$ ;  $p < 0,05$ ) при увеличении продолжительности ходьбы до  $53 \pm 9$  мин/день при среднем числе  $5703,6 \pm 81,7$  шагов/день, общем расстоянии  $26,9 \pm 4,7$  км/неделю и стабильной субъективной реакции на расширение двигательной активности (10-14 балла по шкале Борга). Уменьшились уровни систолического АД (на 7,2%,  $p < 0,001$ ) и диастолического АД (на 5,1%,  $p < 0,001$ ). При аутотрансляции ЭКГ бессимптомные эпизоды ишемии миокарда зарегистрированы у 2 пациентов (6,2%); нарушения ритма у 6 (18,8%). Доля пациентов с отсутствием/минимальными проявлениями дезадаптации возросла до 65,6% против исходных 12,5% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Возможности современных цифровых технологий позволяют вывести реабилитацию за пределы медицинского учреждения, приблизив ее к месту проживания пациента. Использование цифровых устройств самоконтроля позволяет иметь информацию для анализа безопасности и эффективности ФР.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТИОТРОПИЯ БРОМИД + ОЛОДАТЕРОЛ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

МАГОМЕДОВ А.З., КУДАЕВ М.Т., АТАЕВА З.Н., АХМЕДОВА Д.А, ГАДЖИЕВА Т.А., ГУСЕЙНОВА Р.К., ОСМАНОВА А.В., ЭЗИЛЯЕВА М.Р.

*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, РФ*

**Цель.** Оценить эффективность комбинированного препарата тиотропия бромид + олодатерол в достижении контроля бронхиальной астмы (БА) у взрослых больных, недостаточно хорошо контролируемой с помощью достаточных доз ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в сочетании с антилейкотриеновыми препаратами, метилксантинами в традиционной схеме.

**Материал и методы.** Изучали эффективность дополнительной терапии тиотропия бромидом + ДДБА (олодатерол) в дозе 5 мкг в сутки каждого препарата через ингаляционное устройство Респимат у взрослых больных БА уже получивших ИГКС с ДДБА, антилейкотриеновые препараты и метилксантины. При назначении тиотропия бромида + олодатерол больных, получающих фиксированные комбинации ИГКС и ДДБА, переводили на ИГКС без ДДБА. В качестве основных критериев были выбраны функциональные параметры легких и число обострений за предшествующий год. Исследование проводилось 12 недель, в котором участвовали 28 пациентов (мужчин – 16, женщин – 12), средний возраст 42 года, средний ОФВ1 – 66%. До включения в исследование у всех больных были отмечены выраженные симптомы заболевания, неконтролируемое течение болезни, число обострений за предшествующий год превышало 2.

**Результаты.** Включение препарата тиотропия бромид + олодатерол в комплекс базисной терапии больных БА, у которых сохранялся неконтролируемый характер течения болезни, привело к значительному уменьшению бронхиальной обструкции и повышению пиковой ОФВ1, по сравнению с исходными данными к концу 12-недельного наблюдения. Увеличилась пиковая скорость выдоха (ПСВ) более чем на 20% от начальных показателей. Больные отмечали снижение одышки, потребности в препаратах скорой помощи до уровня полного контроля БА, значительное улучшение самочувствия и стабилизацию показателей легочной функции.

**Вывод.** *Добавление комбинированного препарата тиотропия бромид + олодатерол к базисной терапии БА на 3-5 ступенях болезни позволяет улучшить течение заболевания, уменьшить риск обострений при отсутствии существенных побочных явлений и подтвержденной безопасности.*

## ПОДАГРА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

МАЙКО О.Ю.

*ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, РФ*

**Цель.** Оценить клинические показатели и параметры суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у больных подагрой и бессимптомной гиперурикемией (БГУ) на фоне артериальной гипертензии (АГ).

**Материал и методы.** В исследование включено 128 больных ( $n_1=52$ ,  $n_2=76$ ) с достоверным диагнозом подагры, находящихся в межприступном периоде (1 группа) и БГУ (2 группа) при наличии АГ 1-2 степени. СМАД проводили с помощью аппарата Schiller MT-300 (Германия).

**Результаты.** Среди больных подагрой преобладали мужчины - 71%, а при БГУ – женщины - 93%. Продолжительность АГ составила  $7,66\pm 3,48$  и  $10,13\pm 4,65$  лет, преобладала АГ 2 ст. - 58% и 63%. Показатели липидного профиля носили атерогенный характер. Так, повышение уровня общего холестерина выявлено у 88,5% и 80%, ЛПНП - 85% и 73%, ТГ - 65% и 40%, ИА - 92% и 87% соответственно в 1 и 2 группах. Только у 11,5% и 20% показатели липидного обмена были в пределах нормы. У больных подагрой отмечалось повышение уровня сред. днСАД в 73%, сред. нСАД в 81%, ИВ САД в 86,5%, ИВ ДАД в 96%, ВУП САД в 33%, ВУП ДАД в 57%. В группе БГУ - повышение сред. днСАД было у 60%, сред. нСАД у 73%, сред. нДАД у 73%, ИВ САД и ИВ ДАД у 90% и 93,3%. Инверсия суточного ритма САД и ДАД по типу ночной гипертензии (найт-пикер) чаще выявлялось у больных подагрой (35% и 33%), по сравнению с БГУ (13% и 20% соответственно ( $p=0,0001$ )). По типу нон-дипер у 40% и 31% против 67% и 27%, соответственно в 1 и 2 группах ( $p=0,005$ ). Количество диперов по САД было сопоставимо (25% и 20%), по ДАД, преобладали во 2 группе 25% и 47% ( $p=0,0043$ ).

**Вывод.** Пациенты с подагрой имели более выраженные нарушения липидного профиля в сочетании с прогностически неблагоприятными изменениями профиля СМАД по типу найт-пикер и нон-дипер, что свидетельствует о высоком кардиоваскулярном риске.

## **СРАВНЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, УМЕРШИХ В ДОКОВИДНЫЙ И ПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОДЫ**

МАЛЫХИН Ф.Т.

*ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, РФ*

**Цель.** Сравнить возраст умерших пациентов с ХОБЛ (СВ) по данным патологоанатомических вскрытий в больнице скорой медицинской помощи за доковидный (2017-2019 гг., ДП) и пандемийный (2020-2022 гг., ПП) периоды.

**Материал и методы.** Статистический анализ данных журналов патологоанатомических вскрытий за 2017-2022 гг.

**Результаты.** Проанализированы данные 2912 патологоанатомических вскрытий в ГКБ СМП в 2017-2019 гг. (1830) и в 2020-2022 гг. (1082,  $p < 0,05$ ). Наблюдается резкое увеличение СВ в 2018 г. ( $74,2 \pm 3,8$  г.), после чего прослеживается тенденция к его снижению до 2021 г. включительно ( $65,1 \pm 4,1$  г.), при сравнении крайних точек ( $p < 0,05$ ), с новым увеличением в 2022 г. ( $71,6 \pm 5,6$  г.). СВ в ДП составил  $69,0 \pm 4,6$  г., у мужчин –  $63,3 \pm 5,1$  г., женщин –  $77,3 \pm 2,6$  ( $p < 0,05$ ), по возрастным группам: во второй группе (60–74 года включительно) –  $68,1 \pm 2,6$  г.; в третьей группе (75 лет и старше) –  $82,3 \pm 2,2$  г. СВ в ПП составил  $68,7 \pm 3,7$  г., у мужчин –  $66,0 \pm 3,4$  г., женщин –  $76,3 \pm 4,8$  г. ( $p < 0,05$ ), по возрастным группам: во второй группе –  $61,2 \pm 2,1$  г.; в третьей группе –  $81,9 \pm 3,4$  г. В ДП имелась тенденция к снижению СВ среди пациентов–мужчин с  $71,1 \pm 6,2$  г. до  $65,6 \pm 8,2$  г. ( $p < 0,05$ ). За ПП наблюдалось повышение СВ среди пациентов–мужчин с  $63,6 \pm 9,1$  г. до  $67,5 \pm 11,2$  г. ( $p < 0,05$ ). Прослеживается тенденция к снижению СВ среди пациентов–женщин с  $78,5 \pm 7,9$  г. в ДП до  $75,6 \pm 6,7$  года в период пандемии ( $p < 0,05$ ). СВ в ДП среди пациентов–мужчин (варьировал от  $63,6 \pm 2,7$  года до  $65,6 \pm 1,6$  г.) достоверно меньше СВ пациентов–женщин (варьировал от  $77,3 \pm 8,3$  г. до  $78,5 \pm 2,9$  г.), в ПП – СВ у мужчин варьировал от  $63,6 \pm 10,4$  г. до  $67,5 \pm 9,7$  г., у женщин варьировал от  $75,6 \pm 6,8$  г. до  $77,5 \pm 6,1$  г. ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** *В пандемийном периоде отмечено снижение СВ в нековидном стационаре по сравнению с доковидным периодом. СВ пациентов–мужчин в пандемийном периоде достоверно увеличился, а женщин – достоверно уменьшился. Возможна взаимосвязь изменения возрастных показателей с существенным уменьшением количества пациентов в пандемийном периоде и изменением структуры патологии.*

## РОЛЬ ТРОЙНОГО ИНГИБИРОВАНИЯ В КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

МАЛЬ Г.С.

*ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, РФ*

**Цель.** Оценить возможности достижения целевых значений атерогенных липопротеинов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с почечной дисфункцией в процессе лекарственной коррекции ингибиторами пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9).

**Материал и методы.** В исследование включены 76 мужчин (средний возраст 59,6±5,9 лет), страдающих ИБС с наличием первичной дислипидемии. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа с ИБС и сохраненной функцией почек (n=39); 2-я группа – ИБС в сочетании с ХБП IIIA–IIIB стадии (n=37). Исследование включало: скрининг пациентов и назначение максимально переносимой дозы аторвастатина. Во время 2-го посещения спустя 4 недели определяли достижение целевых значений холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) менее 1,4 ммоль/л. При недостижении целевых показателей добавляли эзетимиб 10 мг 1 раз в сутки продолжительностью 4 недели. При 3-м визите оценивали достижение целевых концентраций ХС ЛПНП. При недостижении значений ХС ЛПНП <1,4 ммоль/л добавляли ингибитор PCSK9 алирокумаб 150 мг, подкожно 1 инъекцию на 14 суток с контролем лабораторных показателей через 1, 3, и 6 месяцев. Полученные результаты обработаны с применением математической статистики.

**Результаты.** Ко 2-му визиту в группе ИБС уровень ХС ЛПНП снизился на 40,4% - 2,63±0,15 ммоль (p <0,001), в группе ИБС + ХБП уровень ХС ЛПНП снизился на 41,5% - 2,69±0,08 ммоль (p <0,001), целевые значения достигнуты не были. После добавления через 4 недели в лечение эзетимиба в 1-й группе уровень ХС ЛПНП дополнительно снизился на 13,3% - 2,28±0,08 ммоль (p <0,001), во 2-й группе на 13,4% и - 2,33±0,07 ммоль (p <0,001). Добавление в лечение алирокумаба на 6 месяц. После окончания исследования в группе больных ИБС целевых концентраций ХС ЛПНП достигли 87,1% пациентов (n=34), в группе ИБС + ХБП – 56,7% (n=21). Уровень ХС ЛПНП за весь период проведения исследования в 1-й группе снизился на 70,9% с 4,41±0,19 до 1,28±0,14 ммоль (p <0,001), во 2-й группе на 70,2% – с 4,6±0,2 до 1,37±0,09 ммоль (p <0,001).

**Выводы.** *Результаты демонстрируют снижение уровня ХС ЛПНП на 70,9% в группе больных ИБС и на 70,2% в группе больных ИБС в сочетании с ХБП IIIA-IIIB стадии. Добавление в лечение алирокумаба позволило достичь целевых значений ХС ЛПНП у 87,1% пациентов в 1-й группе и у 56,7% во 2-й группе.*

## ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПАРАДИГМЕ КОНТРОЛЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

МАЛЬ Г.С., ОБЪЕДКОВА Н.Ю.

*ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, РФ*

**Цель.** Оценить эффективность обучения пациентов комплексным мероприятиям по контролю резидуального риска (РР).

**Материал и методы.** 60 мужчин 55–74 лет с ишемической болезнью сердца (ИБС) и полиморбидностью, находящихся на комбинированной гиполипидемической терапии (розувастатин и эзетимиб, а также ингибитор PCSK9 – алирокумаб), включены в исследование и разделены на когорты. Основная группа (n=30) была обучена в школе для пациентов с ИБС в амбулаторных условиях в течение 1 месяца с акцентом на модерацию РР: объяснена важность неуклонного следования назначениям врача и приема терапии, контроля и удержания целевого уровня артериального давления, глюкозы, соблюдения диеты. С пациентами группы сравнения (n=30) занятия не проводились. Всем пациентам проведены лабораторные и инструментальные исследования на выявление признаков дислипидемии, метаболического синдрома, сахарного диабета. Приверженность к лечению оценивали с помощью шкалы Мориски-Грина, качество жизни больных – с помощью опросника SF-36 на старте и в финале исследования, корреляцию аддитивных факторов РР – по критерию  $\chi^2$ .

**Результаты.** На фоне адекватной гиполипидемической терапии достижение целевых параметров липопротеинов низкой плотности ( $<1,4$  ммоль/л) зафиксировано у пациентов к 3-му месяцу исследования, преимущественно на комбинированной терапии; значение липопротеина (а) более 0,5 г/л определено у 63% пациентов. Неконтролируемая артериальная гипертензия диагностирована у 47% больных главным образом из группы сравнения. Сахарный диабет и метаболический синдром в совокупности обусловили гипергликемию у 45% участников исследования. Признаки нестенозирующего атеросклероза отмечены в ходе ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий у 38% больных, стенозирующего – у 3%. Доля приверженных к лечению пациентов через 3 месяца: в основной группе 77%, в группе сравнения – 63%. Качество жизни достоверно было выше у пациентов, прошедших обучение, по параметрам физическое и ролевое эмоциональное функционирование ( $p < 0,05$ ). Из аддитивных факторов, влияющих на РР, достоверная взаимосвязь выявлена для достижения и удержания целевых уровней липидов, артериального давления, глюкозы, а также обучения пациентов ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** *Обучающие программы достоверно улучшают качество жизни и приверженность к лечению пациентов с ИБС, что в составе комплексных мероприятий достоверно снижает РР.*

## **АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ И РОЛЬ P-СЕЛЕКТИНА В РАЗВИТИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

МАЛЬЦЕВА А.Н., КОСИНОВА А.А., ГРИНШТЕЙН Ю.И.

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,  
г. Красноярск, РФ*

**Цель.** Определить ассоциацию между уровнем агрегатов тромбоцитов с лейкоцитами, уровнем P-селектина и развитием резистентности к ацетилсалициловой кислоте (АСК) у пациентов после коронарного шунтирования (КШ).

**Материал и методы.** Определено относительное содержание тромбоцит-лейкоцитарных агрегатов, а также уровень экспрессии P-селектина (CD62P+) на данных агрегатах у 100 пациентов с помощью метода проточной цитометрии до и после КШ. Резистентность к АСК подтверждалась при уровне агрегации тромбоцитов с арахидоновой кислотой  $\geq 20\%$  хотя бы в одном измерении.

**Результаты.** Перед оперативным вмешательством число резистентных к АСК (pАСК) составило 19,6%, а 8% пациентов стали резистентными на 8-10-е сутки после КШ. До КШ в группе pАСК пациентов статистически значимо выше было относительное содержание агрегатов моноцит + тромбоцит (20,80 [13,60-36,03] против 12,85 [5,73-30,93],  $p=0,043$ ). На 8-10-е сутки после КШ в сравнении с показателями до оперативного вмешательства среди всех пациентов отмечалось повышение относительного содержания агрегатов нейтрофил + тромбоцит (24,49 [12,72-47,97] против 19,06 [11,56-27,47],  $p=0,000$ ), нейтрофил + тромбоцит CD62P+ (79,33 [66,02-95,80] против 71,42 [46,22-88,16],  $p=0,019$ ), тромбоцит + тромбоцит CD62P+ (11,23 [1,71-34,75] против 7,47 [1,73-18,10],  $p=0,003$ ). При сравнении данных pАСК пациентов до КШ и на 8-10-е сутки после КШ статистически значимые различия были получены в относительном содержании агрегатов нейтрофил + тромбоцит (14,89 [8,74-21,05] против 29,03 [16,31-54,63],  $p=0,023$ ). С учётом многофакторности феномена резистентности, был проведён логистический регрессионный анализ. В модель были включены тромбоцит-лейкоцитарные агрегаты до КШ, в том числе с экспрессией P-селектина, клинические данные: сахарный диабет, ожирение, табакокурение и проведение КШ с использованием искусственного кровообращения. В результате уровень агрегатов тромбоцит + тромбоцит CD62P+ оказался наиболее статистически значимым фактором в прогнозировании резистентности к АСК (ОШ 1,171; 95% ДИ 1,05-1,30).

**Вывод.** *Уровень экспрессии P-селектина на тромбоцит-лейкоцитарных агрегатах, а также их относительное содержание могут быть предикторами развития резистентности к АСК у пациентов после КШ.*

## РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КОННЕКТОМЕ

МАЛЬЦЕВА И. В., КОТОВЩИКОВА Е.Ф.

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, РФ*

**Актуальность.** Коннектом – это полная карта анатомических и функциональных нейронных связей в мозге, которые имеют несколько взаимодействующих уровней, обеспечивающих состояние, функционирование и динамические изменения коннектома. На субклеточном уровне наиболее значимыми являются медиаторные молекулярные системы (провоспалительные и противовоспалительные медиаторы, нейротрофические факторы); на клеточном – нейроны, глия, сосудистый компонент (эндотелиоциты, перициты, базальная мембрана); на сетевом - нейронные сети между ретикулярной формацией, гиппокампом, таламусом и корой. Теория коннектома объясняет влияние нарушений в одном участке мозга на изменения в других областях, общие механизмы патогенеза и коморбидности неврологических и психических заболеваний (коннектопатий). Полноценная работа нервной ткани во многом зависит от состояния окружающей соединительной ткани: сосудов, обеспечивающих приток/отток крови по магистральным сосудам, распределение крови внутри ЦНС, эндотелиоцитов и перицитов, участвующих в образовании гематоэнцефалического барьера, клеток микроглии, выполняющих санационную функцию, мозговых оболочек, соединительнотканых оболочек периферических нервов. Можно предполагать участие недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в развитии коннектопатий.

**Цель.** Изучить влияние НДСТ на состояние коннектома и развитие коннектопатий.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 175 студентов 18–21 года.

Проводились нейропсихологическое, общеклиническое обследование, изучались маркеры воспаления (интерлейкины-1, 6, фактор некроза опухоли- $\alpha$ ), нейротрофики (BDNF), церебральной ишемии (антитела к NR2), выполнена электроэнцефалограмма.

**Результаты.** Число баллов синдрома вегетативной дисфункции, астении, ситуативной тревожности, депрессии, индекса влияния головной боли на повседневную активность при НДСТ оказалось выше. Выраженная НДСТ сопровождается снижением абсолютного и относительного числа моноцитов и повышением провоспалительных цитокинов, свидетельствующее о преобладании провоспалительной субпопуляции моноцитов.

Степень выраженности НДСТ является предиктором, увеличивающим шансы снижения BDNF (ОШ=2,63;  $p=0,035$ ). Повышение маркера церебральной ишемии выявлено у 71% студентов. При выраженной НДСТ содержание антител в 1,7 раз больше, чем у лиц без дисплазии. При НДСТ на энцефалограмме значимо чаще диагностируется усиление синхронизирующих влияний таламуса.

**Вывод.** НДСТ оказывает влияние на состояние коннектома на субклеточном и сетевом уровнях, способствует развитию коннектопатий.

## ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ВЛИЯНИИ ПРИВЫЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

МАНТО В.С.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, РФ*

**Цель.** Выявить изменения вариабельности ритма сердца (ВРС) у лиц с артериальной гипертонией (АГ), ассоциированные с уровнем физической активности (ФА) для определения мишеней профилактической терапии.

**Материал и методы.** Исследование двух групп, состоящих из 38 лиц молодого возраста (25 юношей и 13 девушек со средним возрастом 22,2 года), первая группа, и 95 лиц среднего возраста (34 мужчин и 61 женщин со средним возрастом 56,0 лет) – вторая группа, соответственно, а также группы контроля. Проводились анкетирование, антропометрия, клинико-инструментальные обследования, электрокардиография, мониторинг ВРС. По результатам анкетирования выделяли градации привычных уровней ФА: низкий уровень (ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день), средний уровень (быстрая ходьба, плавание, езда на велосипеде по ровной поверхности, танцы более 30 минут в день) и высокий уровень (бег, занятия аэробикой, плавание на дистанцию, езда на велосипеде в гору).

**Результаты.** Частота избыточной массы тела и ожирения, а также низкой ФА у молодых людей с АГ составила 51,3% и 64,2%, а у лиц среднего возраста с АГ – 87,1% и 55,5%. Наличие АГ у пациентов среднего возраста в отличие от молодых людей и при низком уровне, и при умеренном и высоком уровнях ФА сопровождалось снижением значений SDNN, RMSSD, рNN(50), вегетативного показателя (ВП), что свидетельствовало о меньшей общей ВРС, низкой парасимпатической активности вегетативной нервной системы (ВНС). Кроме этого, у пациентов среднего возраста по сравнению с молодыми людьми при умеренном и высоком уровне ФА сниженный параметр SDANN отражал уменьшение симпатической активности ВНС.

**Выводы.** *Определение факторов риска развития АГ, отражающих общую ВРС, симпто-вагальный баланс, ассоциированных с уровнями физической активности, может быть использовано в амбулаторной практике для реализации профилактических и реабилитационных мероприятий. Дополнительные исследования необходимы для определения параметров ВРС в качестве ранних маркеров риска развития АГ и демонстрации влияния ФА на ВНС – индикатор не только психологического, но и физического благополучия.*

## ОПЫТ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ДЕРКУМА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ

МАРШАЛА С.Н., ЯРОВОЙ М.Д., РЕЗНИК Е.В.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

*АО «Группа Компаний МЕДСИ», г. Москва, РФ*

*ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ», г. Москва, РФ*

**Введение.** Болезнь Деркума — редкое заболевание неизвестной этиологии, главной чертой которого является наличие болезненных образований подкожной клетчатки разной локализации без специфических морфологических признаков.

**Описание случая.** Пациентка 42 лет обратилась с жалобами на наличие болезненных подкожных образований в проекции правого коленного сустава и проксимальных фаланг пальцев кисти, длительный субфебрилитет, эпизоды слабости, болевые ощущения в области обеих стоп. При осмотре состояние удовлетворительное. Отеки обеих голени. Болезненные подкожные образования (синдром панникулита). Артериальное давление 132/65 мм рт.ст., пульс 78 ударов в минуту. Патологии дыхательной, пищеварительной систем не выявлено.

В биохимическом анализе крови С-реактивный белок 16,4 (0-5) мг/л, фактор некроза опухоли-альфа 12 (0-6) пг/мл. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) мягких тканей коленного сустава выявлены участки сниженной эхогенности неправильной формы (30,0 x 9,0 x 36,0 мм) без усиления васкуляризации, УЗИ проксимальных фаланг кисти – схожие изменения (5,0 x 4,0 x 3,0 мм). Саркоидоз, туберкулез, онкологическая (инструментальные исследования на опухолевые заболевания), ревматическая патологии исключены.

На основании анамнеза, клинической картины, лабораторной, инструментальной диагностики поставлен диагноз: Болезнь Деркума с локализацией на верхних и нижних конечностях, околосуставная форма, с поражением нервной системы (гипералгезия), нейропатический болевой синдром, умеренная воспалительная активность. Иницирована терапия метотрексатом 15 мг подкожно 1 раз в неделю с повышением дозировки на 5 мг каждые 3 недели до 25 мг. Через 3 месяца получен положительный эффект в виде регресса клинических проявлений и нормализации уровня СРБ.

**Заключение.** *Болезнь Деркума во многом является диагнозом исключения, однако существуют критерии постановки данного диагноза. Информированность практикующих врачей о данной нозологии послужит триггером к ее дальнейшему изучению и ранней диагностики у пациентов.*

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

МАХКАМОВА М.М.

*Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель.** Определить частоту стеатотическая болезнь печени, ассоциированная с метаболической дисфункцией (MASLD), у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** В исследование включены 104 пациента, госпитализированные в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС. Статистический анализ проводился с использованием Microsoft Office Excel 2010 и Statistica 10.0. Были проанализированы параметры, такие как индекс массы тела (ИМТ), уровень глюкозы в крови и липидный профиль для оценки распространенности MASLD.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $53,3 \pm 6,7$  года, что значительно моложе по сравнению с большинством аналогичных исследований, проведенных в развитых странах Европы и Азии. Частота MASLD среди пациентов с ИБС составила 62,7%. Исследование показало, что MASLD является распространенным состоянием среди пациентов с ИБС, при этом ожирение и дислипидемия являются наиболее частыми способствующими факторами. У 41% пациентов наблюдались признаки нарушения углеводного обмена или диабета. Более половины пациентов с ИБС имели повышенный уровень триглицеридов, что свидетельствует о нарушении липидного обмена и увеличении риска MASLD. Примерно треть пациентов с ИБС имели повышенное артериальное давление или получали антигипертензивную терапию, что подчеркивает важность контроля артериального давления у этой группы больных. Эти данные подчеркивают высокую распространенность метаболических нарушений у пациентов с ИБС, которые являются важными критериями для диагностики MASLD.

**Выводы.** *Результаты свидетельствуют о том, что комплексный подход к лечению пациентов с ИБС, включая коррекцию метаболических нарушений, может улучшить общее состояние здоровья и снизить риск осложнений. Рекомендуется проведение дальнейших исследований для изучения патофизиологических механизмов связи MASLD и ИБС, а также для разработки оптимальных стратегий лечения и профилактики.*

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

МАЦКЕВИЧ С.А., КОЖАНОВА И.Н., РОМАНОВА И.С., ЧАК Т.А.  
ГУО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

**Цель.** Оценить приверженность к фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на фоне патологии мочевого выделительной системы.

**Материал и методы.** Обследовано 320 пациентов пожилого и старческого возраста с патологией мочевыводящей системы, проходивших стационарное лечение в урологическом отделении и имеющих сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, средний возраст  $73,1 \pm 6,5$  года. Давность заболеваний сердечно-сосудистой системы составила в среднем  $21,1 \pm 6,5$  года.

**Результаты.** Патология сердечно-сосудистой системы представлена следующей нозологией: инфаркт миокарда в анамнезе у 11,5% пациентов, стабильная стенокардия напряжения выявлена у 8,4% пациентов, нарушения сердечного ритма определялись в 58,3% случаев, операции на сердце в анамнезе у 10,3% пациентов, ОНМК в анамнезе у 10,6% пациентов. В 47,5% случаев имелся сопутствующий сахарный диабет. Наиболее часто встречалась артериальная гипертензия II–III ст. – в 93,1% случаев, признаки ХСН II–III функционального класса (ФК по NYHA) выявлены в 90,4% случаев. Проводимая фармакотерапия по поводу патологии сердечно-сосудистой системы представлена следующими группами препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина были назначены в 46% и 28,7% случаев соответственно, блокаторы кальциевых каналов получали 29,9% пациентов, бета-адреноблокаторы назначены 61,7% пациентов, дезагреганты принимали 45,6% больных, статины и диуретики получали соответственно: 30,6% и 29,1% пациентов. Реже были назначены антикоагулянты – 19,5% пациентов, антиаритмические препараты – 11,1% пациентов, нитраты и нитратоподобные препараты – 3,6% пациентов. Выявлено также, что 10,3% пациентов вообще не принимали назначенные ранее лекарственные препараты по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы в течение нескольких лет, 9,4% пациентов длительное время принимали только один из нескольких назначенных лекарственных препаратов. И только 20,7% пациентов принимали все назначенные кардиологом лекарственные препараты, имели высокую приверженность к лечению.

**Выводы.** Пациенты пожилого и старческого возраста с заболеваниями мочевыводящей системы имеют сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, в подавляющем большинстве случаев это артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность. Фармакотерапия патологии сердечно-сосудистой системы представлена широким спектром лекарственных препаратов, но только каждый пятый пациент имеет высокую приверженность к фармакотерапии, что, очевидно недостаточно для предотвращения прогрессирования заболевания сердечно-сосудистой системы.

## **ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СТОЙКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

МЕДВЕДЕВА К.А., АНТРОПОВА О.Н., СИЛКИНА С.Б.  
*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, РФ*

**Цель.** Оценить среднесрочный (24–36 месяцев) прогноз развития артериальной гипертензии (АГ) у пациентов молодого возраста с исходным высоким нормальным давлением (ВНАД).

**Материал и методы.** В проспективное исследование включено 59 человек с ВНАД, из них 66,1% мужчин и 33,9% женщин в возрасте 18–45 лет, средний возраст составил  $33,1 \pm 7,5$  лет. Общеклинические методы: сбор жалоб, анамнеза, офисная оценка артериального давления (АД). Критериями ВНАД было офисное АД 130–139/85–89 мм рт.ст. и отсутствие повышения АД по данным суточного мониторинга. В исследование не включались пациенты с наличием ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета.

**Результаты.** Через 24–36 месяцев у 37,3% лиц с ВНАД был подтвержден диагноз АГ, они составили 1 группу. Остальные пациенты, сохранившие прежний гемодинамический профиль ВНАД составили 2 группу. При сравнении групп выявлены тенденции к повышению частоты ряда факторов риска у пациентов 1 группы: избыточная масса тела и ожирение (81,8% и 32,4%), избыточное употребление соли (63,7% и 2,7%), избыточное употребление жирной пищи и углеводов (63,7% и 21,6%), ранний семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (50% и 10,8%), психоэмоциональный стресс (63,7% и 40,5% соответственно у пациентов 1 и 2 групп). При оценке исходных гемодинамических показателей оказалось, что пациенты 1 и 2 групп имели сопоставимое значение систолического и диастолического АД при суточном мониторинге, но большее офисное САД на 8,7% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У 37% молодых пациентов с ВНАД через 24–36 месяцев формируется АГ. При оценке риска развития АГ, по-видимому, роль играет уровень исходного систолического АД и наличие кардиоваскулярных факторов риска. Проведенное исследование показывает дальнейшие перспективы для решения вопроса о прогнозе и тактике ведения лиц с ВНАД.

## **АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ БЕСШОВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЬГОТНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

МЕЛЬНИЧЕНКО О.В., МУРАДОВА Ф.Н., ВАЛИКУЛОВА Ф.Ю., РУИНА О.В., ХАНЬКЕВИЧ И.Д., GERMAN В.В.

*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, РФ*

**Цель.** Изучить отдаленные результаты лечения пациентов, перенёсших острый коронарный синдром (ОКС), в постгоспитальном периоде по данным 25-месячного наблюдения с учетом бесшовного метода лекарственного обеспечения (ЛО).

**Материал и методы.** Проанализированы стационарные и амбулаторные карты 321 пациента, перенесших ОКС. Ретроспективно оценены клинико-демографические показатели и течение ОКС на стационарном этапе. Конечные точки через 25 месяцев наблюдения - смертность от всех причин, сердечно-сосудистая смертность (ССС), повторные госпитализации, в том числе по поводу ОКС. Применен программный пакет Statistica.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $64,1 \pm 10,6$  год, 64% составили мужчины, 36% - женщины, ИМТ  $29,7 \pm 5,7$  кг/м<sup>2</sup>. ОКСбпСТ выявлен у 44%, АГ у 97%, СД тип 2 у 21,5% больных, ИМ в анамнезе – у 28,3%. СКГ проведена в 95,2% случаев: в 77,7% поражено 2 и более сосудов. Протестировано 60,7% пациентов. За 25-месячный период наблюдения в обеих группах доли умерших от всех причин при бесшовном и стандартном ЛО составили 5,9% и 12,6% соответственно ( $p=0,078$ ), СССР при бесшовном и стандартном ЛО составила 5,9% и 10,2% ( $p=0,11$ ), повторные госпитализации были у больных в 39,2% и 40,8% соответственно ( $p=0,078$ ), повторные госпитализации больных по причине ОКС составили 12,1% и 20,5% соответственно ( $p=0,046$ ). Повторные экстренные госпитализации больных от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составили в группе бесшовного ЛО – 5,9% и стандартной терапии – 34,6% ( $p=0,006$ ).

**Выводы.** При бесшовном ЛО доля пациентов, перенесших экстренную повторную госпитализацию в связи с ССЗ, уменьшилась в 6 раз ( $p=0,006$ ), в том числе с ОКС - в 1,7 раза ( $p=0,046$ ). Смертность пациентов от всех причин при бесшовном ЛО уменьшилась в 2,1 раз ( $p=0,078$ ). Имеется достоверное расхождение кривых выживаемости больных в пользу бесшовного ЛО за период 25-месячного наблюдения ( $p=0,011$ ).

## **ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И РОЛЬ СУБСТАНЦИИ P ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ**

МИЛАШЕНКО Н.Ю., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ЧЕРЕПАНЦЕВ Г.Р., БУБМАН Л.И.,  
ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ГОЛИМБЕКОВА М.В., ГОРДЕЕВА О.В., ЗВЯГИНА И.Н.,  
БОНДАРЕВА М.С., КАДЖИНОВА Н.М., МУХИНА Т.М., ЛЫТКИНА К.А.,  
МЕЛКОНЯН Г.Г.

*ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», г. Москва, РФ*

**Цель.** Изучить хронические болевые синдромы в старческом возрасте и оценить клиническое значение субстанции P при данной патологии.

**Материал и методы.** В исследование включено 68 больных в возрасте старше 75 лет с наличием скелетно-мышечной боли любого генеза на протяжении минимум 3 месяцев. Средний возраст пациентов достигал  $81,9 \pm 5,8$  года (от 75 до 100 лет), большинство из них составили женщины (85,3%). Оценивали выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), анализировали вид болевого синдрома с помощью опросников и шкал: DN4, PainDetect, опросник для выявления фибромиалгии (FIRST), опросник для оценки центральной сенситизации, болевой опросник Мак-Гилла. Концентрацию субстанции P в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ составляла в среднем  $6,3 \pm 2,2$  балла. Средние показатели DN4 достигали  $3,9 \pm 2,1$  балла, PainDetect –  $14,7 \pm 9,4$  баллов. Среднее значение опросника FIRST для диагностики фибромиалгии составило  $3,5 \pm 1,6$  баллов, опросника Мак-Гилл –  $69,8 \pm 43,7$  баллов. Показатели шкалы центральной сенситизации достигали в среднем  $44,3 \pm 16,7$  баллов. Среднее значение ВАШ у женщин составляло  $6,4 \pm 2,3$ , у мужчин –  $5,1 \pm 1,2$  баллов ( $p=0,02$ ), DN4 –  $4,0 \pm 2,1$  и  $2,9 \pm 1,7$  баллов ( $p=0,08$ ), PainDetect –  $15,7 \pm 9,4$  и  $8,6 \pm 6,4$  баллов ( $p=0,02$ ), соответственно. Средние показатели FIRST у женщин достигали  $3,7 \pm 1,5$ , у мужчин –  $2,7 \pm 1,5$  баллов ( $p=0,07$ ). У женщин средние значения опросника Мак-Гилл составляли  $74,2 \pm 45,2$ , у мужчин –  $45,3 \pm 23,6$  баллов ( $p=0,006$ ). По опроснику центральной сенситизации показатели женщин составляли  $46,1 \pm 16,3$ , мужчин –  $34,2 \pm 15,5$  баллов ( $p=0,03$ ). Концентрация субстанции P в среднем составила  $222,6 \pm 92,9$  (74-529) пг/мл. У мужчин среднее содержание субстанции P достигало  $267,1 \pm 85,2$ , у женщин –  $214,2 \pm 92,7$  пг/мл ( $p=0,02$ ). Зарегистрирована обратная корреляция между концентрацией субстанции P и возрастом больных ( $r=-0,31$ ;  $p=0,02$ ). Достоверных взаимосвязей между концентрацией субстанции P в крови и значениями всех опросников боли не обнаружено.

**Выводы.** *Результаты исследования позволяют говорить о наличии выраженного хронического болевого синдрома разных типов у пациентов старческого возраста. Обнаружены достоверные взаимосвязи между показателями болевого синдрома, оцененными с помощью разных шкал и опросников. Не установлено значимых корреляций между концентрацией субстанции P в крови и параметрами болевого синдрома.*

## ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

МИХАЙЛОВ Р.Р., ЛЕОНОВА И.А., БОЛДУЕВА С.А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

**Цель.** Проанализировать особенности качества жизни, коморбидности и эндотелиальной функции у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ).

**Материал и методы.** Обследован 31 пациент с ХСНсФВ, которым была исключена органическая патология сердца (ишемическая болезнь сердца, гипертрофическая кардиомиопатия, умеренные и тяжелые пороки сердца, болезни накопления). Всем пациентам выполнялись сбор жлоб и анамнеза, физикальный осмотр, оценка качества жизни по опросникам MLHFQ и KCCQ, определение уровня NT-proBNP, ЭхоКГ с оценкой диастолической функции ЛЖ, а также определение эндотелиальной функции методом реактивной гиперемии с расчетом индекса реактивной гиперемии (RHI) с использованием аппарата EndoPAT-2000.

**Результаты.** Женщины составили 74,2%, мужчины – 25,8%. Средний возраст – 63,9±8,8 лет. Среди сопутствующей патологии преобладали гипертоническая болезнь (93,5%), ожирение (54,8%), фибрилляция предсердий (48,4%) и сахарный диабет (СД) 2 типа (41,9%). Сочетание 2 сопутствующих заболеваний встречалось в 45,2% случаев, а 3 заболеваний – 29%, 4 и более – 12,9%. По данным лабораторных исследований средний уровень NT-proBNP равнялся 397,4±141,2 пг/мл. В ходе оценки функции эндотелия у 90,3% пациентов выявлена эндотелиальная дисфункция (ЭД) по типу эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД). Средний уровень RHI = 1,48±0,15. Методом расчета точного критерия Фишера найдена статистически значимая связь между ЭД и СД 2 типа (F=0,016; p <0,05; φ=0,327), также между ЭД и ожирением (F=0,032; p <0,05; φ=0,424). Среднее значение суммы баллов по опроснику MLHFQ у пациентов с ЭД – 45,9, у пациентов без ЭД – 23,5 (p=0,008). Среднее значение суммы баллов по опроснику KCCQ у пациентов с ЭД – 71,5, у пациентов без ЭД – 93,5 (p=0,04).

**Выводы.** В когорте обследуемых с ХСНсФВ распространена коморбидность, а также отмечается высокая частота ЭД по типу ЭЗВД. Выявлена значимая связь между ЭД и наличием СД 2 типа или ожирения. Пациенты с ХСНсФВ и ЭД имеют более низкие показатели качества жизни, чем пациенты без ЭД.

## ИЗУЧЕНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ-ТЕРАПЕВТАМИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

МИХАЙЛОВА О.Д., ГАЛИЦЫН Р.А.

*ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, РФ*

**Цель.** Изучить динамику обеспеченности врачами-терапевтами и смертности населения в Удмуртской республике (УР).

**Материал и методы.** Проанализированы данные из информационно-аналитических сборников «Основные показатели здоровья населения Удмуртской республики» и «Медико-демографические показатели и углубленный анализ состояния здоровья населения», подготовленных БУЗ УР «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения УР». Обеспеченность населения врачами рассчитывали по формуле:  $O = (F)/N * 10\ 000$ , где  $O$  – обеспеченность населения врачами,  $F$  – число физических лиц врачей - основных работников на занятых должностях в государственных и муниципальных медицинских организациях УР;  $N$  - численность постоянного населения УР. Показатель общей смертности рассчитывали по формуле:  $Co = (Q)/N * 100\ 000$ , где  $Co$  – общая смертность,  $Q$  – общее число умерших за год в УР;  $N$  - численность постоянного населения УР.

**Результаты.** Выявлено, что с 2013 г. по 2023 г. количество врачей-терапевтов в УР снизилось с 836 до 783 человек (на 6,3%). Обеспеченность врачами-терапевтами за это время уменьшилась с 5,53 до 5,43 на 10 тыс. населения. Число участковых терапевтов изменилось в меньшей степени – с 495 до 467 человек. Обеспеченность участковыми терапевтами стабильна – 3,28 на 10 тыс. населения в 2013 г. и 3,24 на 10 тыс. населения в 2023 г. Важно, что обеспеченность населения врачами зависит как от количества работающих специалистов, так и от численности населения на конкретной территории. В УР с 2013 г. по 2023 г. произошло уменьшение населения на 68767 человек (4,5%). Общая смертность за период с 2013 г. по 2023 г. снизилась с 1274,0 до 1226,1 на 100 тыс. населения (3,75%) с ростом показателя (на 31,6%) с 2019 г. по 2021 г., при вспышке новой коронавирусной инфекции. Смертность трудоспособного населения в Удмуртской Республике в 2013 г. составила 609,5 на 100 тыс. населения, в 2023 г. – 596,9 на 100 тыс. населения (снижение на 2,1%). Корреляции между общей смертностью и обеспеченности населения врачами-терапевтами не выявлено. Между обеспеченностью населения врачами-терапевтами и смертностью трудоспособного населения выявлена слабая обратная связь ( $r=-0,26$ ).

**Вывод.** *Вопрос о факторах, влияющих на смертность населения, требует дальнейшего изучения.*

## СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ ШКАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА НА ПРИМЕРЕ SCORE И FRAMINGHAM И ТЕХНОЛОГИЙ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

МИШКИН И.А., КОНЦЕВАЯ А.В., ГУСЕВ А.В., САХАРОВ А.А., ДРАПКИНА О.М.  
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Сравнить прогностические возможности шкалы SCORE, Фрамингемского алгоритма и одного из методов машинного обучения на базе данных исследования «ИНТЕРЭПИД».

**Материал и методы.** Работа была выполнена на данных международного проспективного исследования «ИНТЕРЭПИД», проведенного в 2011-2016 гг., n=2392. Конечные точки: случаи развития ишемической болезни сердца и острого нарушения мозгового кровообращения n=253 (24,1%) для Самары и n=280 (20,9%) для Кыргызской республики, всего n=533 (22,5%). В качестве алгоритмов машинного обучения использовали: ExtraTrees Classifier для Самарской когорты; Gradient Boosting Classifier для Кыргызской когорты и для всей когорты «ИНТЕРЭПИД». Для сравнения использовали шкалу SCORE и Фрамингемскую шкалу.

**Результаты.** Для Самарской когорты лучший AUC у ExtraTrees Classifier – 0,609, для Кыргызской когорты у Фрамингемской шкалы AUC – 0,828, для всей когорты у Gradient Boosting Classifier AUC – 0,766.

**Выводы.** По результатам данного исследования можно сказать, что качество детерминации по уровню сердечно-сосудистого риска в большинстве случаев лучше при использовании алгоритмов машинного обучения, однако в некоторых случаях наблюдались противоречивые данные. При этом в обоих случаях в первую очередь следует обращать внимание на качество выборки, на основании которой строилась математическая модель, и методы валидации.

## ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

МИШКО М.Ю., БИКБАЕВА М.В., ШАРУШКИНА С.В., ЦЫРЕНОВА А.А., ВОРОНОВА С.И., ШАЦКИХ А.О., ИЗМЕСТЬЕВ С.В.

ФГБОУ ВО ЧитГМУ Минздрава России, г. Чита, РФ

**Актуальность.** В настоящее время в терапевтической практике все большую актуальность приобретают проблемы коморбидности у пациентов онкогематологического профиля. Оценка коморбидности позволяет определить наиболее эффективные подходы к лечению, а также учесть дополнительные риски и осложнения для пациента.

**Цель.** Провести оценку коморбидности у больных острым миелобластным лейкозом с использованием различных прогностических шкал.

**Материал и методы.** В исследование включены 43 пациента с диагнозом острый миелобластный лейкоз, медиана возраста пациентов составила 55,4 [47,5; 71,3] лет. Для расчета индекса коморбидности использовались шкалы: CIRS (CIRS-G), индекс Каплан-Файнштейн (KF), Charlson Comorbidity Index (CCI), шкалы ECOG и Карновского.

**Результаты.** Среди сопутствующей патологии на 1 месте (в 100% случаев) встречались заболевания сердечно-сосудистой системы – ИБС, гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма. На втором месте (у 62,5% пациентов) – хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. На третьем (33,3%) – заболевания дыхательной системы (пневмония, ХОБЛ), поражение нервной системы (25%), в 20,8% случаев поражение почек, у 16,7% наблюдались иммунодефицитные состояния (ВИЧ), в 4,2% случаев – периферические венозные тромбозы. В качестве «эталона» для сравнения с другими индексами использовалась рекомендованная в гематологической практике шкала CIRS (CIRS-G). При проведении корреляционного анализа установлена средней силы положительная корреляционная взаимосвязь между индексами коморбидности, рассчитанными по шкалам CIRS (CIRS-G) и CCI ( $r=0,53$ ,  $p < 0,05$ ) и высокая положительная корреляционная взаимосвязь между индексами коморбидности, рассчитанными по шкалам CIRS (CIRS-G) и KF ( $r=0,825$ ,  $p < 0,05$ ). Статистически значимой корреляции между шкалами CIRS (CIRS-G) и ECOG и Карновского выявлено не было.

**Выводы.** Коморбидность можно оценивать с помощью шкал CIRS (CIRS-G), CCI и KF. Но в каждой из этих шкал имеются свои недостатки. Шкалы CCI и KF не учитывают наличие тромботических осложнений, ишемической болезни сердца, нарушений ритма сердца (являющихся частыми причинами смерти онкологических пациентов). В шкалах CIRS и CIRS-G отсутствуют иммунодефицитные и тромбоэмболические осложнения. Преимуществом шкал KF и CIRS (CIRS-G) является возможность оценки степени тяжести сопутствующих заболеваний. Таким образом, для более полной оценки коморбидности пациента с острым лейкозом необходимо применение нескольких шкал.

## К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКИХ ОТВОДАХ ОТ ПРИВИВОК. ЧТО ПОКАЗАЛА ПАНДЕМИЯ

МОСКАЛЕЦ О.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Пандемия SARS-CoV-2 выявила многие «болевые точки» здравоохранения. В частности, это касается проведения обязательной вакцинации по эпидпоказаниям и антипрививочных настроений в обществе.

**Цель.** Изучить основания для направления пациентов к аллергологу-иммунологу с целью выявления наличия противопоказаний к вакцинации и отношение больных к ней.

**Материал и методы.** Проанализированы клиничко-anamnestические данные и результаты опроса 108 пациентов, направленных на консультацию к аллергологу-иммунологу для решения вопроса о возможности проведения вакцинации, из них женщин – 62 (57,4%), мужчин – 46 (42,6%), работающих в бюджетных учреждениях – 39 (36,1%), в коммерческих организациях – 50 (46,3%), студенты – 11 (10,2%), неработающие – 8 (7,4%). Средний возраст –  $42 \pm 3,6$  лет.

**Результаты.** В 93,5% целью консультации было определение противопоказаний для проведения вакцинации против SARS-CoV-2, в остальных случаях – против других вакцин. У 67 пациентов (62,0%), имелись ранее выданные медотводы от прививок в связи с наличием аллергической реакции на введение лекарственных препаратов, в том числе на введение вакцин – у 14 (12,9%). Документальное подтверждение неблагоприятной реакции на введение иммунобиологического препарата было лишь у 2 пациентов. У остальных имелась аллергическая патология (аллергический ринит, бронхиальная астма, хроническая крапивница, ангиоотеки), причем у 37 (34,3%) ее наличие ранее также служило основанием для медотвода от вакцинации. Как правило, медотводы выдавались ещё в детстве. При обследовании лишь у 11 (10,2%) пациентов выявлены временные противопоказания для проведения вакцинации (неконтролируемая бронхиальная астма и/или аллергический ринит, обострение хронической крапивницы, рецидивирующий ангиоотек). У 1 пациентки с документально подтвержденным ПППИ после введения АДС-М также была не рекомендована ревакцинация. Многие пациенты были уверены, что у них есть/будет аллергическая реакция на любые вакцины (48 чел. – 45,3%). Большинство больных негативно относились именно к вакцинации против SARS-CoV-2 (97 чел. – 89,8%) из-за боязни побочных эффектов, недостаточной изученности механизмов действия вакцины или недоверия к ее эффективности. У 74 респондентов (68,5%) отмечалось негативное отношение к обязательной вакцинации против SARS-CoV-2.

**Выводы.** *Раздаваемые в прошлом медотводы от вакцинации, в том числе, у пациентов с аллергическими заболеваниями, а также отсутствие медицинской документации с указанием сроков развития ПППИ, симптомов, состояния гемодинамики и методов купирования создают проблему для оценки возможности проведения иммунопрофилактики у конкретного пациента и его убеждения в необходимости и безопасности проведения вакцинации. Обязательная вакцинация по эпидпоказаниям вызывает негативную реакцию у населения, а недостаточное информирование способствует развитию антипрививочных настроений.*

## **ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ L-ОРНИТИНА-L-АСПАРТАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ РАЗВИТИЕМ ГИПЕРАММОНИЕМИИ И САРКОПЕНИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

МЯЗИН Р.Г.

*ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ*

**Актуальность.** Развитие гипераммониемии у пациентов с хроническими заболеваниями печени (ХЗП) может быть связано с саркопенией.

**Цель.** Оценить влияние коррекции гипераммониемии у пациентов с ХЗП на тяжесть саркопении с использованием L-орнитин-L-аспартата.

**Материал и методы.** В одноцентровое проспективное наблюдательное исследование включили 30 взрослых пациентов (мужчин – 10, женщин – 20, средний возраст  $56,7 \pm 12,2$  лет) с ХЗП (неалкогольная жировая болезнь печени, цирроз печени), гипераммониемией (свыше 60 мкмоль/л) и саркопенией (по данным опросника SARC-F  $\geq 4$  балла и кистевой динамометрии). Пациентам проводили общий осмотр с оценкой антропометрических данных, биохимический анализ крови с определением аммиака капиллярной крови экспресс-методом, УЗИ органов брюшной полости для уточнения уровня стеатоза и иных изменений печени. Для выявления саркопении проводили опросник SARC-F и кистевую динамометрию. Первая группа пациентов ( $n=15$ ) получала базисную терапию и дополнительно препарат L-орнитин-L-аспартат в дозе 9 г в сутки перорально в течение 4 недель. Вторая группа ( $n=15$ ) получала только стандартную терапию. На 42-й день от начала лечения всем пациентам проводили оценку с помощью SARC-F, а также уточняли наличие нежелательных явлений.

**Результаты.** По показателю мышечной силы в первой группе пациентов до и после лечения сила жима кисти возросла с  $21,1 \pm 6,9$  кг до  $26,9 \pm 6,0$  кг ( $p < 0,01$ ). Во второй группе сила жима возросла менее значимо – с  $16,3 \pm 6,3$  кг до  $20,3 \pm 7,5$  кг ( $p < 0,05$ ). При оценке тяжести саркопении опросником SARC-F в первой группе показатели снизились с  $4,53 \pm 0,74$  (до начала лечения), до  $2,87 \pm 1,13$  (на 28 суток лечения) и  $2,13 \pm 0,99$  (на 42 суток),  $p < 0,001$ . Во второй группе при оценке тяжести саркопении опросником SARC-F показатели снизились менее выражено – с  $4,33 \pm 0,62$  (до начала лечения) до  $4,13 \pm 0,92$  (на 28 суток) и  $3,73 \pm 1,16$  (на 42 суток),  $p < 0,05$ . При оценке динамики уровня аммониемии в первой группе пациентов до, в процессе и после курса лечения показатели снизились со  $128,6 \pm 41,1$  (до начала лечения), до  $99,7 \pm 10,1$  (на 14 суток) и  $75,1 \pm 43,9$  (на 28 суток),  $p < 0,001$ . У второй группы показатели тяжести саркопении снизились менее выражено, но также значимо со  $132,5 \pm 48,6$  (до начала лечения), до  $114,6 \pm 39,9$  (на 28 сут) и  $99,9 \pm 42,9$  (на 42 суток),  $p < 0,05$ .

**Вывод.** *Применение L-орнитин-L-аспартата в комплексной терапии пациентов с ХЗП способствует выраженному снижению уровня аммиака в крови и показателей саркопении.*

## АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ

НАВАЗНОВ В.В., ПРОХОРЧИК А.А., КАРПОВА С.Н., ТАСОЕВА Е.С., БАКШЕЕВ В.И.  
ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, г. Красногорск, РФ

**Описание случая.** В нефрологическом отделении госпиталя обследован пациент Д., 22 лет, у которого после плановой вакцинации против гриппа, менингита и пневмококка появилась выраженная общая слабость, лихорадка до 40,5°С, миалгии, геморрагическая сыпь (экхимозы диаметром до 5,5 см), фонтанирующая рвота, не приносящая облегчение. Состояние крайне тяжелое, в сознании, заторможен. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Менингеальный синдром: ригидность затылочных мышц (4-5 см до груди), положительный симптом Кернига. На догоспитальном этапе клинически диагностирована менингококкцемия, инфекционно-токсический шок.

Анализ крови (3-и сутки от начала заболевания): лейкоциты – 19,7 x 10<sup>9</sup>/л, гемоглобин 96 г/л, тромбоциты – 21 x 10<sup>9</sup>/л, мочевины – 18,6 ммоль/л, креатинин – 645 мкмоль/л, АЛТ – 164 ед/л, АСТ – 224 ед/л, пресепсин 2295 пг/мл. Антитела к менингококку 1:10 группы А; С3 комплемент – 0,75 Г/л (норма 0,9-1,8). Анализ мочи: протеинурия – 1,0 г/л, УЗИ почек: отечность паренхимы, расширение чашечек обеих почек. Проводился дифференциальный диагноз с системными заболеваниями соединительной ткани (в т.ч. системной красной волчанкой, антифосфолипидным синдромом, ANCA- васкулитами, болезнью Гудпасчера). При генетическом исследовании идентифицирована мутация NM\_001710.6 c.724A>C (p.Ile242Lru), ассоциированная с развитием атипичного гемолитико-уремического синдрома.

Окончательный диагноз: тромботическая микроангиопатия: атипичный гемолитико-уремический синдром с поражением почек (ХБП С5Д), печени, головного мозга, сердца, кишечника. Отёк головного мозга от 07.11.2023 г., инфекционно-токсический шок II степени, лекарственный агранулоцитоз тяжелой степени от 27.11.2023 г.

На фоне проведенной плазмотерапии, нормализации содержания в крови лейкоцитов (4,5 x 10<sup>9</sup>/л), гемоглобина (143 г/л), тромбоцитов (173 x 10<sup>9</sup>/л), сохраняются высокие уровни мочевины (10,9 ммоль/л), креатинин (734,8 мкмоль/л), усугубляются изменения обеих почек по данным УЗИ (истончение паренхимы, ее уменьшение в размерах, волнистые контуры, без четкой кортикомедулярной дифференциации). Планируется проведение аллотрансплантации донорской почки, профилактическое лечение экулизумабом (до- и в течение не менее 2-х лет после трансплантации). Пациент включен в программу лечения орфанных заболеваний МЗ РФ.

**Заключение.** При наличии у лиц молодого возраста наследственной предрасположенности к развитию аГУС триггерным фактором позднего клинического дебюта данного орфанного заболевания явилась генерализованная форма инфекционного заболевания (менингококковой инфекции).

## АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

НЕДОМОЛКИНА С.А., ПАШКОВА А.А., ВЕЛИКАЯ О.В., НЕДОМОЛКИН С.В.  
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ

**Актуальность.** Анемия – актуальная проблема для врачей терапевтов и кардиологов. Частота встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний и анемий с возрастом только увеличивается. Анемия негативно влияет не только на сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, но и существенно снижает уровень жизни самих пациентов.

**Цель.** Изучить распространенность и структуру анемического синдрома у стационарных больных с инфарктом миокарда.

**Материал и методы.** Исследование проводилось путем ретроспективного анализа историй болезни 112 больных, проходивших лечение в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Воронежа в период с 2018-2023 гг. Средний возраст пациентов составил  $64,5 \pm 11,9$  лет. В исследование вошли 80 мужчин и 32 женщины. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование.

**Результаты.** Анемия выявлена у 30 пациентов (27%), из них женщин – 17 (57%), мужчин – 13 (43%). Анемия легкой степени тяжести была выявлена у 27 (90%), средней тяжести – у 2 (7%), тяжелая – у 1 (3%) больных. Этиология анемии была определена в 33% случаев: 13% больных имели железодефицитную анемию (ЖДА), 10% – анемию хронического заболевания (АХЗ), 7% - постгеморрагическую анемию. У 3% больных отмечалась мегалобластная анемия, без дифференциальной диагностики причин. АХЗ развилась в результате воспалительных заболеваний у 67% пациентов, онкологических заболеваний – у 33% пациентов. Большинство пациентов имели легкую или средней степени тяжести АХЗ: уровень гемоглобина составил  $103 \pm 13,7$  г/л, МСН –  $31,9 \pm 1,9$  пг, МСV –  $95,6 \pm 5,3$  пг.

**Выводы.** Анемия часто (более  $\frac{1}{4}$  пациентов) является коморбидной патологией при инфаркте миокарда. Отмечается преобладание женщин в этой категории коморбидной патологии, хотя сам инфаркт миокарда чаще встречается у мужчин. Преобладают ЖДА и АХЗ, реже постгеморрагическая и другие виды анемий. Причины анемии разнообразны и требуют тщательного обследования как на амбулаторном, так и на госпитальном этапе. Более половины пациентов остаются недообследованными. Требуется дальнейшее более детальное изучение проблемы сочетания инфаркта миокарда и АХЗ у пациентов.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

НЕДОМОЛКИНА С.А., ПАШКОВА А.А., КОТЕЛЬНИКОВА Т.Е., ВЕЛИКИЙ А.В.  
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ  
ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина», г. Воронеж, РФ

**Актуальность.** Сахарный диабет – эпидемия современности. Рост ожирения, продолжительности жизни приводит к увеличению частоты сочетания сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

**Цель.** Изучить частоту встречаемости сахарного диабета у пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар по поводу инфаркта миокарда.

**Материал и методы.** В ретроспективное исследование были включены 112 пациентов, проходившие лечение по поводу инфаркта миокарда в кардиологическом стационаре ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Воронежа в период 2018–2023 гг. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $64,5 \pm 11,9$  лет. В исследование вошли 80 мужчин и 32 женщины. Сахарный диабет был выявлен как фоновое или сопутствующее заболевание у 33 больных (29%). Из них 17 пациентов имели СД 1 типа, 16 – СД 2 типа. Средний уровень глюкозы составил  $9,1 \pm 2,7$  ммоль/л, гликированного гемоглобина –  $11,3 \pm 2,4\%$ . По данным эхокардиографии: фракция выброса левого желудочка –  $53,7 \pm 23,4\%$ , зоны локальной гипокинезии –  $45,5\%$ , акинезии –  $30,3\%$ , нарушение диастолической функции –  $75,6\%$ . Отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости акинеза и/или гипокинеза миокарда у коморбидных пациентов. Для получения достоверных данных требуется продолжить исследование.

**Выводы.** Более 1/4 пациентов с инфарктом миокарда имеют сопутствующий сахарный диабет. Отмечается ухудшение эхокардиографических признаков у коморбидных больных. Возможно, требуется более тщательный гликемический контроль у пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с сахарным диабетом.

## TAS2R5 РЕЦЕПТОРЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ БА

НЁМА М.А., МУРКИНА Р.Г., САДОВАЯ В.В., МИНЕЕВ В.Н.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

**Актуальность.** TAS2R – рецепторы к горькому вкусу, экспрессия которых обнаруживается во многих тканях организма. Роль этих рецепторов продолжает изучаться, особый интерес вызывает экстраоральная локализация этих молекул. Так, эктопические рецепторы к горькому вкусу локализуясь на гладкой мускулатуре бронхов, обеспечивают расслабление и дилатацию последних, что вносит вклад в течение различных типов бронхиальной астмы. Изучение TAS2R рецепторов может иметь прикладное значение, так как TAS2R можно рассматривать как мишень для новой таргетной терапии бронхиальной астмы (БА).

**Цель.** Оценить роль рецепторов горького вкуса TAS2R5 рецепторов в сыворотке крови при различных типах БА.

**Материал и методы.** 24 практически здоровых лица и 129 пациентов с бронхиальной астмой. Из них у 67 наблюдалась аллергическая форма БА и у 62 – неаллергическая. Содержание рецепторов в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом.

**Результаты.** При аллергической БА в ряде ситуаций выявлена прямая корреляция между содержанием TAS2R5 в сыворотке крови и индексом Генслера после применения бронхолитика ( $\tau=-0,207$ ;  $n=45$ ,  $p=0,045$ ), в то же время при неаллергической форме БА статистической значимости между содержанием TAS2R5 в сыворотке крови и постбронходилатационным индексом Генслера не выявлено, также, как и не было значимой корреляции между сывороточным TAS2R5 и индексом Тиффно при обоих вариантах заболевания. Значимую связь с уровнем TAS2R5 в сыворотке крови продемонстрировала тяжесть течения БА ( $\tau=0,244$ ;  $n=49$ ,  $p=0,031$ ), при неаллергическом варианте БА таких корреляций не выявлено. С сывороточной концентрацией также прямо коррелирует количество эозинофилов в мокроте у больных аллергической БА ( $r=0,590$ ;  $n=17$ ;  $p=0,013$ ).

**Выводы.** *Полученные результаты свидетельствуют о возможном вовлечении экстраоральных TAS2R5 в патогенез БА: вероятно, их концентрация растёт при утяжелении течения заболевания, что может демонстрировать их саногенетическую роль и позволяет прогнозировать эффект применения агонистов TAS2R при лечении БА.*

## АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА С ПОЗИЦИИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА

НЕХАЙЧИК Т.А., ЛАРИОНОВ А.С., КУДРАВЕЦ В.С.

*ВмедИ в УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь*

**Цель.** Провести анализ случаев и предложить направления для улучшения исходов асептического некроза (АН) у пациентов 432 ГВКМЦ.

**Материал и методы.** По электронной базе данных 432 ГВКМЦ проведена выборка медицинских карт пациентов по запросу «асептический некроз» за период 2018–2023 гг. с последующим ретроспективным анализом.

**Результаты.** Группу выборки составили 41 пациент в возрасте от 19 до 66 лет, 36 мужчин (88%) и 5 женщин (12%). Из них 26 (63%) – действующие военнослужащие в возрасте до 45 лет. Самой частой локализацией АН была головка бедренной кости (ГБК) – 78,5% (n=32). В остальных случаях имел место остеонекроз мыщелка бедренной кости, таранной, плечевой и полулунной костей. Диагноз АН устанавливался в среднем через 2 года от момента появления первой симптоматики, вследствие чего в 80,5% случаев заболевание было диагностировано на поздних стадиях. МРТ как «золотой стандарт» ранней диагностики АН была выполнена только у 7 пациентов (17%). Охват рентгенологическим обследованием составил 100%, в 46% (n=19) рентгенологическое исследование было дополнено КТ суставов. Основными факторами риска как в общей группе, так и среди военнослужащих, были ожирение и избыточный вес, курение и неинфекционная патология печени. Реже встречались дислипидемия, предшествующая травма и эндокринная патология (сахарный диабет, гипогонадизм, гипотиреоз). Практически каждый 3-й пациент группы анализа был прооперирован. В 8 случаях выполнены органосохраняющих операции (средний возраст 34±8,4 лет), в 4-х – тотальное эндопротезирование (средний возраст 50,3±12,9 лет). При этом объем и качество консервативной терапии не соответствовали современным рекомендациям по лечению АН ни в одном из случаев. В результате 18 из 26 (70%) военнослужащих были уволены из вооруженных сил по болезни.

**Выводы.** *Проведенный анализ выявил проблему запоздалой диагностики АН у пациентов 432 ГВКМЦ, в том числе у военнослужащих, с высоким процентом потери трудоспособности в молодом возрасте. Требуется пересмотр приоритетов в инструментальной диагностике, доведение до широкого круга врачей терапевтического профиля совокупности диагностических признаков, позволяющих заподозрить АН на ранних стадиях, переход на современные стратегии терапии. Предложен алгоритм ранней диагностики АН головки бедренной кости для внедрения в практическую работу отделений госпиталя.*

## ОЦЕНКА ГИПЕРУРИКЕМИИ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ПРОЧИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

НЕХАЙЧИК Т.А., КУДРАВЕЦ В.С., ЛАРИОНОВ А.С.

*ВмедИ в УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь*

**Цель.** Изучить особенности факторов риска (ФР) у лиц призывного возраста с артериальной гипертензией (АГ) с позиций нарушений пуринового обмена.

**Материал и методы.** Проанализированы данные 33 стационарных пациентов 432 ГВКМЦ. Критериями включения были: возраст до 26 лет, верифицированный диагноз АГ, задокументированные показатели уровня мочевой кислоты (МК), глюкозы, липидограммы, наличие эхокардиографии. Проведена оценка традиционных ФР АГ с дополнительным уточнением частоты и объема употребления фруктозосодержащих напитков.

**Результаты.** Все пациенты в группе исследования были мужчины в возрасте от 18 до 26 лет (средний возраст  $22,1 \pm 2,5$  лет) с АГ 1 и 2 степени. Гиперурикемия (ГУ) была выявлена в 52% случаев, наряду с нарушениями жирового обмена (57,6%) и курением (48,5%). Каждый 3-й пациент имел отягощенную наследственность по АГ, каждый 4-й употреблял в неделю до 1–2 л фруктозосодержащих напитков. Средние значения МК в общей группе соответствовали умеренной ГУ. Максимальный уровень определен в подгруппе с ожирением  $428,7 \pm 48,0$  мкмоль/л с достоверными отличиями от пациентов с избыточной массой тела ( $p=0,02$ ) и нормальным весом ( $p=0,02$ ). Урикемия у злоупотребляющих фруктозой составила  $406,3 \pm 58,0$  мкмоль/л и достоверно превышала аналогичный показатель в общей группе ( $p < 0,05$ ) и у пациентов без этой пищевой привычки ( $p < 0,05$ ). Показатели урикемии у лиц с отягощенной наследственностью также были выше, чем у пациентов без наследственных ФР ( $p < 0,05$ ). По уровню гликемии, данным липидограммы существенных превышений референсных значений и достоверных межгрупповых различий выявлено не было. Анализ структурно-функциональных параметров сердца по данным эхокардиографии также не выявил статистически значимых отклонений от возрастных и гендерных норм.

**Выводы.** У мужчин призывного возраста с АГ ГУ является одним из распространенных ФР наряду с нарушениями жирового обмена и курением. Определена прямая взаимосвязь между ГУ, ожирением и избыточным потреблением фруктозосодержащих напитков. С учетом потенциальной обратимости указанных факторов, отсутствия органического ремоделирования миокарда, значимых нарушений липидного и углеводного обмена, немедикаментозная и медикаментозная коррекция ГУ, изменение пищевого поведения может иметь существенный терапевтический потенциал в повышении эффективности контроля АГ у этой категории пациентов.

## АССОЦИИИ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ И ДЕПРЕССИИ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ

НИКОЛАЕВА М.Н., КАРАМНОВА Н.С., ШВАБСКАЯ О.Б., РЫТОВА А.И.,  
БАЛАНОВА Ю.А., ИМАЕВА А.Э., ЕВСТИФЕЕВА С.Е., КАПУСТИНА А.В.,  
МАКСИМОВ С.А., МУРОМЦЕВА Г.А., ШАЛЬНОВА С.А., ДРАПКИНА О.М.  
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Исследователи отмечают связь проявлений депрессии и изменений в характере питания.

**Цель.** Изучить ассоциации характера питания и проявлений депрессии в мужской популяции.

**Материал и методы.** В рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ обследовано 19437 человек представительной выборки 13 регионов РФ, из них 6596 мужчин 25-64 лет. Оценка характера питания выполнена по частоте потребления основных групп продуктов, оценка депрессии – по шкале HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Результаты представлены в %, ОШ с 95% ДИ.

**Результаты.** У мужчин с клинически проявленной депрессией отмечается снижение потребления животных продуктов: красного мяса на 22% ( $p=0,028$ ); молочных изделий на 21% ( $p=0,003$ ), особенно – низкожировых на 65% ( $p < 0,0001$ ); а также – овощей/фруктов на 24% ( $p=0,0162$ ). У мужчин с субклинически выраженной депрессией изменений в рационе больше: выше потребление солений 1,32 [1,06; 1,65] ( $p=0,014$ ) и бобовых 1,75 [1,26; 2,43] ( $p=0,0008$ ); ниже – круп на 16% ( $p=0,03$ ), сладостей на 20% ( $p=0,004$ ) и овощей/фруктов – на 30% ( $p < 0,0001$ ). С ростом проявлений депрессии увеличивается доля лиц, не потребляющих алкоголь: на 19% среди лиц с субклинической и 18% лиц с клинически выраженной депрессией ( $p < 0,005$ ) и ниже доля, умеренно потребляющих алкоголь на 12% среди лиц с субклиническими и на 10% - с клиническими проявлениями депрессии ( $p < 0,0001$ ). В потреблении рыбы, птицы и мясоколбасных изделий не отмечено различий.

У мужчин с субклиническими и клиническими проявлениями депрессии по сравнению с мужчинами без депрессии, выше частота артериальной гипертензии (АГ) на 47% ( $p=0,002$ ), общего ожирения – на 29% и 31%, соответственно,  $p < 0,05$ , и сахарного диабета (СД) – на 5% и 6%, соответственно,  $p < 0,05$ , ниже частота отказа от курения на 26% и 23%, соответственно,  $p < 0,0005$ .

**Выводы.** С ростом проявлений депрессии в рационе мужчин выше потребление продуктов с высоким содержанием соли и ниже – овощей/фруктов, красного мяса, молочных изделий низкой жирности, круп и сладостей, а также частота и количество потребления всех видов алкоголя. С ростом проявлений депрессии выше частота АГ, ожирения, СД и отказа от курения.

## АССОЦИАЦИЯ ФЕНОТИПОВ ОЖИРЕНИЯ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

НУРИЕВА А.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В., БУТАКОВА Л.А.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ*

**Актуальность.** Самостоятельное наличие и сосуществование избыточной массы тела (ИЗМТ), экзогенно-конституционального (ЭКО), абдоминального ожирения (АО) и повышенного уровня висцерального жира ( $\uparrow$ ВЖ) может быть по-разному связано с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Цель.** Изучить взаимосвязь фенотипов ожирения и НАЖБП у лиц молодого и среднего возраста.

**Материал и методы.** В исследование по типу «случай-контроль» по наличию ЭКО включено 274 лиц в возрасте  $Me=38,0$  [33,0-47,0] лет; М/Ж=47,4%/52,6%. Оценены: индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), отношение ОТ к окружности бедер, биоимпедансометрия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Выявлено: АО (n=161; 58,8%), ИЗМТ (n=96; 35,0%), ЭКО (n=87; 31,8%). Фенотипы ожирения определялись по сочетанию показателей ИМТ, АО,  $\uparrow$ ВЖ. Применена IBM-SPSS-Statistics-26.

**Результаты.** Установлены фенотипы ожирения: 1 группа (гр.) нормальный ИМТ без АО, без  $\uparrow$ ВЖ (n=73; 26,6%); 2 гр. ИЗМТ без АО, без  $\uparrow$ ВЖ (n=36; 13,1%); 3 гр. ЭКО без АО, без  $\uparrow$ ВЖ (n=4; 1,5%); 4 гр. нормальный ИМТ с АО, без  $\uparrow$ ВЖ (n=18; 6,6%); 5 гр. ИЗМТ с АО, без  $\uparrow$ ВЖ (n=60; 21,9%); 6 гр. ЭКО с АО, без  $\uparrow$ ВЖ (n=59; 21,5%); 7 гр. ЭКО с АО,  $\uparrow$ ВЖ (n=24; 8,8%). Впервые НАЖБП диагностирована в 12,8% случаев (n=35). Наблюдалось нарастание частоты НАЖБП ( $p < 0,001$ ) от 1 к 7 группе. НАЖБП встречалась чаще в 7 гр. (n=14; 58,3%), по сравнению с 6 гр. (n=15; 25,4%;  $p=0,009$ ), с 5 гр. (n=4; 6,7%;  $p < 0,001$ ) и с 1 гр. (n=1; 1,4%;  $p < 0,001$ ). В 6 гр. НАЖБП установлена чаще по сравнению с 5 гр. ( $p=0,009$ ) и с 1 гр. ( $p < 0,001$ ). Каждый четвертый обследуемый из 3 гр. имел НАЖБП (n=1; 25,0%), что значимо чаще, чем в 1 гр. ( $p=0,009$ ). У лиц 2 гр. и 4 гр. НАЖБП отсутствовала. Вероятность наличия НАЖБП у лиц с ЭКО в сочетании с АО и  $\uparrow$ ВЖ (7 гр.) возрастала в 4,12 раза [95% ДИ 1,51-11,17] по сравнению с лицами с ЭКО и АО, без  $\uparrow$ ВЖ (6 гр.).

**Выводы.** С увеличением выраженности и сочетания разных типов ожирения установлено нарастание частоты встречаемости НАЖБП. У лиц с  $\uparrow$ ВЖ шанс наличия НАЖБП увеличивался в 4 раза.

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ФЕНОТИПИРОВАНИЯ НА ОСНОВАНИИ СУТОЧНОЙ рН-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ

ОВСЕПЯН М.А.

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Оценить клиническую эффективность терапии у пациентов с симптомами ГЭРБ после фенотипирования на основании суточной рН-импедансометрии.

**Материал и методы.** Наблюдался 61 пациент с симптомами ГЭРБ. Медиана возраста 45,0 лет (95% ДИ: 41,0–51,6). На основании эзофагогастродуоденоскопии и суточной рН-импедансометрии пациенты были разделены на фенотипы: неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ), гиперчувствительный пищевод (ГП), функциональная изжога (ФИ). Выраженность симптомов оценивалась до и после лечения с использованием 5-балльной шкалы Лайкерта. Фармакотерапия включала ингибитор протонной помпы (ИПП), трициклический антидепрессант (ТЦА) и селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС). ТЦА и СИОЗС были добавлены к терапии пациентам с ГП и ФИ после консультации психиатра ввиду их высокой тревожности. Пациентам с НЭРБ назначался омепразол 20 мг 2 раза в день в течение 4 недель. Пациентам с ГП был рекомендован приём омепразола 20 мг 2 раза в день в течение 4 недель в сочетании с 20 мг флуоксетина. В подгруппе ФИ назначалась ¼ таблетки amitriptyline на ночь в течение 1 месяца.

**Результаты.** Выраженность изжоги у пациентов с НЭРБ, ГП и ФИ до начала лечения в среднем составила 3,23 (95% ДИ: 3,02–3,43) балла по шкале Лайкерта (сильная). На фоне проводимой терапии во всех группах пациентов было отмечено достоверное снижение выраженности симптомов до 0–1 (отсутствует/слабая). В группе пациентов с НЭРБ средний балл снизился с 3,48 (95% ДИ: 3,23–3,74) до 0,77 (95% ДИ: 0,53–1,01), в группе ГП с 2,92 (95% ДИ: 2,41–3,42) до 0,83 (95% ДИ: 0,30–1,36), а в группе ФИ с 2,86 (95% ДИ: 2,41–3,30) до 0,86 (95% ДИ: 0,41–1,30). У пациентов с НЭРБ терапия была эффективна в 85% случаев. Назначение ИПП + СИОЗС и ТЦА у пациентов с ГП и ФИ было эффективным в 83% и 79% соответственно.

**Вывод.** *Дифференцированный подход к назначению лекарственных препаратов у пациентов с симптомом изжоги на основании фенотипирования по данным суточной рН-импедансометрии позволяет оптимизировать терапию и повысить её эффективность.*

## ОЦЕНКА ВАРИАБИЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РАБОТНИКОВ ВИБРООПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ОЛЕЙНИК В.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, РФ

**Актуальность.** Актуальным является выявление риска негативных последствий для сердечно-сосудистой (СС) системы на основании анализа основных факторов риска (ФР) у работников виброопасных производств с СД 2 типа.

**Цель.** Изучить особенности вегетативного статуса сегментарно-периферического уровня у больных СД 2 типа, имеющих длительный контакт в условиях производственной вибрацией с помощью метода ритмокардиографии (РКГ).

**Материал и методы.** Изучался вегетативный статус сегментарно-периферического уровня у больных СД 2 типа с помощью комплекса КАП-РК-01 «Микор». Включены 2 группы, из них 158 работников виброопасных производств и группа контроля 57 мужчин, не имеющих хронических заболеваний и контакта с вредным производством. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

**Результаты.** Выявлены эпизоды дизрегуляции пейсмекерной активности СУ сердца, за счет снижения амплитуды высокочастотных волн  $\sigma_s$ , сопряженных с парасимпатической регуляцией. Средние значения ARA и  $\sigma_s$  в 1,5 раза ( $p < 0,001$ ) снижены в сравнении с К. По отношению к контрольной величине,  $p < 0,01$ , в группе (гр.) СД, амплитуда симпатических низкочастотных волн  $\sigma_m$  снижена. Среднее значение ARA составило:  $0,049 \pm 0,02$  с, против контроля  $0,093 \pm 0,08$  с,  $p < 0,001$ ;  $\sigma_s$  в гр. СД:  $0,022 \pm 0,005$  с, против гр. контроля  $0,038 \pm 0,03$  с,  $p < 0,001$ ;  $\sigma_m$  в гр. СД:  $0,023 \pm 0,007$  с, против гр. контроля  $0,024 \pm 0,008$  с,  $p < 0,05$ . Большая часть в гр. СД приходилась на низкочастотную фазу VLF%, связанную с гуморально-метаболическим фактором регуляции ВСР. Более значимые изменения в гр. СД регистрировались в виде снижения парасимпатического влияния в СУ, которые доминировали в норме и были связаны с парасимпатической регуляцией ВСР в гр. СД VLF% -  $39,1 \pm 13,2\%$ , в гр. контроля VLF%  $23,1 \pm 12,0\%$ ,  $p < 0,001$ . Высокочастотных колебаний HF%, преимущественно связаны с симпатическими влияниями на ВСР, в гр. СД составила  $32,2 \pm 15,2\%$ ; в гр. контроля  $54,0 \pm 18,3\%$ ,  $p < 0,001$ . Менее реагировала доля низкочастотных волн LF% в гр. СД  $28,6 \pm 15,5\%$  vs гр. контроля  $24,1 \pm 12,1\%$ ,  $p > 0,05$ .

**Выводы.** *Обнаружено угнетение протективной парасимпатической регуляции за счет снижения ARA,  $\sigma_s$  и HF%. Выявили угнетение быстрой рефлекторной симпто-парасимпатической регуляции ВСР в значениях  $\sigma_s$ ,  $\sigma_m$ , HF% и LF%. Доминировала медленная и неэффективная гуморальная регуляция VLF%, исход прогностически неблагоприятный с вероятным увеличением риска СС исходов у конкретной группы пациентов.*

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: РОЛЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОПАТИИ**

ОЛОВЯННИКОВ Ю.С., БАТАНОВА Е.В., АЗАБ А.Х., КЛЕСТЕР Е.Б.  
*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, РФ*

**Актуальность.** Сахарный диабет – системное заболевание, связанное с воспалением и окислительным стрессом, которое поражает такие органы как почки, сетчатка и сердечно-сосудистая система. Патофизиология, механизмы и последствия диабета для этих органов широко изучены. Однако поражение легких как органа-мишени при сахарном диабете и его влияние на хроническую обструктивную болезнь легких мало изучены.

**Цель.** Изучить особенности клинико-функциональных нарушений у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) при ассоциации с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и без него.

**Материал и методы.** Больные ХОБЛ (I группа, n=74; 43 мужчин, средний возраст 50,8±6,2 лет, группа риска А – n=7, группа В – n=40, группа Е – n=27 (GOLD, 2023). Группа II – 70 больных ХОБЛ и СД, сопоставимых по возрасту, полу и группам риска ХОБЛ. Группа III – 30 больных СД (по критериям ADA, 2019). У преобладающего большинства пациентов СД уровень HbA1c составил менее 7,5%. Среди осложнений СД лидирующие позиции занимала нефропатия. Критерии исключения: вторичные формы ожирения, лица, с ИМТ <18 кг/м<sup>2</sup>. Оценивали функцию внешнего дыхания и эхокардиографию (ЭхоКГ) с глобальной деформацией ЛЖ (Global Longitudinal strain-GLS).

**Результаты.** У больных II группы (ХОБЛ + СД) чаще диагностировано нарушение функции внешнего дыхания по смешанному типу: сочетание обструктивных и рестриктивных нарушений, у больных I группы – по обструктивному типу. У больных III группы диабетическая пневмопатия характеризовалась нарушением внешнего дыхания по рестриктивному типу (диагностируемого по FVC <80%, ОФВ1/FVC <0,7). В логистическом регрессионном анализе FVC% pred (OR 0,962, 95% ДИ 0,940-0,985), ОФВ1%pred (OR 0,979, 95% ДИ 0,954-0,992) и DLCO%pred (OR 0,979, 95% ДИ 0,951-0,994) у больных II группы были независимо связаны с альбуминурией и сопровождалась ухудшением GLS (-12,8±4,9% против -17,7±1,9%, p=0,04).

**Вывод.** Коморбидность ХОБЛ и СД оказывают взаимнонеблагоприятное влияние с сочетанным обструктивным и рестриктивным нарушением функции внешнего дыхания.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ ДО И ПОСЛЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

ОРЛОВ Д.А., МИРОНОВА Т.Н., МАХОВА У.В., ВАРЛАМОВА Ю.Ю., ЛАРИНА В.Н.  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ  
ГБУЗ «ДКЦ № 1 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Сравнить гендерные особенности липидного профиля до и после сердечно-сосудистых событий (ССС) у амбулаторных пациентов.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 135 пациентов в возрасте от 42 до 91 лет [медиана 68 (59; 78) лет] с инфарктом миокарда и/или острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе.

**Результаты.** Среди пациентов мужского пола (n=71, 53%) курили 14%, имели артериальную гипертензию (АГ) 99%, инфаркт миокарда – 85%, ОНМК в анамнезе – 48%, сахарный диабет (СД) 2 типа – 18%, ожирение – 17%, атеросклероз сонных артерий – 44%, атеросклероз периферических артерий – 47%, хроническую болезнь почек (ХБП) – 25% пациентов. Среди пациентов женского пола (n=64, 47%) курили 3%, имели АГ – 98%, инфаркт миокарда – 48%, ОНМК – 84%, СД – 23%, ожирение – 19%, атеросклероз сонных артерий – 64%, атеросклероз периферических артерий – 30%, ХБП – 42% пациентов.

Уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у мужчин до ССС составил 3,1 (2,1; 4,0) ммоль/л, у женщин – 3,6 (2,8; 4,4) ммоль/л (p=0,014), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – 1,1 (0,9; 1,3) и 1,5 (1,2; 1,8) ммоль/л (p < 0,001), соответственно.

Данные по приему гиполипидемической терапии до развития ССС отсутствовали.

Гиполипидемическую терапию принимали 99% пациентов после перенесенного ССС.

Уровень ЛПНП у мужчин после перенесенного ССС составил 2,0 (1,6; 2,8) ммоль/л, у женщин – 2,4 (1,8; 3,1) ммоль/л (p=0,470), ЛПВП – 1,1 (1,0; 1,3) и 1,2 (0,9; 1,5) ммоль/л (p=0,472), соответственно. Мужчины с очень высоким сердечно-сосудистым риском чаще курили (p=0,005, r=0,34) и имели инфаркт миокарда в анамнезе (p < 0,001, r=0,38), женщины – ОНМК в анамнезе (p < 0,001, r=0,38) и ХБП (p=0,031, r=0,19).

**Выводы.** Пациенты женского пола имели более высокие значения ЛПНП и ЛПВП до развития ССС, чем мужчины. После развития ССС и назначения гиполипидемической терапии уровень ЛПНП и ЛПВП не зависел от пола. Установленная корреляция между полом и заболеваниями атеросклеротического генеза требует дальнейшего изучения этих особенностей.

## ДАПАГЛИФЛОЗИН У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

ОСМАНОВА А.В., КУДАЕВ М.Т., АТАЕВА З.Н., КАЛЛАЕВА А.Н., ГУСЕЙНОВА Р.К., МАГОМЕДОВ А.З., ГАДЖИЕВА Т.А., АХМЕДОВА Д.А., ЭЗИЛЯЕВА М.Р.  
*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, РФ*

**Цель.** Оценить эффективность кардио- и ренопротективного эффекта дапаглифлозина у пациентов ХСН, со сниженной ФВ и ХБП, перенесших SARS-CoV-2.

**Материал и методы.** Обследовано 29 пациентов ХСН III–IV ФК в возрасте от 62 до 69 лет, имеющих систолическую дисфункцию и страдающих ХБП 3-4 ст. У всех пациентов выявлен постковидный синдром, с перенесенной SARS-CoV-2-инфекцией. Все получали традиционное лечение ХСН и симптоматические препараты для лечения постковидных проявлений. В основную группу вошли 15 человек, получавших на фоне традиционного лечения дапаглифлозин в дозе 10 мг. Контрольную составили - 14 человек, находившихся на традиционном лечении. Проводились общеклинические и биохимические методы исследования, изучались показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики, КЖ определялось с помощью опросника кардиомиопатии Канзас-Сити (КССС) в исходе и через 2 месяца.

**Результаты.** При сравнительном анализе в основной группе отмечалось увеличение ФВ на 4,0%. КСО снизился на 25,1% ( $p < 0,05$ ), КДО на 15,5% ( $p < 0,01$ ), УО на 22,4% ( $p < 0,05$ ). Прирост баллов по Канзасскому опроснику составил в среднем 6,7 баллов в группе дапаглифлозина и 4,2 балла в контрольной группе. В группе дапаглифлозина отмечены положительные результаты в отношении снижения количества госпитализаций, обращений за неотложной медицинской помощью, риска смерти. Динамика состояния почек: снижение альбуминурии, снижение уровня креатинина, снижение рСКФ, была более выражена в основной группе (12,8%).

**Вывод.** *Добавление дапаглифлозина к комплексной терапии больных с ХСН, со сниженной ФВ и ХБП, перенесших SARS-CoV-2, приводит к значительному улучшению качества жизни и прогноза жизни пациентов с предшествующей систолической дисфункцией, повышению их выживаемости и делает применение препаратов этой группы весьма целесообразным и перспективным.*

## ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ – ОТ СИМПТОМА К ДИАГНОЗУ

ПАВЛОВА В.Ю., АНЕШИНА И.И., ЗАТЕЕВА Т.Н.

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, РФ*

*ГАОУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», г. Кемерово, РФ*

**Актуальность.** Достаточно часто в клинической практике специалисты сталкиваются с псевдотромбоцитопенией, обусловленной образованием агрегатов тромбоцитов при контакте с антикоагулянтом этилендиаминтетрауксусной кислоты (ЭДТА). ЭДТА-индуцированная псевдотромбоцитопения является исключительно лабораторным феноменом (ложное снижение количества тромбоцитов, развивающиеся только в лабораторной пробирке) и не является патологическим состоянием.

**Цель.** Определение частоты выявления ЭДТА индуцированной псевдотромбоцитопении у пациентов с впервые выявленной тромбоцитопенией на амбулаторном этапе.

**Материал и методы.** В исследование были включены 39 пациентов, которые были направлены на консультацию к гематологу с диагнозом тромбоцитопения неясного генеза. У большей части данных пациентов тромбоцитопения была выявлена при проведении ежегодных периодических медицинских осмотров без каких-либо клинических проявлений. У данной категории обследованных не было каких-либо других отклонений в общем анализе крови. Были исключены ряд этиологических факторов развития тромбоцитопении, такие как прием лекарственных препаратов, заболевания, которые могут сопровождаться развитием тромбоцитопении, производственные факторы. У данной категории обследованных было проведено повторное исследование крови для определения количества тромбоцитов с использованием в качестве антикоагулянта цитрата натрия и подсчета тромбоцитов в мазке крови.

**Результаты.** По данным проведенного исследования у 11 (28,2%) обследованных была подтверждена ЭДТА-индуцированная псевдотромбоцитопения.

**Выводы.** По данным проведенного исследования практически у каждого 3 обследованного с наличием тромбоцитопении регистрируется наличие ЭДТА индуцированного снижения тромбоцитов. Выявление данного состояния возможно в лечебном учреждении любого уровня и не требует оказания специализированной помощи (консультации гематолога). В большинстве регионов на территории РФ имеет место дефицит узких специалистов, что в свою очередь приводит к достаточно длительному ожиданию очереди на прием. Момент ожидания консультации гематолога, в ряде случаев может определять прогноз пациента, так как в связи с выявлением тромбоцитопении откладывается проведение ряда видов обследования и лечения. Целесообразно проводить первоначальное обследование пациентов с изолированной тромбоцитопенией на уровне первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами терапевтами.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОГРАММЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

ПАВЛОВА В.Ю., БОЙКО Е.А.

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, РФ*

*ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», г. Кемерово, РФ*

**Актуальность.** В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы являются ведущими причинами заболеваемости и смертности в мире. Одной из причин данных заболеваний является нарушение липидного обмена. В соответствии с приказом Министерство здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 г. №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» у мужчин в возрастной категории от 18 до 64 лет и старше 64 лет включено исследование только уровня общего холестерина.

**Цель.** Провести исследования показателей липидограммы у мужчин в возрасте от 20 до 55 лет, не имеющих заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальной гипертонии, любых вариантов ишемической болезни сердца) и факторов риска (ожирения, сахарного диабета, гиперурикемии, почечной недостаточности, наличие семейного анамнеза), имеющих нормальный уровень общего холестерина.

**Материал и методы.** В исследование включены 47 мужчин в возрасте от 32 до 53 лет. Учитывая небольшой объем выборки для статистической обработки, использовались непараметрические методы статистической обработки. Средний возраст составил 47 (40,5; 49) лет. После проведения исследования показателей биохимического исследования крови в рамках диспансеризации, было дополнительно проведено исследования липидограммы с определением уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ).

**Результаты.** По данным проведенного исследования у 12 (25,5%) обследованных были выявлены различные варианты дислипидемии. У 5 (41,7%) обследованных повышение уровня ЛПНП более 3,0 ммоль/л, у 4 (33,3%) обследованных повышение уровня ТГ более 1,7 ммоль/л, у 3 (25%) обследованных одномоментное повышение как уровня ЛПНП, так и ТГ.

**Выводы.** По данным проведенного исследования у каждого четвертого мужчины с нормальным уровнем общего холестерина были выявлены различные нарушения липидного обмена, которые не могли быть выявлены в рамках диспансеризации и соответственно пациентам не приводилась соответствующая коррекция. Достаточно большой спектр населения имеет нарушения липидного обмена, который не диагностируется вовремя, что создает дальнейшие предпосылки для сохранения достаточно высоких цифр с впервые выявляемыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

## **ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ**

ПАНАЧЕВА Л.А., ЗОЛОТУХИНА Е.В., ШПАГИНА Л.А.  
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, РФ

**Цель.** Изучить особенности реовазографии (РВГ) верхних конечностей (ВК) у пациентов с вибрационной болезнью (ВБ) I-II степени в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) в постковидном периоде.

**Материал и методы.** Обследовано 60 пациентов с ВБ I-II степени в сочетании с АГ, перенесших COVID-19. Среди них мужчин было 47 (78,3%) человек, женщин – 13 (21,7%); возраст больных – 61,0 (51-63) лет. Стаж работы – 27,3 (10,5-45,0) года. У всех больных АГ соответствовала I-II степени, ее продолжительность равна 18,5 (15-22) лет. В данной группе преобладала легкая форма КВИ – 73,3%, среднетяжелая форма была в 15,0%, тяжелая – в 11,7%. Группу сравнения составили 50 пациентов с ВБ I-II степени в сочетании с АГ I-II степени, не болевших COVID-19. Мужчин – 37 (74,0%) человек, женщин – 13 (26,0%). Возраст больных – 63,9 (52-67) лет. Длительность АГ I-II степени соответствовала 17,8 (16-21) лет. Всем пациентам проведена РВГ на реографическом комплексе «Рео-Спектр».

**Результаты.** Показатели РВГ сосудов предплечий и кистей до заболеваемости КВИ у пациентов с ВБ в сочетании с АГ практически не отличались от значений группы сравнения. Спустя 12 месяцев после перенесенной КВИ у пациентов основной группы относительно группы сравнения наблюдалось снижение всех анализируемых параметров РВГ: снижение показателя реографического индекса; средней скорости медленного наполнения, время распространения пульсовой волны от сердца. Значение дикротического индекса относительно группы сравнения слева было снижено, справа – изменений практически не произошло. Аналогичные тенденции имели значения показателей диастолического индекса.

**Выводы.** В постковидном периоде при сочетании ВБ и АГ происходит ремоделирование сосудов верхних конечностей, что свидетельствует об отрицательном влиянии КВИ на состояние периферического кровотока ВК у пациентов с ВБ в сочетании с АГ, что требует назначения ангиопротективной терапии и коррекции нарушений микроциркуляции.

## СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

ПАНКОВА Е.Д., ЧУЛКОВ В.С., ЧУЛКОВ ВЛ.С., ЭКТОВА Н.А.

*ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, РФ*

*ИМО НовГУ, г. Великий Новгород, РФ*

**Цель.** Оценить состояние сердечно-сосудистой системы и показатели качества жизни при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у молодых лиц.

**Материал и методы.** В исследование «случай-контроль» вошли 100 пациентов (18-44 лет): группа 1 – с НАЖБП (n=50); группа 2 – без НАЖБП (n=50). Проводился клинический осмотр, опрос по шкале SF-36, лабораторное и инструментальное исследование. Применялся пакет статистических программ MedCalc (версия 22.0) и IBM SPSS Statistics (версия 19). Статистически значимыми принимались значения  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе молодых лиц с НАЖБП отмечались достоверно более высокие значения конечно-диастолического объема, толщины межжелудочковой перегородки, относительной толщины стенки левого желудочка и индекса массы миокарда левого желудочка в сравнении с таковыми без НАЖБП. Гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) (эксцентрическая форма) выявлена у четырех человек из группы с НАЖБП при отсутствии таковых в группе без НАЖБП. Концентрическое ремоделирование ЛЖ встречалось у двух человек из группы НАЖБП и у одного человека – в группе без НАЖБП. Значение комплекса интима - медиа общей сонной артерии было достоверно выше в группе с НАЖБП (0,6 [0,5-0,7] против 0,5 [0,4-0,5] мм,  $p < 0,001$ ), при этом утолщение комплекса  $> 0,9$  мм наблюдалось у семи человек при отсутствии таковых без НАЖБП ( $p = 0,012$ ). У четырех человек в группе с НАЖБП были выявлены атеросклеротические бляшки. Качество жизни по шкале SF-36 было выше в группе «контроли» в сравнении со «случаями» за счет общего физического (56,3 [53,7-58,0] и 51,4 [44,6-55,1],  $p < 0,001$ ) и душевного благополучия (48,7 $\pm$ 8,3 и 43,8 $\pm$ 9,8,  $p = 0,008$ ).

**Вывод.** У лиц молодого возраста с НАЖБП выявляются наиболее выраженные структурные изменения сердца в виде ремоделирования и гипертрофии миокарда левого желудочка, сосудов – утолщения комплекса интима-медиа и обнаружения атеросклеротических бляшек, а также снижение показателей качества жизни за счет физического и психологического компонентов здоровья.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛИМФОМЫ С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА

ПАРФЕНОВА О.А., СТУКЛОВ Н.И., ВЕРНЮК М.А., ЧЕРВОНЦЕВА А.М.,  
ЧЕРКАШИНА И.В., ГУЩИНА Е.Е., ЧИСТЯКОВА А.В., КИСЛЫЙ Н.Д.

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

МНИОИ им. П.А. Герцена (филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии») Минздрава России,  
г. Москва, РФ

**Цель.** Описать особенности клинической картины неходжкинской лимфомы (НХЛ) с первичным поражением кишечника.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ проведен на базе отделения высокодозной химиотерапии с блоком трансплантации костного мозга в МНИОИ им. П.А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, куда были включены пациенты, наблюдавшиеся с 2007 по 2019 гг. В анализ вошли 18 пациентов, средний возраст которых составил  $51 \pm 16,4$  год. Критерии включения: установленная НХЛ с первичным поражением кишечника, отсутствие химиотерапии по поводу основного заболевания до включения в исследование.

**Результаты.** Болевой синдром в абдоминальной области был наиболее частым ( $n=16$ , 88,9%) клиническим проявлением в этой группе, причем, статистически значимо чаще ( $p < 0,05$ ) отмечалась у пациентов с IV ст. ( $n=11$ , 68,8%), чем у пациентов со II ст. Жалобы на острую боль, с перитониальными симптомами, потребовавшую проведение хирургического вмешательства, наблюдались у 5 пациентов (31,2%). Жалобы на тупые и ноющие боли, локализованные в проекции опухоли, были у 12 больных (66,7%), из которых у 4 - (36,4%) впоследствии также развилась клиническая картина «острого живота». Второй по частоте встречаемости была жалоба на общую слабость ( $n=11$ , 61,1%) из 18 пациентов. Симптомы интоксикации (потеря веса, ночная потливость и повышение температуры тела) наблюдались у 9 пациентов, среди которых: 7 пациентов (77,8%) отмечали повышение температуры тела до фебрильных значений, 1 (11,1%) – снижение веса и повышение температуры тела до фебрильных значений и у 1 пациента (11,1%) наблюдалось сочетание всех трех симптомов. Более редкими клиническими проявлениями у пациентов были: увеличение живота в объеме ( $n=4$ , 22,2%), диарея ( $n=3$ , 16,7%), снижение аппетита ( $n=2$ , 11,1%), вздутие живота ( $n=2$ , 11,1%), отрыжка ( $n=1$ , 5,6%), урчание ( $n=1$ , 5,6%). Период от начала появления жалоб до верификации диагноза и лечения был меньше года в большинстве случаев (10 пациентов, 55,6%).

**Выводы.** НХЛ с первичным поражением ЖКТ достаточно редкая патология, которая не имеет специфических клинических проявлений, но наиболее часто протекает с болевым синдромом и общей слабостью. Надеемся, что подробное описание клинической картины, в дальнейшем позволит сформировать характерный «клинический портрет» лимфомы с поражением ЖКТ.

## МАСКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

ПЕЧЕРСКИЙ Д.А., ПИКУНОВА И.Н.

ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Лимфобластные лейкозы/лимфобластные лимфомы – гетерогенная группа злокачественных клональных заболеваний системы крови, происходящих из клеток-предшественниц гемопоэза преимущественно лимфоидной направленности и характеризующиеся чаще исходным поражением костного мозга, вытеснением нормального кроветворения и вовлечением в процесс различных органов и систем организма, также возможностью поражения лимфатической ткани без вовлечения костного мозга.

**Цель.** Привлечь внимание врачей клиницистов к многогранности клинических проявлений заболеваний крови с целью расширения дифференциального диагноза.

**Материал и методы.** Лабораторная диагностика, МСКТ с в/в контрастированием, МРТ, гистологическое исследование, ПЭТ-КТ.

**Результаты.** В первое терапевтическое отделение «ЦКБ с поликлиникой УДП РФ» за 2023 год госпитализировано 4 пациента с заболеваниями системы кроветворения с нетипичной клинической картиной. В случае пациента К., 54 лет, на первый план выходили признаки неврологического дефицита в виде тетрапареза, клиническая картина декомпенсации хронической сердечной недостаточности, двусторонний гидроторакс. По данным инструментального исследования - сенсомоторная демиелинизирующая полинейропатия нижних конечностей, признаки нейродегенеративного заболевания и диффузного утолщения оболочек мозга. В связи с нарастанием гидроторакса проведена плевральная пункция, по результатам иммунофенотипирования плевральной жидкости диагностирована неходжкинская лимфома. Пациент М., 50 лет, госпитализирован с клинической картиной острого панкреатита. При обследовании картина спленомегалии, лимфаденопатии брюшной полости и забрюшинного пространства с образованием конгломератов лимфатических узлов. Проведена биопсия периферического лимфатического узла, по результатам гистологического исследования диагностирована неходжкинская лимфома. Пациент Х., 68 лет, госпитализирован с жалобами на отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 С, потерю веса. По результатам обследования картина висцеральной, периферической лимфаденопатии. Проведена экстирпация подмышечных лимфатических узлов. Морфологическая картина соответствует Т-клеточной лимфоме. Пациент С., 70 лет, госпитализирован с жалобами на снижение веса, фебрильную лихорадку, ночную потливость. По данным обследования исключены хронические очаги инфекции. По результатам УЗИ и МСКТ органической патологии не выявлено. Выполнено ПЭТ КТ, выявлено диффузное накопление опухолевой ткани в плоских костях скелета.

По результатам трепанобиопсии выявлен В-лимфобластный лейкоз.

**Вывод.** Представленные клинические наблюдения демонстрируют сложности диагностики заболеваний крови, симптоматика которых порой скрыта под маской различных заболеваний.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ RS1801282 ГЕНА PPAR $\gamma$ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

ПИЛИПЕНКО В.В., ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х., ПЛОТНИКОВА О.А., АЛЕКСЕЕВА Р.И., СОРОКИНА Е.Ю.

*ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва, РФ*

*ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, РФ*

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Выявить частоту встречаемости полиморфизма rs1801282 гена PPAR $\gamma$  у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа и ожирением.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие 77 пациентов, из них 48 пациентов СД 2 типа и ожирением II-III степени и 28 пациентов с ожирением II-III степени без сопутствующего СД, в возрасте от 19 до 70 лет (средний возраст  $58,9 \pm 0,87$  лет). Продолжительность заболевания СД 2 типа в выборке обследованных пациентов составила в среднем  $7,6 \pm 0,7$  лет. На момент первичного обследования у включенных в исследование пациентов СД 2 типа уровень базальной гликемии составил  $6,47 \pm 0,15$  ммоль/л, гликированного гемоглобина HbA $_{1c}$  –  $6,29 \pm 0,19\%$ . У пациентов с ожирением уровень базальной гликемии составил  $5,2 \pm 0,1$  ммоль/л. Выделение ДНК проводилось на автоматической станции Epmotion 5075 (Eppendorf, Германия). Генотипирование проведено с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени и использованием taqman-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК, реагентов ("Синтол", Россия). Для проведения амплификации использован амплификатор "CFX96 Real Time System" ("Bio-Rad", США).

**Результаты.** Мутантный аллель G встречался у 32,5% пациентов, принимавших участие в исследовании, у 32,0% из них отмечался гомозиготный генотип GG. Среди обследованных пациентов СД 2 типа аллель G однонуклеотидного полиморфизма (ОНП) rs1801282 гена PPAR $\gamma$  встречался у 29,2%, гомозиготный генотип GG выявлен у 8,4%. Результаты генотипирования обследованных лиц с ожирением без сопутствующего СД 2 типа по полиморфному участку rs1801282 гена PPAR $\gamma$  показали более высокую частоту встречаемости аллеля G (37,9%), из них гетерозиготный генотип CG составил 24,1%. Генотип GG выявлен у 13,8% пациентов с ожирением без сопутствующего СД 2 типа.

**Вывод.** *Результаты исследования свидетельствуют о более высокой частоте встречаемости аллеля G полиморфизма rs1801282 гена PPAR $\gamma$  у пациентов с ожирением без сопутствующего СД 2 типа.*

## СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

ПИЛИПЕНКО В.Е., КОЛБАСНИКОВ С.В.

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, РФ*

**Цель.** Для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий у больных артериальной гипертензией (АГ) требуется уточнить структуру ФР, психоэмоциональных расстройств в зависимости от уровня физической активности (ФА).

**Материал и методы.** Опросники IPAQ, HADS; расчёт индекса массы тела (ИМТ); определение уровня общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), мочевой кислоты (МК), глюкозы плазмы крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

**Результаты.** Обследовано 55 больных АГ II стадии. По уровню ФА, обследованные были разделены: 1-я группа с нормальной физической активностью (n=28), 2-я – с гиподинамией (n=27).

В 1-й группе возраст составил 60,85 (95% ДИ 56,49–65,22) лет; уровень ФА – 24,22 (95% ДИ 21,71–26,74) баллов; ИМТ – 29,00 (95% ДИ 26,9–31,11) кг/м<sup>2</sup>; САД – 136,54 (95% ДИ 130,53–142,55) мм рт.ст.; ДАД – 82,50 (95% ДИ 77,48–87,52) мм рт.ст.; уровень глюкозы крови – 5,39 (95% ДИ 4,9–5,88) ммоль/л; ОХ – 5,33 (95% ДИ 4,83–5,84) ммоль/л; ЛПНП – 2,52 (95% ДИ 2,14–2,90) ммоль/л; МК – 329,73 (95% ДИ 274,82–384,82) мкмоль/л; СКФ – 69,39, (95% ДИ 60,96–77,82) мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. У 6 (22%) имелась субклинически, 2 (8%) – клинически выраженная тревога (19 баллов); 8 (30%) – субклинически, 1 (4%) – клинически выраженная депрессия.

Во 2-й группе возраст составил 60,9 (95% ДИ 56,32 – 65,48, p=0,74) лет; ФА – 8,45 (95% ДИ 7,27–9,64, p<0,01) баллов; ИМТ – 34,74 (95% ДИ 31,34–38,15; p=0,002) кг/м<sup>2</sup>; САД – 134,21 (95% ДИ 124,18–144,25; p=0,48) мм рт.ст.; ДАД – 84,64 (95% ДИ 80,2–89,09 p=0,72) мм рт.ст.; глюкозы крови – 6,35 (95% ДИ 5,65 – 7,05; p=0,05) ммоль/л; ОХ – 5,65 (95% ДИ 5,00–6,29; p=0,98) ммоль/л; ЛПНП – 3,2 (95% ДИ 2,57–3,84; p=0,32) ммоль/л; МК – 412,27 (95% ДИ 360,0–464,55; p=0,049) мкмоль/л; СКФ – 65,43 (95% ДИ 56,56–74,08; p=0,11) мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. У 10 (36%) пациентов отмечалась субклинически, 4 (14%) – клинически выраженная тревога; 7 (25%) – регистрировалась субклинически, 1 (4%) – клинически выраженная депрессия.

**Вывод.** У больных АГ с гиподинамией, в отличие от лиц с нормальной ФА, достоверно выявлялось повышение ИМТ, МК, тревожных расстройств, что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения.

## КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМБИНИРОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ

ПОЛУНИНА Т.Е.

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Изучить эффективность и безопасность комбинированного препарата УДХК у пациентов с функциональными расстройствами желчного пузыря, билиарным сладжем в сочетании с жировым гепатозом в сравнении с группой, получавшей монотерапию препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК).

**Материал и методы.** В исследование вошло 25 пациентов с диагнозом «функциональное расстройство желчного пузыря, билиарный сладж в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени». Пациенты основной группы получали монотерапию комбинированным препаратом. Группа сравнения получала монотерапию УДХК. По завершении трехмесячной терапии была проведена оценка динамики клинических симптомов, лабораторных показателей, ультразвуковых параметров.

**Результаты.** Положительная динамика клинических проявлений функциональных расстройств желчного пузыря, а также параметров холестатического синдрома и уровня билирубина наблюдалась в обеих группах. В группе приема комбинированного препарата регистрировалось достоверное уменьшение показателей синдрома цитолиза, выявлена достоверная разница в отношении повышения уровня ЛПВП и снижения коэффициента атерогенности в основной группе. При оценке ультразвуковых параметров желчного пузыря у пациентов 1-й группы выявлялось достоверное уменьшение толщины его стенки, обратное развитие билиарного сладжа, улучшение сократительной функции желчного пузыря в сравнении с группой монотерапии УДХК.

**Вывод.** *Применение комбинированного препарата, содержащего глицирризиновую кислоту и УДХК, может быть рекомендовано пациентам с функциональными расстройствами желчного пузыря, билиарным сладжем и неалкогольной жировой болезнью печени, учитывая его более выраженное гепатопротективное действие, восстановление функциональных расстройств желчного пузыря и разрешение билиарного сладжа в сравнении с монотерапией УДХК.*

## ВЕНТИЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А.,  
ПРИХОДЬКО К.С.

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, РФ*

*ФГБОУ ВО Амурский государственный университет, г. Благовещенск, РФ*

**Цель.** Определить взаимосвязи нарушений вентиляционной функции легких (ВФЛ) у беременных с бронхиальной астмой (БА) с клиническим течением заболевания, с уровнем контроля и морфологическим строением плаценты.

**Материал и методы.** Изучены клинико-функциональные особенности БА у 84 беременных с неконтролируемым течением заболевания. I группу составили 74 пациенток с БА, у которых выявлен обструктивный тип нарушений ВФЛ (умеренной и значительной степени выраженности) по спирограмме, II группу – 24 пациенток с БА со смешанными (обструктивными и рестриктивными) нарушениями ВФЛ.

**Результаты.** Распределение больных БА в зависимости от тяжести заболевания выглядело следующим образом: в I группе - с БА легкой степени тяжести – 30 (35,7%), с БА среднетяжелого течения – 42 (50,0%), с БА тяжелого течения - 12 (14,3%), во II группе – с легкой БА – 2 (8,3%), со среднетяжелой – 12 (50%), с тяжелой – 10 (42,7%). С аллергической формой БА в I группе было 50 (67,6%) пациенток, во II - 14 (58,3%), с неаллергической - в I группе - 7 (9,4%), во II – 2 (8,4%), со смешанной - в I группе - 17 (23,0%), во II – 8 (33,3%). Среди пациенток со смешанным типом нарушений ВФЛ отмечен больший процент тяжелого течения, с неаллергической и смешанной клиническими формами БА. При морфологическом анализе плацент в исследуемых группах плацентарная недостаточность выявлялась: в стадии компенсации - в I группе – в 73% случаев, в II группе – в 45,8%; в стадии субкомпенсации - в I группе – в 10,8%, в II группе – в 25,0%; стадия декомпенсации отмечалась только во II группе – в 8,3%. Патологическая незрелость плаценты в 10,8% случаев в I группе и в 25,0% - во II группе. Острая плацентарная недостаточность – в 12,2% в I группе и в 20,8% – во II группе.

**Вывод.** При неконтролируемом течении БА у беременных отмечена взаимосвязь нарушений ВФЛ (особенно, при смешанном типе) с циркуляторными и воспалительными нарушениями в плаценте, что приводит к формированию ее «незрелости» и развитию плацентарной недостаточности.

## КУРЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОТОМСТВА

ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А.,  
ПРИХОДЬКО К.С.

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, РФ*

*ФГБОУ ВО Амурский государственный университет, г. Благовещенск, РФ*

**Цель.** Определить влияние курения на течение бронхиальной астмы (БА) и хронического бронхита у пациенток в динамике беременности, частоту развития у них гестационных осложнений, состояние плода и новорожденного.

**Материал и методы.** Проанализировано состояние бронхолегочной системы, клинико-функциональные особенности течения, исходы беременности, родов и состояние новорожденных у 62 беременных с БА (легкой и средней степени тяжести), имеющих хроническую никотиновую интоксикацию и 89 больных хроническим бронхитом (необструктивным). Среди пациенток с хроническим бронхитом I группу составили 53 беременных с хронической никотиновой интоксикацией, II группу – 36 некурящих беременных. Следует отметить, что 62 (53,9%) беременных продолжали курить на протяжении всего периода гестации, 35 (30,4%) прекратили курение в первом триместре.

**Результаты.** Структура выявленных заболеваний новорожденных от курящих матерей с БА: церебральная ишемия - в 33 (53,2%) случаях, внутриутробное инфицирование (ВУИ) – у 25 (40,3%), нарушение периода адаптации – у 24 (38,7%), задержка внутриутробного развития плода - у 15 (24,2%), синдром дыхательных расстройств – у 13 (21,0%), синдром двигательных нарушений - у 17 (29,0%). Среди заболеваний новорожденных от матерей с хроническим бронхитом отмечены: церебральная ишемия - у 55 (61,8%), из них в I группе – у 42 (79,2%), во II - у 13 (23,6%), ВУИ – у 47 (52,8%): в I группе – у 37 (78,7%), во II – у 10 (21,3%), нарушение периода адаптации – у 58 (65,2%), из них в I группе – у 51 (87,9%), во II – у 7 (12,1%), задержка внутриутробного развития плода – у 24 (27,0%): в I группе – у 17 (70,8%), во II – у 7 (29,2%), синдром дыхательных расстройств – у 13 (14,6%): в I группе – у 11 (78,6%), во II – у 2 (15,4%), синдром двигательных нарушений – у 29 (32,6%): в I группе – у 20 (69,0%), во II – у 9 (31,0%).

**Вывод.** *Выявленная высокая заболеваемость новорожденных на фоне курения и хронического бронхолегочного процесса у матерей диктует необходимость междисциплинарного подхода к наблюдению и лечению данных пациенток.*

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

ПРИХОДЬКО О.Б., РОМАНЦОВА Е.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А.  
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, РФ

**Цель.** Определить особенности клинико-функционального течения тяжелой бронхиальной астмы (БА) у беременных, их влияние на развитие гестационных осложнений, родов и состояние новорожденных.

**Материал и методы.** Проанализированы клинико-функциональные особенности состояния бронхолегочной системы у 62 пациенток с тяжелой БА в динамике беременности и здоровье их новорожденных. Группа сравнения – 50 беременных без хронических бронхолегочных заболеваний. Использованы данные клинико-анамнестические, спирометрии, пикфлоуметрии, тест по контролю над астмой (АСТТМ).

**Результаты.** У 27 (43,6%) больных была аллергическая форма астмы, у 10 (16,1%) – неаллергическая, у 25 (40,3%) – смешанная. ОРВИ во время беременности наблюдались у 56 (90,3%) пациенток, чаще во II и III триместрах. У 7 пациенток симптомы БА впервые проявились при сроке беременности 12–14 и 20–22 недели на фоне ОРВИ, обострения бронхита. Внелегочные аллергические заболевания наблюдались у 53 (85,5%) пациенток: аллергический ринит – у 49 (79,0%), поллиноз – у 39 (62,9%), крапивница – у 13 (21,0%), атопический дерматит – у 6 (9,7%). Обострение БА на протяжении одного триместра беременности было у 17 (27,4%) больных. Обострения астмы в течение двух триместров: в I и III – у 9 (14,5%) беременных, во II и III – у 23 (39,3%). В 13 (21,0%) случаях – отсутствие контроля БА на протяжении всей беременности. У 4 (6,5%) больных развился астматический статус при сроке 35–37 недель. Течение астмы у 17 (27,4%) пациенток в гестационном периоде осталось без динамики, у 45 (72,6%) наблюдалось утяжеление симптомов. Отмечена высокая частота гестационных осложнений, превышающая показатели контрольной группы в 2-3,5 раза (ранний токсикоз, угроза прерывания, гестоз, внутриутробная гипоксия плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преждевременные роды, кесарево сечение) ( $p < 0,01$ ). Средняя масса тела новорожденных от матерей с астмой –  $2784 \pm 180$  г, в контрольной группе –  $3530 \pm 110$  г ( $p < 0,05$ ). В структуре патологии новорожденных ведущие места занимали: церебральная ишемия, внутриутробное инфицирование, синдром дыхательных расстройств ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** У преобладающего большинства пациенток отмечено утяжеление течения БА во время беременности, высокая частота гестационных осложнений и заболеваний новорожденных.

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРДИНАТОРОВ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

ПРОХОРОВ Д.Ю.

ФГБОУ ВО ТулГУ, г. Тула, РФ

**Актуальность.** Психологическое благополучие является важным фактором во время обучения молодых людей. Оценка психологического статуса у студентов во время обучения на специалитете, а также при получении постдипломного образования представляет интерес.

**Цель.** Изучение проявлений психологического дискомфорта у студентов разных курсов, а также ординаторов медицинского института.

**Материал и методы.** Весной 2023 г. 111 студентов 6 курса (79 девушек и 32 юноши), осенью 2023 г. 96 студентов 4 курса (72 девушки и 24 юноши), 76 студентов 3 курса (63 девушки и 13 юношей) и 98 студентов 2 курса (74 девушки и 24 юноши), а также зимой 2024 г. 71 ординатор второго года (48 девушек и 23 юноши) проходили анкетирование с использованием опросника здоровья (PHQ-9; Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B., 2001). Статистическая обработка проведена с использованием пакета анализа MS Excel 21.0. Результаты представлены как  $M \pm m$ .

**Результаты.** Средние суммы баллов (б) PHQ-9 у ординаторов и студентов 6 курса ( $4,7 \pm 0,5$  и  $5,5 \pm 0,4$  б) были меньше по сравнению со студентами четвертого, третьего и второго курсов ( $7,4 \pm 0,6$ ;  $7,2 \pm 0,6$  и  $7,5 \pm 0,6$  б при  $p < 0,01$ ). Отсутствие проявлений психологического дискомфорта отмечено у 54% ординаторов в сравнении 34% студентами третьего и 37% второго курсов (при  $p < 0,05$ ). Дефицит энергии был наименее выражен у ординаторов по сравнению со студентами 4, 3 и 2 курсов (24% против 38%, 46 и 42% соответственно; при  $p < 0,05$ ). При изучении гендерных различий без разделения в зависимости от года обучения девушки демонстрировали более высокую сумму баллов PHQ по сравнению с юношами ( $6,9 \pm 0,3$  и  $5,3 \pm 0,5$  б; при  $p < 0,01$ ), а также реже отмечали отсутствие проявлений депрессии (38% и 56%;  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Проявления психологического дискомфорта реже встречались среди ординаторов и студентов 6 курса. Дефицит энергии был самым распространенным проявлением психологического дискомфорта среди студентов 2-4 курсов. Юноши в независимости от года обучения реже отмечали проявления депрессии.

## РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ПРОХОРЧИК А.А., ГУЛЯЕВ Н.И., ПАВЛОВ А.И., СЕРЕБРЕННИКОВ В.Н.,  
БЕЗНОСИК Ж.А, ТАСОЕВА Е.С., БАКШЕЕВ В.И.

ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, г. Красногорск, РФ

**Цель.** Изучить предварительные итоги генетического тестирования (ГТ) за 2023-2024 гг.

**Материал и методы.** Обследованы пациенты с болезнью Андерсона-Фабри (БАФ), глутаровой ацидурии 2-го типа, атипичного гемалитико-уремического синдрома.

**Результаты.** 1. Нами наблюдался пациент Ц., 52 лет по поводу гипертонической болезни 2 ст. гипертрофической кардиомиопатии, постепенным нарастанием обструкции выносящего тракта (ОВТ) ЛЖ. В анамнезе непереносимость жары, клипирование аневризмы левой средней мозговой артерии в возрасте 48 лет. В анализах мочи суточная альбуминурия 1474 мг (норма – до 30 мг). Эхокардиография, магнитно-резонансная томография: выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ с признаками ОВТ, липоматоз межпредсердной перегородки. В лизосомах выявлено повышение содержания глоботриаозилцерамида до 6,94 нг/мл; снижение активности фермента  $\alpha$ -галактозидазы А до 0,42 мкмоль/л/час. ГТ: мутация гена  $\alpha$ -галактидазы (с.902G>A), Диагностирована атипичная форма БАФ с поражением сердца, почек, головного мозга. Проходит ферментозаместительную терапию рекомбинантными препаратами лизосомного фермента  $\alpha$ -галактозидазы А.

2. Пациенты с ГА-2 первоначально до возникновения гипогликемической комы (на фоне COVID-19 и чрезмерных физических нагрузок) могут наблюдаться по поводу нарушения ритма сердца, кардиомиопатии, эпизодической рвоты, мышечной утомляемости. Нами у мужчины 18 лет при ГТ выявлено наличие мутации в гене ETFDH, кодирующего перенос электронов флавопротеина: с:1601C>T (p.Pro534Leu), что позволило определиться с диагнозом (ГА 2С) и лечением.

3. У больного Д., после плановой вакцинации против гриппа, пневмококка, менингококка развился генерализованный тромбоцитопенический синдром со сливной геморрагической сыпью в виде экхимозов, менингококковыми знаками, поражением почек (ХБП С5Д), печени, головного мозга, сердца, кишечника (некротическая энтеропатия), отёк головного мозга, инфекционно-токсический шок II степени, лекарственный агранулоцитоз тяжелой степени.

Генетическое исследование идентифицировало мутацию NM\_001710.6 с.724A>C (p.Le242Lru), ассоциированную с развитием атипичного гемолитико-уремического синдрома. Пациент включен в группу орфанных заболеваний и в настоящее время готовится к трансплантации почки.

**Выводы.** Генетическое тестирование позволяет диагностировать поздний дебют врождённых заболеваний, избежать диагностических и тактических ошибок, и своевременно начать патогенетическое лечение, что способствует улучшению качества и продлению жизни пациентов с орфанными заболеваниями.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ С ПАРАМЕТРАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

ПЯТЧЕНКОВ М.О., ЗАХАРОВ М.В., ЩЕРБАКОВ Е.В., ДОРОЩУК К.С.

*ВМедА, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Актуальность.** В последние годы все больше данных свидетельствуют о важной роли кишечного дисбактериоза в патогенезе сердечно-сосудистых осложнений у больных с тяжелым нарушением функции почек. В качестве потенциальных модуляторов этой взаимосвязи рассматриваются различные метаболиты кишечных бактерий.

**Цель.** Изучить взаимосвязи между содержанием фекальных короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) и параметрами ремоделирования миокарда у больных на программном гемодиализе.

**Материал и методы.** Одноцентровое кросс-секционное исследование с участием 30 гемодиализных больных (14 мужчин, медиана возраста – 61,5 (50,8–68) лет, продолжительность гемодиализной терапии – 60 (15-121) месяцев). Содержание КЦЖК в образцах кала изучалось методом газожидкостной хроматографии. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартному протоколу на ультразвуковой системе Vivid E95 (GE Healthcare; Norway). Взаимосвязь между показателями оценивалась с помощью корреляции Пирсона и многофакторного регрессионного анализа. Показатели с ненормальным распределением перед проведением анализа были логарифмически преобразованы.

**Результаты.** Общее содержание фекальных КЦЖК, включая абсолютные уровни уксусной, пропионовой и масляной кислот, у больных на диализе составило  $3,2 \pm 1,3$  мг/г (референсные значения –  $10,5 \pm 2,5$  мг/г) и значимо коррелировало с поперечным размером правого предсердия ( $r = -0,464$ ;  $p = 0,01$ ), продольным размером левого предсердия ( $r = -0,569$ ;  $p = 0,001$ ), индексом объема левого предсердия ( $r = -0,673$ ;  $p < 0,001$ ), конечным диастолическим размером левого желудочка ( $r = -0,532$ ;  $p = 0,003$ ), скоростью раннего диастолического движения латеральной части митрального кольца ( $r = 0,656$ ;  $p < 0,001$ ), толщиной межжелудочковой перегородки ( $r = -0,606$ ;  $p < 0,001$ ), задней стенки ( $r = -0,523$ ;  $p = 0,003$ ), индексом массы миокарда ( $r = -0,749$ ;  $p < 0,001$ ) и массой миокарда ( $r = -0,743$ ;  $p < 0,001$ ) левого желудочка. Между тем после поправки на зависимые традиционные факторы сердечно-сосудистого риска пониженный уровень КЦЖК значимо предсказывал только увеличение индекса массы миокарда левого желудочка ( $\beta = -0,396$ ;  $\beta = 0,032$ ).

**Выводы.** *Предварительные результаты настоящего исследования предполагают, что у гемодиализных больных более низкое содержание КЦЖК может быть связано с гипертрофией миокарда левого желудочка. Точные патогенетические механизмы данной ассоциации требуют дальнейшего изучения.*

## ЛОКОМОТИВНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

РОМАНОВА М.А., ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., ВАКУЛЕНКО О.Н., БУБМАН Л.И.,  
ЕЛИСЕЕВА Т.А., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.

ГБУЗ ГВВ № 3 ДЗМ, г. Москва, РФ

**Цель.** Анализ распространенности и особенностей течения локомоторного синдрома у больных гериатрического отделения стационара.

**Материал и методы.** В одномоментное исследование включено 58 пациентов (43 женщины и 15 мужчин) гериатрического отделения. Средний возраст больных достигал  $82,7 \pm 5,9$  лет (75–96 лет). Проводили комплексную гериатрическую оценку, включающую опросник «Возраст не помеха», индекс Бартел базовой активности в повседневной жизни, шкалу IADL инструментальной активности и шкалу падений Морсе. Заполняли опросники для оценки локомоторного синдрома – GLFS-5 и GLFS-25. Выполняли тест «2 шага».

**Результаты.** У 82,8% пациентов обнаружен локомоторный синдром: у 88,4% женщин и 66,7% мужчин ( $p=0,05$ ). Локомоторный синдром диагностирован у всех долгожителей, у 82,7% больных 80–89 лет и у 75% пациентов 75–79 лет. Основной причиной локомоторного синдрома были дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике и суставах, наблюдавшиеся у всех больных. Лишь у 1 больного был зарегистрирован локомоторный синдром I стадии, у всех остальных – II стадии. У пациентов с локомоторным синдромом наблюдались более низкие показатели активности в повседневной жизни ( $84,3 \pm 11,2$  и  $93,0 \pm 6,3$  баллов по индексу Бартел;  $p=0,01$ ), большая выраженность болевого синдрома по ВАШ ( $4,2 \pm 1,8$  и  $1,7 \pm 1,6$  баллов;  $p=0,003$ ) и меньшее расстояние 2 шагов ( $123,3 \pm 30,9$  и  $148,1 \pm 20,7$  см;  $p=0,003$ ). Установлены прямые корреляции между значениями шкалы локомоторной функции GLFS-5 и возрастом больных ( $r=0,33$ ;  $p=0,01$ ), а также выраженностью хронического болевого синдрома ( $r=0,55$ ;  $p=0,00007$ ). Зарегистрированы обратные взаимосвязи между показателями шкалы GLFS-5 и индекса Бартел ( $r=-0,44$ ;  $p=0,0005$ ), шкалы IADL ( $r=-0,41$ ;  $p=0,001$ ) и расстоянием, пройденном в тесте «2 шага» ( $r=-0,52$ ;  $p=0,0007$ ). Наблюдались обратные корреляции между значениями шкалы GLFS-25 и индекса Бартел ( $r=-0,41$ ;  $p=0,008$ ), шкалы IADL ( $r=-0,59$ ;  $p=0,00008$ ), теста «Мини-КОГ» ( $r=-0,37$ ;  $p=0,02$ ), а также показателями минеральной плотности костной ткани в проксимальных отделах бедренных костей ( $r=-0,39$ ;  $p=0,04$  –  $r=-0,54$ ;  $p=0,002$ ).

**Выводы.** *Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных гериатрического стационара очень часто обнаруживается локомоторный синдром, связанный с патологией опорно-двигательного аппарата. Выраженность локомоторного синдрома коррелирует с показателями функциональной активности больных, интенсивностью болевого синдрома и состоянием минеральной плотности костной ткани.*

## НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

РОМАЩЕНКО О.В.

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, РФ*

*НИУ «БелГУ», г. Белгород, РФ*

**Цель.** Определить перспективные направления исследования эффективного применения триметазидина у пациентов со стабильной стенокардией напряжения.

**Материал и методы.** Проводили тестирование триметазидина *in vitro* на модели лейкоцитов крови 31 пациента со стабильной стенокардией напряжения. Изучали жизнеспособность клеток методом флуоресцентной микроскопии с окраской живых и мёртвых клеток флуоресцентными красителями Calcein AM и Ethidium bromide. Визуализацию результата и количественную оценку проводили с использованием программного обеспечения микроскопа EZ-C1 FreeViewer Ver3.90 (компания Nikon). Всего было проанализировано 12 000 клеток. Пациентам выполняли биохимический анализ крови с определением липидного профиля, содержания креатинфосфокиназы (КФК), МВ-фракции КФК. Пациенты получали стандартную терапию стенокардии напряжения с применением гиполипидемических и антиангинальных средств. Проводили прогностический анализ Вальда.

**Результаты.** По данным тестирования *in vitro*, триметазидин проявлял максимальную цитопротекторную активность, повышая жизнеспособность клеток, у пациентов со стабильной стенокардией напряжения при уровне общего холестерина (ХС) в крови менее 5,3 ммоль/л (коэффициент информативности признака (КИП)=3,92); уровне ХС липопротеидов низкой плотности менее 2,0 ммоль/л (КИП=6,27); коэффициенте атерогенности менее 3,0 усл. ед. (КИП=2,79); при уровне общей КФК в крови более 87 Ед/л (КИП=0,71) и уровне МВ-КФК в крови более 15 Ед/л (КИП=1,01). Таким образом, триметазидин способен защищать клетки сердца и скелетной мускулатуры от повреждения на фоне интенсивной гиполипидемической терапии, предупреждая побочные эффекты гиполипидемических средств в виде рабдомиолиза и/или миопатии, что открывает новые перспективы исследования эффективного применения данного препарата у пациентов со стабильной стенокардией напряжения.

**Вывод.** *Получены экспериментальные доказательства высокой цитопротекторной эффективности триметазидина у пациентов со стабильной стенокардией напряжения с нормализованным липидным профилем на фоне комплексной фармакотерапии с использованием гиполипидемических средств и повышенными значениями креатинфосфокиназы в крови, что открывает новые перспективы исследования эффективного применения триметазидина у пациентов со стабильной стенокардией напряжения для профилактики осложнений интенсивной гиполипидемической терапии в виде миопатии и рабдомиолиза.*

## ДИНАМИКА УРОВНЯ ЦИРКУЛИРУЮЩЕГО ИММУННОГО КОМПЛЕКСА ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

РУБЦОВА Е.В., ЖДАНОВА Е.В.

ФГБУ НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова Минздрава России, г. Курган, РФ

**Введение.** Инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, может стать триггером развития постковидного синдрома с поражением мышечно-суставного аппарата (МСА). Одними из факторов, индуцирующих воспаление и иницирующих повреждение, являются циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК).

**Цель.** Оценить динамику концентрации ЦИК при различных клинических формах суставного синдрома у пациентов, перенесших SARS-CoV-2-инфекцию.

**Материал и методы.** Обследован 21 пациент с недифференцированной патологией МСА, сформировавшейся или прогрессирующей после перенесенной COVID-19-инфекции в течение последних 3-15 месяцев, подтвержденная положительным титром IgG к SARS-CoV-2. Проведено УЗИ-исследование суставов (УЗИ-аппарат Mindray 6 Exp (Китай), стандартное клиничко-лабораторное исследование, определен уровень ЦИК в крови иммуноферментным методом.

**Результаты.** Выделены 4 варианта суставного синдрома.

1 – Изолированная поствоспалительная артралгия (35,0±10,4 лет). В 47% - поражения лучезапястных (ЛЗС), голеностопных (ГСС) 26%, коленных суставов (КС) 20%. 76% - асимметричная моноартропатия в покое. Острофазовые показатели (ОП): норма. ЦИК – 8,05 [1,67; 11,45] мкг/мл. Суставной синдром купирован НПВП курсами до 10 дней.

2 – Поствоспалительные артриты без повреждения хрящевой ткани сустава (44±11,6 лет). Поражение КС в 37%, ГСС - 25%, дистальных межфаланговых суставов - 23%.

Выраженный болевой синдром, припухлость периартикулярных мягких тканей, тугоподвижность. УЗ-признаки синовита, тенносиновита. ОП ↑. ЦИК – 11,45 [9,33; 12,98] мкг/мл. Длительный курс НПВС-терапии.

3 – Артропатия с дебютом деструкции хрящевой ткани (57,0±12,3 лет). Начало заболевания – острый полиартрит крупных и мелких суставов с генерализованной полиартралгией и полимиалгией. В 50% поражение КС, 24% - ТБС, 13% - ЛЗС. УЗ-признаки бурсита на фоне деструкции хрящей. ОП ↑, ЦИК – 8,58 [6,23; 14,27] мкг/мл. Медикаментозная терапия суставного синдрома малоэффективна.

4 – Прогрессирующая деструкция хрящевой ткани суставов (70,3±2,9 лет). 50% артрозо-артрит КС, 44% - ЛЗС, 33% - ГСС, 17% - ТБС. Полиартикулярные повреждения чаще симметричны, на фоне физических нагрузок. ОП ↑, ЦИК – 4,29 [3,1; 5,7] мкг/мл.

**Вывод.** Увеличение количества ЦИК в крови у пациентов с артралгиями и артритами свидетельствует о их патогенной роли в формировании постковидного суставного синдрома.

## РЕАЛИИ В ПРАКТИКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ

РУДЕНКО И.Б., МАМУТИН И.В., МАЛИКОВА А.Р., МАМЕЕВА О.В.  
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, РФ

**Цель.** Изучить последствия применения глюкокортикостероидной (ГКС) терапии у больных с ревматическими заболеваниями.

**Материал и методы.** Обследовано 135 пациентов с ревматоидным и псориатическим артритом, на базе ревматологического отделения БУЗ УР ГKB № 6 МЗ УР г. Ижевска за 2023 год. Возраст пациентов: 32 – 83 лет. Все пациенты получали поддерживающую дозу (4-6 мг) метилпреднизолона, распределены на группы в зависимости от длительности приема метилпреднизолона: 1 группа (до 1 года) – 21 человек; 2 группа (1–5 лет) – 55; 3 группа (5–10 лет) – 25; 4 группа (10–20 лет) – 20; 5 группа (более 20 лет) – 14 пациентов. Анализ проводился по результатам клинического и биохимического анализов крови, учитывались данные коморбидности, денситометрии, выявления переломов в анамнезе. Статистическая обработка включала расчёт коэффициента корреляции Пирсона.

**Результаты.** Среди всех пациентов синдром Кушинга встречался в 13% случаях. При этом, основная доля приходилась на вторую группу пациентов, где выявлена заметная положительная корреляционная связь ( $r=0,56$ ;  $p < 0,05$ ). Артериальная гипертензия зафиксирована у 60% от всех исследуемых. Зависимость между стажем приёма и частотой АГ умеренная ( $r=0,39$ ;  $p < 0,05$ ). При этом, в третьей группе - корреляционная связь выявлена высокая ( $r=0,72$ ;  $p < 0,05$ ). Слабая корреляция выявлена в отношении гиперхолестеринемии, которая зачастую имеет место в патогенезе АГ ( $r=0,27$ ;  $p < 0,05$ ). ИМТ выше 25 встречался в 44,5% случаев. Во второй группе корреляционная связь между стажем терапии и развитием ожирения заметная ( $r=0,58$ ;  $p < 0,05$ ). Другим распространенным осложнением является остеопороз. Во второй группе имеется заметная положительная связь ( $r=0,61$ ;  $p < 0,05$ ). В остальных группах корреляционная связь умеренная (во всей совокупности пациентов  $r=0,43$ ;  $p < 0,05$ ). Коэффициент корреляции между возникновением переломов среди всех обследуемых пациентов составил 0,37 ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** При стаже приема от 1 до 5 лет повышается вероятность развития гиперкортицизма, артериальной гипертензии, ожирения, остеопороза. Требуется разработка новых терапевтических стратегий, включая персонализированные схемы лечения и профилактические меры для минимизации осложнений.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ

РЫЖИХ А.А., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Подходы к ведению пациентов в восстановительном периоде после перенесенного COVID-19 являются актуальной проблемой для первичного звена здравоохранения.

**Цель.** Оценка клинико-лабораторных параметров у пациентов в постковидный период.

**Материал и методы.** В рамках первичного приема в исследование было включено 122 пациента (45,1% мужчин и 54,9% женщин). Медиана возраста 46,0 [36,3-52,0] лет. Всем пациентам был проведен общепринятый физикальный осмотр, лабораторное обследование с проведением клинического и биохимического анализов крови.

**Результаты.** Лёгкое течение COVID-19 в анамнезе имелось у 39 (32%), среднетяжёлое – у 49 (40,2%), тяжёлое – у 34 (27,9%) пациентов. К 66,6±15,2 дню после 1-го дня болезни жалобы предъявляли 115 (94,3%) пациентов (66 (98,5% женщин)). Усталость/повышенная утомляемость, головная боль и «мозговой туман» - ведущие симптомы в пост-ковидном периоде. Усталость ко 2-му месяцу после перенесенной инфекции отмечали 73% пациентов. Одышку и кашель предъявляли 26,2% и 28,7% пациентов, соответственно. Актуальной проблемой для каждого пятого пациента было выпадение волос (чаще у женщин,  $p < 0,001$ ). ЧСС составила 75,0 [66,0; 84,8] уд/мин, систолическое АД – 125,0 [115,0; 140,0] мм рт.ст., диастолическое АД – 80,0 [75,0; 89,8] мм рт.ст., сатурация кислорода – 97,0 [96,0; 97,0]%. Ожирение имелось у 43 (35,2%) лиц, при этом данная патология выявлялась у более чем у 30% пациентов, которые предъявляли жалобы, но разница между пациентами без жалоб была статистически незначима ( $p=0,419$ ). У 30% пациентов сохранялся лейкоцитоз, повышение СОЭ у 21,2%, СРБ у 32,4%, интерлейкина-6 у 70%. Повышение АЛТ – у половины пациентов. Пациенты, которые предъявляли жалобы, по сравнению с пациентами без жалоб, имели чаще тромбоцитоз ( $p=0,008$ ), снижение уровня сывороточного железа ( $p=0,034$ ) и ферритинемию ( $p=0,016$ ).

**Выводы.** У большинства пациентов, обращающихся к врачу первичного звена, после COVID-19 сохраняются симптомы, типичные для постинфекционного периода и лабораторные изменения, свидетельствующие о сохранении воспалительного процесса, тяготящий период выздоровления. В рамках амбулаторного этапа важно выделять группу пациентов с описанными жалобами, лабораторными обследованиями, как подверженную риску более длительного восстановления и сохранения жалоб.

## ЭТИОЛОГИЯ ОДЫШКИ У ПАЦИЕНТОВ С БА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

САВИЧ М.Б., ДЕМКО И.В., СОБКО Е.А., ИЩЕНКО О.П.

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, РФ*

**Актуальность.** В настоящее время растёт удельный вес больных бронхиальной астмой (БА), имеющих сопутствующую сердечно-сосудистую патологию. Необходим поиск новых диагностических маркеров хронической сердечной недостаточности (ХСН), с целью ранней диагностики, своевременно начатой терапии, а, следовательно, снижения числа госпитализаций и смертности.

**Цель.** Определить этиологическую причину одышки у пациентов с БА и сочетанной патологией, а также выявить прогностическую ценность маркеров NTproBNP, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) у больных БА различной степени тяжести и пациентов с БА в сочетании с ХСН.

**Материал и методы.** Исследование одобрено локальным этическим комитетом КрасГМУ (протокол № 93/2019, от 20.11.2019). Общая выборка включала 90 человек с клиникой одышки, из них (1-я группа): 20 пациентов с БА, медиана возраста 54,5 [46,0; 61,0] лет. 2-я группа: 52 больных с БА + ХСН с сохраненной ФВ, медиана возраста 67,5 [61; 74] лет. 3-я группа: 5 пациентов с БА + ХСН с промежуточной ФВ, медиана возраста 56,0 [56,0; 64,0] лет. 4-я группа: 13 пациентов с БА + ХСН со сниженной ФВ, медиана возраста 65,0 [60; 70] лет. Во всех группах были исследованы маркеры: N-терминальный мозговой натрийуретический пептид (NTproBNP), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ), щелочная фосфатаза (ЩФ) в зависимости от фракции выброса левого желудочка.

**Результаты.** Выявлено значимое повышение уровня NTproBNP в плазме крови больных БА + ХСН в сравнении с пациентами, имеющими только БА ( $p_{1-2} < 0,05$ ). Увеличение NTproBNP ассоциировано со снижением ФВ у пациентов с БА + ХСН ( $p_{2-3} = 0,05$ ,  $p_{2-4} < 0,05$ ,  $p_{3-4} = 0,09$ ). Выявлено значимое повышение уровня ГГТ в плазме крови больных БА + ХСН с различной ФВ в сравнении с группой, имеющей только БА ( $p_{1-2} = 0,01$ ). Увеличение ГГТ ассоциировано со снижением ФВ у пациентов с сочетанной патологией БА + ХСН ( $p_{2-3} = 0,004$ ,  $p_{2-4} = 0,02$ ,  $p_{3-4} = 0,9$ ).

Выявлено значимое повышение уровня ЩФ в плазме крови больных БА + ХСН в сравнении с имеющими только БА ( $p_{1-2} = 0,004$ ). Увеличение данного маркера ассоциировано со снижением ФВ у пациентов с сочетанной патологией БА + ХСН ( $p_{2-3} = 0,97$ ,  $p_{2-4} = 0,03$ ,  $p_{3-4} = 0,05$ ).

**Вывод.** *Маркеры NTproBNP, ГГТ, ЩФ могут использоваться в качестве патогенетических маркеров ХСН у пациентов с БА.*

## **ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОВОКУПНОСТИ ЕГО ФАКТОРОВ РИСКА НА ФОНЕ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ТРЕТИЙ ЭТАП КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ**

САВЧЕНКО М.В., ЮХИНА Ю.Е.

*ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, РФ*

**Цель.** Исследовать динамику показателей метаболического статуса (углеводный, липидный обмен, массы тела) и охарактеризовать факторы риска сахарного диабета 2 типа (СД 2) среди пациентов на третьем этапе кардиореабилитации после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) на фоне высокоинтенсивной терапии статинами.

**Материал и методы.** Проведен контент-анализ 400 амбулаторных карт. Медиана возраста в группе составила 61,7±9,6 лет, 297 мужчин (74,3%). Изучаемыми параметрами были уровень глюкозы крови натощак, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии, окружность бедер, индекс формы тела, а также факторы риска по развитию СД 2, сахарный диабет или предиабет *de novo*.

**Результаты.** Помимо сердечно-сосудистых заболеваний (которые присутствовали у 100% пациентов), имелись еще 2 независимых фактора риска (ФР) СД 2 – артериальная гипертензия и возраст 45 лет и старше. На втором месте по частоте встречаемости среди ФР были дислипидемия, постоянный прием статинов и избыточная масса тела/ожирение, на третьем месте – низкая физическая активность. Исходно СД 2 имелся у 12,3% пациентов. За время наблюдения был зарегистрирован статистически значимый прирост случаев СД 2 - 30 случаев СД 2 *de novo*. Исходно предиабет имелся у 81 пациентов (20,3%), к завершению наблюдения число пациентов с предиабетом составило 95 человек (23,8%). Высоконормальный уровень глюкозы крови наблюдался исходно у 63 пациентов (15,8%), к завершению наблюдения число пациентов с высококонормальной глюкозой составило 97 человек (24,3%). Исходный высококонормальный уровень глюкозы крови повышал вероятность развития СД 2 в 3 раза, предиабета – в 2 раза.

**Выводы.** *В группе пациентов после ОКС на третьем этапе кардиореабилитации регистрируется высокая распространенность традиционных и некоторых дополнительных ФР СД 2. По завершении программы кардиореабилитации распространенность СД 2 в группе составила 17,0%, продемонстрировав статистически значимый прирост ( $p < 0,000$ ). Было зарегистрировано статистически значимое увеличение доли пациентов с высококонормальным уровнем глюкозы крови среди пациентов с исходным уровнем гликемии натощак  $< 5,6$  ммоль/л. Наиболее часто неблагоприятные изменения углеводного обмена *de novo* (предиабет; СД 2) регистрировались среди пациентов с исходным уровнем глюкозы крови в диапазоне 5,6-6,0 ммоль/л (высоконормальный уровень).*

## **ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

САЖИНА А.С., КУРОЧКИНА О.Н.

*ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер», г. Сыктывкар, РФ  
ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар, РФ*

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является широко распространенным заболеванием среди жителей республики Коми, являющейся регионом России с низкой плотностью проживающего населения. Повышение уровня оказания медицинской помощи, меры социальной поддержки и реабилитации приводят к улучшению качества жизни и возрастанию доли пациентов пожилого и старческого возраста, и как следствие, увеличению сопутствующей патологии в структуре диагнозов пациентов с ХСН.

**Цель.** Изучить влияние сопутствующей патологии на прогноз пациентов с ХСН.

**Материал и методы.** Произведена выборка данных по историям болезней и рассчитан индекс коморбидности Чарлсона, который представляет собой балльную систему оценки сопутствующих заболеваний и возраста, по результатам баллов оценивается прогноз выживаемости. Все данные внесены в таблицу в программе Excel 2019, статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Excel и XLSTAT с расчетом линейной регрессии, проведен ROC-анализ. Далее оценивалась трехлетняя выживаемость пациентов с помощью региональной медицинской информационной системы.

**Результаты.** Изучено 278 историй болезней пациентов с ХСН. Среди них мужчин – 65%, женщин – 35%, средний возраст составлял 65,2 лет. Среди сопутствующей патологии заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены у 49,6%, болезни эндокринной системы у 36%, ожирение встречалось у 26,6%, хроническая болезнь почек у 22%, цереброваскулярная патология у 18,3%. В 11% случаев выявлены поражения легких, патология суставов 5% и злокачественный новообразования в анамнезе 4,3%. Произведен расчет индекса коморбидности Чарлсона. В исследуемой группе 1 пациент имеет 10-летнюю выживаемость 96%, 18 пациентов – 90%, 40 пациентов 77%, 51 пациент 53%, 44 пациента 21%. 124 пациента, по расчетам, которые получили 6 и более баллов имеют процент 10-летней выживаемости менее 21%. При анализе данных пациентов с ХСН отдаленная выживаемость составляет 67,3% (n=187) пациентов в течение 3 лет. 32,7% (n=91) пациентов умерли. По данным исследования индекс коморбидности Чальстона равный 5 и более баллов является предиктором неблагоприятного прогноза для пациентов с ХСН (p <0,0001).

**Вывод.** *Сопутствующая патология у пациентов с ХСН ведет к увеличению смертности.*

## **ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ СНА**

САЛИЕВА Э.Р., ФАРАДЖОВ Р.А., ДАВЛУТАКАЕВА Х., ШЕВЧЕНКО А.О.  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Изучить связь основных факторов риска сердечно-сосудистых событий с функциональными показателями сна.

**Материал и методы.** В исследование включались лица молодого и среднего возраста, оценивающие себя как «практически здоровые», в возрасте от 19 до 44 лет, из них 33 (66%) женщин и 17 (34%) мужчин. Всем участникам выполнялись сомнографическое мониторирование (сомнограф «Sleep apnea screen meter» RS01, China), исследование субъективной оценки качества сна (с использованием специализированной анкеты), выраженности психоэмоционального стресса (шкала воспринимаемого стресса-10), определен уровень личностной и реактивной тревожной симптоматики (опросник Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина), определен уровень физической активности (опросник IPAQ). Статистическая обработка выполнена в программе SPSS 18.0 (SPSS Inc., США). Под нарушениями сна подразумевались изменения выявленные при сомнографическом мониторировании и субъективные качества сна.

**Результаты.** В ходе исследования было выявлено, что синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) имелся у 11 пациентов.

У пациентов с СОАС отмечались более высокие значения индекса массы тела (ИМТ) ( $26,3 \pm 4,1$  против  $21,6 \pm 3,8$ , соответственно,  $p < 0,05$ ) и окружности талии (ОТ) ( $79,6 \pm 14,6$  против  $71,4 \pm 10,9$ , соответственно,  $p < 0,05$ ), по сравнению с пациентами без признаков СОАС. Средняя продолжительность сна составила  $6,7 \pm 1,5$  часов, при этом короткий сон выявлен у 22 пациентов. Обнаружена связь короткого сна с высоким уровнем воспринимаемого стресса (67,7% против 32,3%,  $p < 0,05$ ), употреблением табака (61,4% против 43,6%,  $p < 0,05$ ). При анкетировании, здоровый сон выявлен у 29 участников, у 8 отмечались выраженные нарушения сна. Умеренно выраженные нарушения сна чаще наблюдались у лиц с короткой продолжительностью сна (61,9% против 38,1%,  $p < 0,05$ ) и у пациентов с гиподинамией (57,5%,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** *Объективные и субъективные показатели, характеризующие продолжительность и качество сна связаны с основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с чем требуется выяснить, как влияет нормализация артериального давления при помощи немедикаментозных методов и лекарственной терапии на объективные и субъективные показатели сна.*

## ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЯ БЛЯШЕЧНОГО ПСОРИАЗА

САМАРИНА Е.И., ЛИЛЕЕВА Е.Г.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, РФ

**Цель.** Провести исследование медицинской документации для определения наличия факторов, провоцирующих приступы возникновения бляшечного псориаза в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** Данные выписок из стационаров и медицинских карт 336 больных с бляшечным псориазом за два года, которые были подвержены ретроспективному анализу. Материалы обрабатывали статистически.

**Результаты.** При детальном анализе медицинской документации различных субъектов дерматовенерологической службы Центрального федерального округа был проведен анализ наиболее частых причин, приводящих к возникновению обострения заболевания, по мнению пациентов. Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) к возникновению заболевания и возникновению обострения приводили: нерегулярность применения назначенной терапии в 35%, инфекционные заболевания и заболевания верхних дыхательных путей (ОРВИ, бронхиты) в 28% случаев и стрессы в 20% случаев. Менее частыми факторами, провоцирующими высыпания, больные отмечали такие факторы, как реакции на прием лекарств в 7% и сезонные обострения в 10% случаев.

Полученные данные достоверно подтверждают наибольшую приверженность к терапии у пациентов, моложе 60 лет, хорошо информированных о факторах риска развития бляшечного псориаза. В группе с достаточным уровнем приверженности, когда пациентами соблюдалось более 80% назначений врача, 72,7% пациентов знали о факторах риска; в группе со средней приверженностью, когда пациентами соблюдается от 30% до 80% назначений дерматовенерологов, лишь 58,3% пациентов соблюдали назначения врача.

**Выводы.** *Основной фактор, приводящий к рецидиву бляшечного псориаза – нерегулярность применяемой терапии. Информирование пациентов о факторах, приводящих к обострениям заболевания, позволяет повысить приверженность к назначенной терапии. Общей тенденцией возникновения рецидивов признаны простудные заболевания, стресс, напряженный график труда и отдыха, сезонный фотопериод, экологическая обстановка. Дополнительными триггерами развития и хронического течения псориаза являются злоупотребление алкоголем, курение, травмы.*

## СТРАХ ПОВТОРНЫХ ПАДЕНИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ПАДЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

САМКОВА И.А., ЛАРИНА В.Н.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Оценка вклада эмоционального состояния в виде страха падений в риск развития локомоторных падений у пациентов женского пола в возрасте 60 лет и старше с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** В исследование включены 85 пациенток в возрасте 60 лет и старше (72,7±6,1 года). Проводились сбор анамнеза, общепринятый физикальный осмотр, оценивались наличие ортостатической гипотензии (ОГ), риск падений и страх падений с помощью краткой шкалы оценки страха падений и шкалы эффективности падений.

**Результаты.** Сопутствующие заболевания имелись у всех пациентов: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 29%, ожирение – у 36%, остеопороз – у 28%, остеоартрит – у 83%, сахарный диабет – у 13%, ХБП – у 24%, 2 и более сопутствующих заболеваний – у 98% пациентов. Уровень систолического АД составил 136,6±12,0 мм рт.ст., диастолического АД – 83,8±10,0 мм рт.ст. У 36% пациентов не был достигнут целевой уровень АД. Падения в анамнезе имелись у 84% пациентов (1,2±0,7 падений у одного человека за последний год), ортостатическая гипотензия - у 28% женщин. Страх повторных падений выявлен у 81% (74,3±8,7 балл), согласно шкале эффективности падений и у 44% пациентов - согласно краткой шкале оценки страха падений. Переломы в анамнезе в результате падений за последний год регистрировались у 17% пациентов. Страх падений как по результатам краткой шкалы оценки страха падений (ОШ 4,47 ДИ 1,15-17,40), так и по результатам шкалы эффективности падений (ОШ 10,50, ДИ 2,89-38,11) ассоциировался с вероятностью падений ( $p < 0,001$ ), ортостатической гипотензией (ОШ 6,86, 95% ДИ 0,85-55,3 и ОШ 7,50, 95% ДИ 0,93-60,35) и ИБС (ОШ 2,96 ДИ 1,11-7,96).

**Вывод.** *Страх падений возможно рассматривать как самостоятельный фактор риска падений у женщин с АГ, особенно имеющих ортостатическую гипотензию и ИБС, что требует дальнейшего изучения.*

## СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА СНА, ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

САМОЙЛОВА Ю.С., РЕУТСКАЯ В.В., СКУРАТОВА О.С., ЛАГУТИНА С.Н.  
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ

**Актуальность.** Одним из ключевых условий для нормального протекания и исхода беременности является качественный сон матери. Согласно данным множества исследований пропорционально увеличению срока гестации у женщин выявляются расстройства сна, дневная сонливость и тревожно-депрессивные расстройства.

**Цель.** Изучение встречаемости дневной сонливости, тревожно-депрессивных расстройств, качество сна у беременных женщин в III триместре.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 44 женщины в возрасте 20-39 лет (средний возраст  $28,9 \pm 5,0$  лет) на 27–41 неделе гестации. Анкетирование выполнялось с использованием Эпвортской шкалы дневной сонливости (ESS), Питтсбургского опросника определения индекса качества сна (PSQI), Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Статистическая обработка основывалась на методах описательной статистики (расчет средних величин, абсолютные и относительные значения изучаемых признаков или состояний) пакета статистической программы MS Excel.

**Результаты.** По результатам ESS выявлено отсутствие дневной сонливости (47,7%), легкая дневная сонливость (40,9%), умеренная сонливость (9,1%), выраженная сонливость (2,3%). Общая сумма баллов PSQI более чем у половины опрошенных (72,7%) составила больше 5, а средний балл составил  $7,5 \pm 3,1$ , что говорит о большой распространенности нарушений сна на поздних сроках гестации. В рамках данного исследования опрашивались близкие и родственники тестируемых женщин, которые отметили подергивание ногами во время сна (50%), громкий храп (27,3%), длительные задержки дыхания во время сна (4,5%), эпизоды дезориентации или замешательства в период сна (11,4%). Результаты тестирования по HADS показали наличие тревожно-депрессивных расстройств разной степени выраженности у 54,5% беременных. Выявлена взаимосвязь между эмоциональным состоянием пациенток и качеством их сна: частые ночные пробуждения, подергивание ногами во время сна, дневная сонливость наблюдались у беременных с выраженными признаками тревоги и депрессии.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об ухудшении качества сна беременных женщин в III триместре, наличии дневной сонливости и тревожно-депрессивных расстройств. Поэтому необходима ранняя диагностика данных состояний с последующим динамическим наблюдением женщин у психолога, терапевта, акушера-гинеколога для предотвращения осложнений беременности и родов.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

САМОЙЛОВА Ю.С., СКУРАТОВА О.С., ЛАГУТИНА С.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ

**Актуальность.** Снижение уровня эстрогенов является одной из главных причин роста сердечно-сосудистого риска и метаболического синдрома у женщин в постменопаузе. Многими исследованиями доказано, что применение менопаузальной гормональной терапии (МГТ) приводило к повышению уровня липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) с переменным влиянием на концентрацию триглицеридов (ТГ), снижению общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП).

**Цель.** Оценка показателей липидного обмена у женщин в постменопаузе.

**Материал и методы.** Анализ показателей липидного профиля проводился у 38 женщин в возрасте от 50 до 65 лет в постменопаузе ( $58 \pm 3,7$  лет). В первую группу вошли пациентки, не принимающие МГТ ( $n=25$ ), во вторую – принимающие пероральные эстрогены ( $n=15$ ). Статистическая обработка основывалась на методах описательной статистики (расчет средних величин) пакета статистической программы MS Excel.

**Результаты.** В первой группе средние показатели липидного обмена составили: ОХ -  $6,09 \pm 1,16$  ммоль/л, ХС-ЛПНП -  $3,86 \pm 1,07$  ммоль/л, ХС-ЛПВП -  $1,38 \pm 0,37$  ммоль/л, ТГ -  $1,45 \pm 0,82$  ммоль/л, индекс атерогенности  $3,84 \pm 2,19$ .

В группе женщин, принимающих МГТ, можно обнаружить снижение ОХ на 21,2% ( $4,8 \pm 0,85$  ммоль/л), ХС-ЛПНП на 29,2% ( $2,73 \pm 0,58$  ммоль/л), ТГ на 31,9% ( $0,99 \pm 0,47$  ммоль/л), индекса атерогенности на 37,7% ( $2,39 \pm 0,99$ ) и увеличение ХС-ЛПВП на 7% ( $1,48 \pm 0,31$  ммоль/л).

Полученные результаты обусловлены тем, что МГТ за счет наличия эстрогенов оказывает противовоспалительное, антиоксидантное и защитное действия, влияют на обмен липидов, повышая продукцию богатых ТГ частиц ЛПОНП, что сопровождается повышением уровня общих ТГ в крови. Снижение содержания ЛПНП происходит посредством увеличения числа печеночных рецепторов к ЛПНП.

**Выводы.** Пероральные эстрогены способствуют снижению показателей липидного профиля, риска развития атеросклероза и риска сердечно-сосудистых заболеваний соответственно. Поэтому существует необходимость регулярного контроля данных показателей и сотрудничества врача-терапевта и акушера-гинеколога для адекватной коррекции нарушений, связанных с менопаузой.

## ЧТО ИЗВЕСТНО О САРКОПИИ СЕГОДНЯ И КАК ЕЕ ЛЕЧИТЬ

САФОНОВА Ю.А.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ  
СПб ГБУЗ КРБ №25, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Актуальность.** Саркопения обусловлена прогрессирующей и генерализованной потерей мышечной массы с нарушением функции скелетных мышц. Чаще возникает у людей пожилого и старческого возраста, однако может наблюдаться при полиорганной недостаточности, прогрессировании хронических заболеваний, вследствие нарушения питания, снижения физической активности. Прогностически неблагоприятными исходами саркопии, особенно у людей пожилого и старческого возраста, являются падения и переломы, которые ведут к снижению функциональной активности, повышая риск смерти от всех причин.

**Цель.** Проанализировать диагностические критерии саркопии, предложенные разными международными группами, оценить факторы риска, методы лечения и профилактики заболевания.

**Материал и методы.** В одномоментное исследование включены 230 человек, из них 70 мужчин (30,4%) и 160 женщин (69,6%) медиана возраста – 75 [68; 79] лет. Диагностику саркопии проводили с использованием критериев Foundation of NIH Sarcopenia (FNIH), European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2), Sarcopenia Definition and Outcomes Consortium (SDOC), Global Leadership Initiative in Sarcopenia (GLIS). Для оценки факторов риска применяли логистический регрессионный анализ и метод классификационных деревьев. В качестве лекарственной терапии использовали нативные формы витамина D<sub>3</sub>.

**Результаты.** В выборке людей в возрасте  $\geq 65$  лет частота саркопии варьировала от 15 до 32% в зависимости от используемых диагностических критериев. При применении диагностических критериев EWGSOP2 саркопения была выявлена у 28,7% пациентов старше 65 лет. Частота саркопии увеличивалась с возрастом, достигая 59% у людей 85 лет и старше. Значимыми факторами риска оказались возраст  $\geq 78$  лет ( $p=0,023$ ), ИМТ  $< 24$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ), а также уровень 25 (ОН)D  $< 21$  нг/мл ( $p=0,007$ ), высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ)  $\geq 6$  мг/л ( $p < 0,001$ ), общий белок в сыворотке крови  $< 65$  г/л ( $p < 0,001$ ) и расчетная СКФ  $< 62$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> ( $p=0,004$ ). В качестве лекарственной терапии использовали нативные формы витамина D<sub>3</sub>, продемонстрировавшие улучшение функции скелетных мышц ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Саркопения является распространенным заболеванием у людей пожилого и старческого возраста вне зависимости от применяемых критериев ее диагностики. Выявлены факторы, ассоциированные с риском развития саркопии, на основании чего был получен патент на изобретение и свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ. Нативные формы витамина D оказали благоприятное воздействие на функцию скелетных мышц.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ОКСИДАТИВНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СО СТЕПЕНЬЮ ПОЛИМОРБИДНОСТИ**

СВИСТУН О.В.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, РФ*

**Актуальность.** Исследование параметров оксидативного метаболизма у пациентов с бронхиальной астмой (БА) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) становится все более актуальным в связи с растущей заболеваемостью и сложностью клинических проявлений этих состояний. Полиморбидность у пациентов усугубляет течение заболеваний и требует комплексного подхода к диагностике и лечению.

**Цель.** Изучить взаимосвязь параметров оксидативного метаболизма у пациентов с БА и ГЭРБ со степенью полиморбидности.

**Материал и методы.** В исследование были включены 30 больных (13 мужчин, 17 женщин) БА, коморбидной с ГЭРБ, в возрасте 18–65 лет, средний возраст составил  $51,5 \pm 2,5$  года.

**Результаты.** У больных с БА, помимо коморбидной ГЭРБ, были выявлены сопутствующие заболевания. Количество болезней в среднем у одного человека равнялось 4,6. У семи больных определялось 5 болезней, у двенадцати – 4, у семи – 6 и у четырех – 7 заболеваний. Была выявлена статистически значимая прямая корреляция между количеством заболеваний у одного пациента и окисляемостью тиоловых групп в крови, а также уровнями супероксиддисмутазы в крови и слюне. При анализе полиморбидности, способствующей развитию как БА, так и ГЭРБ, следует отметить, что степень полиморбидности была связана с более высоким уровнем ферментативной активности антиоксидантной защиты в условиях оксидативного воспаления, отражая активацию компенсаторных реакций как в крови, так и в слюне. Также была установлена статистически значимая отрицательная корреляция между средним числом заболеваний и активностью каталазы крови, что может свидетельствовать о частичном истощении антиоксидантной защиты. Отрицательная корреляция между количеством заболеваний и уровнем белка в слюне объясняется изменением белкового состава слюны в ответ на воздействие гастроэзофагеального рефлюктата, что приводит к снижению предэпителиальной защиты слизистой оболочки пищевода.

**Вывод.** У пациентов с БА с коморбидной ГЭРБ выявлены разнонаправленные изменения ферментативной и неферментативной антиоксидантной защиты, ассоциированные со степенью полиморбидности.

## РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

СЕДЫХ Д.Ю., КАШТАЛАП В.В., БАРБАРАШ О.Л.  
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, РФ

**Цель.** Проанализировать показатели приверженности лечению и их различия у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от социальных факторов.

**Материал и методы.** В проспективное исследование включены 150 пациентов с ИМ, возрастом 60 (50; 66) лет; 103 (68,7%) – мужчины; 107 (71,3%) – горожане; 78 (52%) – работающие, 118 (78,7%) – состояли в браке или проживали с партнером, 42 (28%) – имели высшее образование, 129 (86%) – с сердечно-сосудистым анамнезом. Регулярно до ИМ принимали гипотензивную терапию 87 (58%) пациентов, липидснижающую – 25 (16,7%), другие препараты – 94 (62,7%). В стационаре пациенты проанкетированы для оценки интегрального показателя приверженности лечению (ИППКЛ) (от 1 до 18 баллов) и его отдельных показателей (по опроснику «Медико-социальной готовности к лечению Давыдова С.В.» (-2 до 2 баллов). Далее, в зависимости от социальных факторов, оценивались различия показателей анкет с использованием Хи<sup>2</sup> Пирсона.

**Результаты.** У 150 пациентов с ИМ ИППКЛ составил 5 (4; 8) баллов, для 69 (46%) человек соответствуя низкому уровню приверженности лечению. Пациенты с ИМ в возрасте 35-49 лет имели относительно высокий показатель удовлетворенности режимом назначенной терапии ( $p=0,046$ ) и низкий – медико-социальной информированности ( $p=0,033$ ). Женщины с ИМ меньше были готовы оплачивать лечение ( $p=0,027$ ) и меньше доверяли терапевтической стратегии лечащего врача ( $p=0,019$ ), имели меньший ИППКЛ ( $p=0,018$ ), выражая большую удовлетворенность результатами проводимой в стационаре терапии ( $p=0,006$ ). Городские пациенты имели более высокие медико-социальную адаптированность ( $p=0,017$ ) и информированность ( $p=0,001$ ), удовлетворенность режимом назначенной терапии ( $p=0,005$ ), при более низких показателях отсутствия склонности к медико-социальной изоляции ( $p=0,001$ ) и доверия к терапевтической стратегии лечащего врача ( $p=0,001$ ), меньшем ИППКЛ ( $p=0,001$ ). Пациенты с ИМ и высшим образованием имели более высокую медико-социальную адаптированность ( $p=0,029$ ).

**Вывод.** Приверженность лечению при ИМ соответствовала низкому уровню у 46% пациентов, дифференцируясь по отдельным показателям анкеты у пациентов различного возраста, пола, места проживания и образования, что следует учитывать при формировании профилактических программ.

**Финансирование:** работа выполнена в рамках темы «Разработка инновационных моделей управления риском развития болезней системы кровообращения с учетом коморбидности на основе изучения фундаментальных, клинических, эпидемиологических механизмов и организационных технологий медицинской помощи в условиях промышленного региона Сибири (0419-2022-0002)».

## **ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ГЛЮТЕН-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

СЕМЕНОВА Е.А., ЕФРЕМОВА А.Ю., ШОСТКА А.Г., БАКУЛИН И.Г.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Актуальность.** Клинические регистры являются важным инструментом эпидемиологического учета больных, изучения течения, прогноза и лечения определенных нозологий. Учитывая, что в России не проводилось популяционных исследований по изучению глютен-ассоциированных заболеваний (ГАЗ), разработка и внедрение профильного регистра позволит получить уникальную информацию о данной группе состояний.

**Цель.** Создание и внедрение в реальную клиническую практику Северо-Западного регистра взрослых больных ГАЗ.

**Материал и методы.** С октября 2022 г. было осмотрено 120 пациентов. Перед включением больных в регистр оценивались результаты обследований согласно диагностическому протоколу ГАЗ. В регистр включено 60 человек, имеющие критерии различных вариантов непереносимости глютена или генетический риск развития целиакии. Соотношение мужчин и женщин – 1:1,2. Средний возраст пациентов 35,4±12 лет.

**Результаты.** Структура диагнозов в регистре: 9 человек (15%) с дебютом целиакии, 24 (40%) с хроническим течением целиакии, 11 (18,3%) с генетической предрасположенностью, 10 (16,7%) с нецелиакийной чувствительностью к глютену, 6 (10%) с неуточненным нарушением толерантности к глютену (данная группа продолжает проходить обследование). Клиническое течение целиакии в виде симптомной формы выявлено у 28 человек (87,9%), в том числе атипичный вариант у 4 (12,1%) и типичный у 25 (75,8%); латентное течение – у 4 (12,1%); признаки потенциальной формы – у 1 (3%).

Генетический профиль пациентов был разнообразен: у 61,5% определялся гаплотип DQ-2, у 12,8% – DQ-8, у 10,3% – DQ-7, в то время как в 15,4% было сочетание гаплотипов DQ-2/8 и DQ-7/8. На момент обращения 31 пациент (51,7%) соблюдал безглютеновую диету (БГД) более 3-х месяцев, что не привело к купированию жалоб у 3/4 больных. Так абдоминальные боли имели 50%, вздутие живота – 35,5%, диарею – 22,6%. Внекишечные жалобы наблюдались у 53 человек (85,5%): преобладали кожные проявления (46,7%), низкая масса тела или ее резкое снижение (30,6%) и признаки астенизации (21%).

**Выводы.** *Предварительные результаты отражают сложности клинико-диагностических задач при работе с больными ГАЗ, не только за счет многообразия клинических форм, но и необходимости динамического контроля за пациентами. Внедрение регистра позволит повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий и улучшить прогноз заболеваний.*

## СКРИНИНГ РЕСПИРАТОРНОЙ САРКОПИИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

СЕРГЕЕВА В.А., ШУЛЬПИНА Н.Ю.

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, РФ*

Выявление респираторной саркопии (РС) как и саркопии всего тела представляется значимым для прогнозирования исходов у пожилых пациентов в гериатрической практике. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) может быть начальным тестом оценки слабости дыхательной мускулатуры.

**Цель исследования:** оценка ПСВ у пациентов гериатрического профиля при различных саркопических фенотипах (СФ) и без саркопии.

**Материал и методы.** Обследован 71 пациент (47 женщин, 24 мужчины): 16 – с наличием саркопии, 27 с наличием саркопического ожирения (СО), 10 – с ожирением без саркопии, 18 – без ожирения и саркопии. Диагностика СФ осуществлялась по протоколу Европейской группы по изучению саркопии, для оценки ПСВ (л/мин) проводилась пикфлоуметрия.

**Результаты.** Средний возраст участников составил  $76,4 \pm 7,3$  [ДИ 74,74;78] лет, группы были сопоставимы по возрасту. ПСВ была снижена во всех группах пациентов, однако, наименьшие значения ПСВ были отмечены в группах пациентов с саркопией 232,5 (200; 300) и СО 240 (160; 287,5) без статистически значимых различий между этими группами ( $p=0,79$ ). В группе пациентов с ожирением ПСВ составила 385 (300; 500); в группе без саркопии и ожирения отмечены наиболее высокие показатели ПСВ 400 (325; 465); получены значимые различия по ПСВ между группами пациентов с разными СФ и этим группами ( $p=0,004-0,019$ ). Наличие ассоциации мышечной силы и ПСВ было подтверждено статистически значимыми прямыми корреляционными взаимосвязями показателей ПСВ и кистевой динамометрии (КД; ПКД - правосторонняя, ЛКД - левосторонняя) во всех сравниваемых группах: в группе СО: ПКД и ПСВ ( $r_s=0,59$ ,  $p=0,003$ ), ЛКД и ПСВ ( $r_s=0,59$ ,  $p=0,017$ ); в группе саркопии ПКД и ПСВ ( $r_s=0,58$ ,  $p=0,016$ ), ЛКД и ПСВ ( $r_s=0,60$ ,  $p=0,014$ ); в объединенной группе пациентов без саркопии ПКД и ПСВ ( $r_s=0,54$ ,  $p=0,02$ ), ЛКД и ПСВ ( $r_s=0,69$ ,  $p=0,002$ ). Наиболее сильная корреляция ПСВ была отмечена в группе без саркопии с силой сжатия левой кисти.

**Выводы.** Пикфлоуметрия – широкодоступный метод для потенциальной диагностики РС. ПСВ значительно снижена у пациентов с разными СФ, имеет корреляционные связи с мышечной силой, необходимо дальнейшее изучение его возможностей для увеличения достоверности полученных результатов.

## **БЕНДОПНОЭ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ САРКОПЕНИЧЕСКИМИ ФЕНОТИПАМИ**

СЕРГЕЕВА В.А., ШУЛЬПИНА Н.Ю.

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, РФ*

**Цель.** Изучение бендопноэ (БП) у пациентов гериатрического профиля с саркопеническими синдромами (СС).

**Материал и методы.** Проведена оценка БП у 47 пациентов старше 65 лет (14 мужчин, 33 женщины) с наличием одышки и без. Для оценки СС использован протокол Европейской группы по изучению саркопении. Для оценки тяжести одышки использованы шкалы Борга и mMRC.

**Результаты.** Средний возраст участников составил  $76,5 \pm 9,2$  года [ДИ 73,8; 79,2]; 21,3% (10 чел.) составили пациенты с саркопенией, 21,3% (10 чел.) – пациенты с саркопеническим ожирением (СО), 25,5% (12 чел.) – пациенты с ожирением без признаков саркопении, 31,9% (15 чел.) – пациенты без ожирения и саркопении. В общей группе 44,7% (21 чел.) назвали одышку в числе основных жалоб, наличие БП было установлено у 38,3% (18 чел.). БП чаще регистрировалось у пациентов, активно предъявляющих жалобы на одышку (61,9%), однако, у 19,2% пациентов без одышки, также выявлено БП ( $\chi^2=8,95$ ,  $p=0,003$ ). Тяжесть одышки в группе с БП по шкале Борга составила  $5,06 \pm 2,36$  баллов [ДИ 3,88; 6,23], без БП  $1,76 \pm 2,53$  баллов [ДИ 0,61; 2,91], ( $p=0,0002$ ); по шкале mMRC у пациентов с БП  $2,11 \pm 0,58$  [ДИ 1,82; 2,40], без БП  $0,76 \pm 0,89$  [ДИ 0,36; 1,17], ( $p < 0,0001$ ), что свидетельствует о более выраженной одышке у пациентов с БП. Реже всего БП регистрировался в группе с саркопенией – 10% (1 из 10 чел.), в группе без саркопении и ожирения БП встречалось в 26,7% (4 из 15 чел.), в группе пациентов с ожирением без саркопении – у 41,7% (5 из 12 чел.). Чаще всего БП выявлялось в группе СО – 80% (8 из 10 чел.). Получено статистически значимое различие при сравнении групп саркопении и СО по данному показателю ( $p < 0,001$ ). Получена статистически значимая взаимосвязь БП и абдоминального ожирения ( $\chi^2=7,57$ ,  $p=0,006$ ).

**Выводы.** *БП имеет наибольшую частоту встречаемости у пожилых пациентов с одышкой и СО. Для полноты понимания патофизиологических механизмов развития и значимости роли для клинического применения требуется дальнейшее изучение БП на большей по размерам выборке.*

## НОВАЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ ПЕРЕНОСЧИКА ЭЛЕКТРОНОВ ФЛАВОПРОТЕИНА У ПАЦИЕНТА С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ ГЛУТАРОВОЙ АЦИДУРИИ

СЕРЕБРЕННИКОВ В.Н., БАКШЕЕВ В.И., СЕРЕБРЕННИКОВА К.В., ПРОХОРЧИК А.А., ПАВЛОВ А.И., ЗАХАРОВА Е.Ю.

ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневецкого» Минобороны России, г. Красногорск, РФ

ФИЦ Биотехнологии РАН, г. Москва, РФ

ФГБНУ «МГНЦ», г. Москва, РФ

**Введение.** Мы продемонстрировали клиническую и молекулярно-генетическую характеристики редкого случая глутаровой ацидурии 2-го типа с поздним дебютом.

**Описание случая.** Обследован мужчина 18 лет, который был госпитализирован в состоянии гипогликемической комы (глюкоза в крови 1,8 ммоль/л.). При исследовании диагностирована COVID-19 с двусторонней пневмонией средней тяжести. После выздоровления от инфекции в эндокринологическом отделении пациенту были проведены тест с голоданием, анализ панели генов с применением технологии массового параллельного секвенирования по женской (мать, бабушка), мужской (отец, дедушка) линии, анализ 3D-структуры канонической формы белка, кодирующего дегидрогеназу электронпереноса флавопротеина (*ETFDH*).

При проведении пробы с голоданием произошло снижение уровня глюкозы до 3,4 ммоль/л, инсулина до 5,5 МЕ/л и С-пептида до 0,7 нг/мл, появилась сильная головная боль, тошнота, периодическая рвота. Выявлены повышенные уровни ацилкарнитинов (C4-6, 8, 10, 12, 14, 16, 16:1, 18) в плазме крови, повышение экскреции с мочой этилмалоновой, глутаровой, изовалериановой кислот. Генетическое тестирование: в экзоне 8 гена *ETFDH* выявлена нуклеотидная замена NM\_004453.4:c.886G>C (p.Gly296Arg) в гетерозиготном состоянии, которая ранее не была описана в международной базе генных мутаций человека The Human Gene Mutation Database (HGMD, <http://www.hgmd.org/>). Данная мутация выявлена и у отца пробанда. В экзоне 12 гена *ETFDH* также выявлен вариант нуклеотидной последовательности NM\_004453.4:c.1601C>T (p.Pro534Leu) в гетерозиготном состоянии (выявлен у матери и у бабушки пробанда). Данный вариант описан в HGMD как патогенный (SM081237). Анализ 3D-структуры канонической формы белка *ETFDH* и его формы с заменой p.Gly296Arg показало, что новое основание в кодоне 296 приводит к нарушению конформационной структуры белка. Замена глицина на аргинин приводит к снижению активности белка и нарушению взаимодействия доменов, что может оказывать влияние на его функцию.

**Заключение.** Новая мутация c.886G>C (p.Gly296Arg), выявленная нами, требует всестороннего изучения с целью ответа на вопрос: является ли она причиной неполной пенетрантности гена *ETFDH*, которая отсрочивает дебют заболевания на более поздний возраст. Дальнейшее динамическое наблюдение с генетическим мониторингом поможет определить степень влияния генотипа на фенотип.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК СИМПТОМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

СЕРЕБРЕННИКОВ В.Н., ПРОХОРЧИК А.А., ПАВЛОВ А.И., БАКШЕЕВ В.И.  
ФГБУ «НМЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, г. Красногорск, РФ

**Описание случая.** Обследована пациентка 34 лет, которая проходила лечение по поводу впервые выявленного сахарного диабета (СД) и артериальной гипертензии (АГ) с нормальным весом (индекс массы тела, ИМТ 24,7 кг/м<sup>2</sup>). При обследовании выявлено: гипергликемия до 24 ммоль/л, глюкозурия до 28 ммоль/л, уровень HbA1c 9%, уровень С – пептида 4,1 нг/мл. В плазме крови – изолированное повышение уровня свободной формы норметанефрина до 4,26 нмоль/л (норма <0,89); в суточной моче – повышенный уровень норметанефринов 2175,7 мкг/сут (норма <600), при нормальном уровне метанефринов. Компьютерная томография: определяются образования правого и левого надпочечников размерами 32 x 21 мм и 13 x 30 мм соответственно. Проведенное дообследование позволило исключить множественную эндокринную неоплазию 2а и 2б типа, а также синдром Хиппеля-Линдау. Пациентке установлен диагноз: двусторонняя феохромоцитома, изолированный норадреналиновый тип секреции; симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени; сахарный диабет вследствие феохромоцитомы. Назначена гипотензивная терапия и базис – болюсная инсулинотерапия. Во время очередного суточного дежурства внезапно развился гипертонический криз (АД 260 и 140 мм рт.ст.), на фоне которого развился ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии. Углеводный обмен на момент поступления и в период госпитализации был компенсирован (гликированный гемоглобин – 6,8%). По стабилизации состояния предложено оперативное лечение, от которого пациентка отказалась. Летальный исход наступил во время очередного феохромоцитомного криза в домашних условиях.

**Заключение.** 1. Данное клиническое наблюдение показывает целесообразность проведения комплексной диагностики у пациентов с СД и АГ при нормальном ИМТ с целью исключения образований надпочечников (феохромоцитомы).  
2. При обнаружении феохромоцитомы у такого больного хирургическое лечение является жизненноспасающим и приводит к компенсации сахарного диабета или излечению «сахарного диабета» как симптома феохромоцитомы.  
3. После оперативного лечения пациенты нуждаются в динамическом наблюдении с целью оценки возможной гипогликемии и своевременной ее коррекции.  
4. Психологическая подготовка больных к хирургическому лечению требует участия в разъяснительной работе врачей различных специальностей (кардиолог, эндокринолог, хирург, психотерапевт), что позволит улучшить прогноз жизни у таких пациентов.

## **ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА МЕТАБОЛИТОВ *BACILLUS SUBTILIS* НА СОСТОЯНИЕ КОЖИ**

СЕРКОВА М.Ю., АВАЛУЕВА Е.Б., СТАДНИКОВА Д.А., ЛЯШУК С.С.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

**Цель.** Оценить влияние метабиотического комплекса Бактимунал на состояние кожи.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 30 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: основную группу (Г1) (n=18) и группу сравнения (Г2) (n=12). Пациенты Г1 в течение 28 дней получали метабиотический комплекс Бактимунал по 1 капсуле 2 раза в день. Пациенты Г2 метабиотическую поддержку не получали. Всем пациентам на 1 и 28 день исследования проводилась оценка качества жизни посредством опросников SCORAD и ДИЖК (дерматологический индекс качества жизни), оценка гастроинтестинальных жалоб (опросник GSRS), исследование микробиоты толстой кишки проводилось посредством "Колонофлор"-16. Статистическую обработку проводили с помощью компьютерных программ Excel и Statistica.

**Результаты.** Частота выявления гастроинтестинальных нарушений у пациентов с дерматологическими проявлениями составляет 33%, максимальные баллы выявлены по шкале диспепсического синдрома. У 41,7% пациентов снижено общее бактериальное число, преимущественно за счет облигатной микрофлоры кишечника-количество *Lactobacillus spp.* снижено у 100% пациентов, *Bifidobacterium spp.* – у 75%, *Escherichia coli* – у 66,7%. После приема метабиотика Бактимунал состояние кожи пациентов имеет тенденцию к улучшению в виде уменьшения степени выраженности и активности воспалительных проявлений (83,3%), степень выраженности диспепсических жалоб также имеет тенденцию к уменьшению. На 28 день исследования количество *Lactobacillus spp.* увеличилось у 67%, *Bifidobacterium spp.* – у 100%, соотношение *Bacteroides spp./Faecalibacterium prausnitzii* нормализовалось у 33,3% пациентов. Общее бактериальное число нормализовалось у 100% пациентов.

**Вывод.** При регулярном применении комплекса активных метаболитов *Bacillus subtilis* (Бактимунал) по 1 капсуле 2 раза в день в течение 28 дней, состояние кожи имеет тенденцию к улучшению, нормализуется общее бактериальное число, преимущественно за счет *Bifidobacterium spp.* и *Lactobacillus spp.*, нормализуется соотношение *Bacteroides spp./Faecalibacterium prausnitzii*.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА BIOHIT LACTOSE INSERT INSTERANCE ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЛАКТАЗЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ДИСПЕПСИИ

СЕРКОВА М. Ю., СЕМЕНОВА Е.А., АЛЕКСЕЕВА Е.А., КАРЕЛКИНА В.К.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

**Актуальность.** Лактазная недостаточность характеризуется неспособностью организма эффективно переваривать лактозу из-за отсутствия гена персистенции активности (LCT\*P). Данные проявления не являются специфическими и характерны для разнообразных ЖКТ патологий. Поиск эффективных и доступных методов диагностики лактазной недостаточности являются важной задачей современной медицины.

**Цель.** Оценка эффективности использования экспресс-теста Biohit LACTOSE INSERT INSTERANCE (LIQT) в диагностике гиполактазии взрослого типа у пациентов с диспепсическими симптомами.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 74 пациента в возрасте от 18-60 лет, из них 51 (69%) – женщины и 23 (31%) мужчины. Средний возраст составил 42 года. Критериями включения в исследование являлось наличие симптомов диспепсии (тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии, вздутие живота, абдоминальные боли, нарушение стула) и/или диспепсических симптомов, появляющихся/усугубляющихся после потребления в пищу молочных продуктов.

Для оценки гастроинтестинальных жалоб использовался стандартизированный опросник клинического состояния. Всем пациентам выполнили ЭГДС с биопсией из залуковичной области и провели исследование биопсийного материала с помощью экспресс теста Biohit LIQT на непереносимость лактозы.

**Результаты.** В структуре диспепсических жалоб преобладали жалобы на абдоминальную боль (35%), вздутие живота, урчание и метеоризм (27%), нарушение стула (19% - послабление стула, 8% - склонность к запорам), 11 % отмечали тошноту, 9% беспокоили высыпания на коже, астения, скованность, боль в суставах/мышцах.

У 31% пациентов, предъявляющих жалобы диспептического характера в результате исследования биопсийного материала посредством экспресс-теста Biohit LIQT выявлена гиполактазия разной степени тяжести. Значимых различий по половому признаку среди лиц, страдающих гиполактазией не выявлено. Чаще всего пациенты с гиполактазией легкой степени предъявляли жалобы на вздутие живота, боли в животе, метеоризм.

В структуре жалоб пациентов с гиполактазией тяжелой степени, преобладают жалобы на послабление стула, слабость, высыпания на коже, метеоризм, боли в животе. Данные жалобы усиливаются при приеме в пищу молочных продуктов, при этом, усиление симптомов зависит от количества употребляемых молочных продуктов. У 39% пациентов гиполактазия имеет бессимптомное течение.

**Вывод.** В диагностике гиполактазии взрослого типа у пациентов с диспепсическими симптомами экспресс-тест Biohit LACTOSE INSERT INSTERANCE (LIQT) показал высокую эффективность, достоверность и доступность использования в клинической практике.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ И КОГНИТИВНОГО СТАТУСА**

СИДНЕВА Е.Л., РИГОЕВА Д.А., СЫРОМЯТНИКОВА Н.А., ПАСХИНА И.А.,  
ТУЛИЧЕВ А.А., ФЕДОТОВ В.Д.

*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, РФ*

*ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко»,  
г. Нижний Новгород, РФ*

**Цель.** Проанализировать зависимость степени выраженности симптомов бронхиальной астмы (БА) у пациентов различного уровня образования и когнитивного статуса.

**Материал и методы.** Обследованы 20 пациентов с БА. Оценивалось следующее: социальный статус, образование, тяжесть одышки по шкале mMRC, тяжесть БА по данным функции внешнего дыхания и симптомы контроля БА. Проводилось тестирование по унифицированным шкалам MMSE, ACQ-5. Статистическую обработку проводили с помощью Microsoft Excel (Microsoft, США) и пакета программ Statistica 10.0 (Statsoft, США).

**Результаты.** Средний возраст обследованных составил  $54,5 \pm 16,5$  лет, из них 40% мужчины, 60% женщины. Из всех обследованных лиц 70% имели тяжелую БА согласно данным исследования функции внешнего дыхания, 30% - среднюю степень тяжести. По шкале ACQ-5 лишь у 10% присутствовали менее выраженные симптомы. От гриппа и пневмококка были привиты 30% больных. Легкие когнитивные нарушения выявлены у 25% лиц. Высшее образование получено у 30% пациентов, среднее, в т.ч. общее и специальное — у 70%. Из всех лиц, 75% обучены технике ингаляции, но лишь 10% обучались в школе для больных с БА. По данным корреляционного анализа были выявлены следующие взаимосвязи. Несмотря на подавляющее большинство обученных технике ингаляционных, наличие образования в школе для больных БА коррелировало с тяжестью одышки по mMRC ( $R=-0,64$ ) и степенью выраженности симптомов по ACQ-5 ( $R=-0,56$ ), а уровень образования коррелировал со степенью выраженности симптомов по ACQ-5 ( $R=0,70$ ). Соответственно, отсутствие образования в школе для больных БА и уровень образования были связаны с более тяжелой одышкой и меньшей степенью выраженностью симптомов. Интересно, что кол-во обострений и перенесенных респираторных инфекций зависело от прививочного статуса ( $R=0,54$ ). Взаимосвязей когнитивных нарушений по MMSE с вышеуказанными показателями не выявлено.

**Выводы.** *Выявленные корреляционные взаимосвязи неоднозначны, требуют дальнейшего изучения за счет расширения выборки, используемых методов оценки, а также проведения регрессионного анализа. Судя полученным данным, необходим детальный анализ причин текущего обострения, а также оптимальное средство оценки недостаточности знаний больных для контроля астмы.*

## **СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ**

Ю.В., БАЛАБАЕВА Н.В., ХОЛИНА Е.А., ИВАНОВА Л.Н., ПИЛИЕВА Е.В.  
*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, РФ*

**Цель.** Изучить показатели системного воспаления у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2-го типа на фоне туберкулеза легких (ТЛ) в динамике лечения.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 80 больных с ХОБЛ, сочетанной с СД 2-го типа на фоне ТЛ, которые до начала лечения методом слепой рандомизации были распределены на две группы: основную – 43 чел. и сопоставления – 37 чел., а также 48 пациентов с ХОБЛ на фоне ТЛ (контрольная группа). Больным основной группы дополнительно к базисному лечению назначали карбоцистеин и таурин. Для определения выраженности системного воспаления в крови пациентов проведено изучение содержания его маркеров - гаптоглобина (Hr) и С-реактивного белка (СРБ).

**Результаты.** При лабораторном обследовании уровень СРБ в основной группе в начале наблюдения был в среднем в 2,7 раза выше ( $p < 0,001$ ), чем в норме и существенно не отличался от такового в группе сопоставления. При этом в контрольной группе содержание СРБ было достоверно ниже, чем в этих группах наблюдения ( $p < 0,05$ ). Уровень Hr в основной группе достоверно превышал норму в 2,8 раза ( $p < 0,01$ ), у пациентов группы сопоставления – в 2,7 раза ( $p < 0,05$ ), тогда как в контрольной – лишь в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ).

Значение СРБ после лечения у пациентов основной группы снизилось в 1,4 раза ( $p < 0,01$ ), в группе сопоставления – в 1,1 раза ( $p < 0,05$ ), при этом разница межгрупповых показателей достоверно отличалась ( $p < 0,05$ ). После лечения у пациентов основной группы содержание Hr снизилось в 1,4 раза ( $p < 0,01$ ), тогда как в группе сопоставления – в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У обследованных больных было установлено наличие системного воспаления, наиболее выраженного в группах с мультиморбидной ХОБЛ, чем у пациентов с ХОБЛ на фоне ТЛ. Включение карбоцистеина и таурина показало выраженный положительный эффект в коррекции системного воспаления у мультиморбидных больных.

## **ОТДАЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ МНОГОСОСУДИСТОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ПОСТТРИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)**

СИНЬКОВА М.Н., ИСАКОВ Л.К., СИНЬКОВ М.А., ПЛОТНИКОВА Е.Ю.

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, РФ*

*НИИ КПССЗ, г. Кемерово, РФ*

**Актуальность.** Данные о специфических пищевых жирах и смертности среди пациентов с кардиометаболическими заболеваниями остаются неоднозначными. Новые данные свидетельствуют о том, что повышенный уровень триглицеридов или холестерина липопротеинов, богатых триглицеридами, является одним из важных компонентов остаточного сердечно-сосудистого риска.

**Цель.** Оценить связь между многолетним потреблением омега-3-полиненасыщенных жирных кислот ( $\omega$ -3-ПНЖК) и прогнозом пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне многососудистого поражения коронарного русла после перенесенного инфаркта миокарда.

**Материал и методы.** Проведено наблюдение пациентов спустя 5 лет после окончания 12-месячного исследования эффективности и безопасности приема препаратов  $\omega$ -3-ПНЖК в дозе 1000 мг/сут. Ретроспективно все ранее участвовавшие в исследовании пациенты были разделены на три группы: 1 группа – пациенты, не получавшие  $\omega$ -3-ПНЖК в течение основного исследования, вторая группа – пациенты, получавшие  $\omega$ -3-ПНЖК в течение исследования, но не принимавшие препарат  $\omega$ -3-ПНЖК в течение 5 лет после окончания исследования и пациенты, принимавшие исследуемый препарат в ходе исследования и продолжившие его постоянный прием в течение 5 лет после окончания исследования.

**Результаты.** После прекращения приема препарата  $\omega$ -3-ПНЖК в течение 5 лет полностью нивелируется его клиническая эффективность, зарегистрированная после 12 месяцев его постоянного приема, при этом достигнутый положительный эффект спустя 12 месяцев наблюдения при продолжении постоянного приема  $\omega$ -3-ПНЖК на протяжении последующих пяти лет не только не ускользает, но и имеет кумулятивный характер ( $p \leq 0,02-0,03$ ).

**Вывод.** *Более низкая смертность от всех причин у пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне многососудистого поражения коронарного русла после перенесенного инфаркта миокарда может быть связана с потреблением  $\omega$ -3-ПНЖК в дозе 1000 мг.*

## НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

СКИБА Т.А., ЯРЦЕВА С.В.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, РФ

**Цель.** Изучить показатели специфического и неспецифического иммунитета у больных бронхиальной астмой (БА), сочетанной с сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

**Материал и методы.** Под наблюдением были 68 пациентов с обострением персистирующей БА средней степени тяжести в среднем возрасте ( $38,6 \pm 2,2$ ) лет, в т.ч. мужчин – 27 (39,7%), женщин - 41 (60,3%). Среди обследованных больных с БА было 36 (I группа), лиц с БА и СД 2-го типа – 32 (II группа). Наряду с протокольными лабораторными и инструментальными исследованиями, у пациентов определяли морфофункциональные характеристики фагоцитов: фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ) фагоцитарную активность гранулоцитов в НСТ-тесте, показатели клеточного иммунитета и уровни иммуноглобулинов (Ig)A, IgM, IgG, IgE. В контрольную группу вошли 21 практически здоровых лица того же возраста и пола.

**Результаты.** У больных II группы отмечено снижение активности фагоцитирующих клеток по сравнению с пациентами I группы по показателям ФИ и ФЧ, наряду с отсутствием изменений в метаболической активности в НСТ-тесте, что указывает на функциональный дисбаланс клеток неспецифического иммунитета у пациентов с коморбидностью БА и СД 2-го типа. У пациентов II группы было отмечено снижение количества CD3<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup>-клеток при отсутствии существенной динамики CD8<sup>+</sup>-лимфоцитов со снижением соотношения CD4/CD8, более значительное, чем у больных I группы. Уровень IgE у больных II группы выявился сравнительным с таковым у практически здоровых и ниже, чем в I группе. Исследование показателей гуморального иммунитета у больных II группы выявило снижение концентраций IgA и IgM с повышением уровня IgG по сравнению с пациентами I группы.

**Вывод.** У больных БА в сочетании с СД 2-го типа отмечено формирование вторичного иммунодефицита за счет клеточного звена иммунитета: специфического – со снижением общего числа иммунокомпетентных клеток, уменьшением пула Т-хелперов и снижением иммунорегуляторного индекса, неспецифического – с дисбалансом функциональной активности фагоцитирующих клеток и гуморального звена со снижением активности аллергического иммунного ответа и некоторым напряжением гуморального иммунного ответа за счет IgG, что создает предпосылки для иммунокоррекции.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОЙ СИСТЕМЫ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

СКОБОВА Ю.В., АКСЕНОВА Т.А.

ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, г. Чита, РФ

**Цель.** Проанализировать клинические особенности течения артериальной гипертензии (АГ) и оценить частоту встречаемости полиморфизма генов AGT T704C и ACE I/D у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС).

**Материал и методы.** Обследовано 174 человека, из них 105 пациентов с АС (80 мужчин и 25 женщин, средний возраст  $38.5 \pm 9.9$  лет). В контрольную группу вошли 69 человек, сопоставимых по полу и возрасту. Исследование полиморфизма генов AGT T704C и ACE I/D проведено с использованием реактивов «Литех». Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проведено на аппарате VPLab v.3.2. Анализ проводился с использованием программы Statistica 10.0. Для оценки различий в частоте аллелей и генотипов использовался критерий Пирсона ( $\chi^2$ ) и точный критерий Фишера (F). При сравнении групп попарно использовался критерий Манна-Уитни (U).

**Результаты.** При проведении СМАД в контрольной группе АГ не зарегистрирована. АГ среди пациентов с АС выявлена у 43% (мужчин 77,8%, женщин 22,2% ( $\chi^2=27.7$ ,  $p < 0,001$ )). В группе АС с АГ у 24,4% выявлена 1-я степень АГ, у 62,2% – 2-я степень и у 13,3% – 3-я степень ( $\chi^2=2.09$ ,  $p=0.352$ ). При анализе факторов риска у пациентов с АС выявлена статистическая связь курения ( $U=65,0$ ,  $p=0,002$ ) и увеличения частоты сердечных сокращений ( $U=1116,5$ ,  $p=0,001$ ) с наличием АГ. При изучении полиморфизма гена AGT T704C у пациентов с АС генотип T/T 24%, T/C 40%, C/C 36%, среди контрольной группы T/T 36%, T/C 45%, C/C 19% ( $F=4,10$ ,  $p < 0,001$ ). При анализе полиморфизма гена ACE среди пациентов с АС распространенность генотипов I/D 47% и D/D 30%, генотип I/I 23%. В контрольной группе преобладает генотип I/I 45%, при этом генотипы I/D 32%, D/D 23% ( $F=0,63$ ,  $p=0,002$ ).

**Выводы.** Выявлено, что АГ среди пациентов с АС встречается в 43% случаев, достоверно чаще среди мужчин. У пациентов с АС, имеющих АГ, преобладают генотипы с мутантными аллелями, а именно генотип C/C гена AGT T704C, а также генотипы I/D, D/D гена ACE.

## АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ В АНДРОПАУЗЕ

СМИРНОВ В.В, МОЧАЛОВ П.А, ФЕДОСЕЕВА В.В, КАБИКЕНОВА М.К.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

**Актуальность.** Андрогенный дефицит приводит к развитию остеопении и остеопороза. Андрогены повышают количество и плотность рецепторов к кальцитонину в костях подавляют активность остеокластов. Адекватный уровень тестостерона у мужчин является фактором профилактики остеопороза.

**Цель.** Изучить эффективность и безопасность заместительной гормональной терапии (ЗГТ) на профилактику остеопороза в андропаузе.

**Материал и методы.** Обследованы 2 группы пациентов от 50 до 65 лет с уровнем тестостерона ниже 12 нмоль/л – диагностического порога ВАД по ISSAM.

Пациенты имели остеопению по Т-критерию по результатам денситометрии поясничного отдела позвоночника (Т -1,7-2,4 SD). 1 группу (n=25) пациенты с ВАД получавшие ЗГТ тестостероном (57±4,7 лет). 2 группа (n=27) с ВАД без ЗГТ (56±5,3 лет).

**Результаты.** В обеих группах изначально уровень тестостерона был сопоставимо низким 10,5±0,6 и 11,1±0,8. В 1 группе он увеличился до 16,7±0,6 нмоль/л (p <0,01). Во 2 группе снизился до 8,0±0,8 нмоль/л (p <0,05). Уровень гомоцистеина у пациентов 1 группы снизился с 15,3±2,4 до 10,9±1,3 мкмоль/л (p <0,05). Во 2 группе без изменений 14,9±2,1 и 13,9±1,4 мкмоль/л (p >0,05). Денситометрия позвоночника у пациентов обеих групп выявила остеопению на старте исследования (-1,7 до - 2,4 SD).

У пациентов 1 группы средние показатели МПК поясничного отдела позвоночника по Т – критерию улучшились от -2,0±0,1 до -1,6±0,1 (p <0,05). Во 2 группе МПК поясничного отдела позвоночника не изменилась -2,1±0,1 изначально и 1,96±0,2 через 2 года (p >0,05).

**Выводы.** ЗГТ эффективна в профилактике остеопороза и не повышает риск патологии простаты, оказывая разнонаправленное действие на сердечно-сосудистый прогноз: повышение уровня гематокрита и гемоглобина приводит к гиперкоагуляции, при этом снижается уровень гомоцистеина – маркера сердечно-сосудистой патологии.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРИНФЛЯЦИИ И КИСЛОРОДНАЯ ДЕСАТУРАЦИЯ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ 6-МИНУТНОГО НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ**

СМИРНОВА А.Ю., ГНОЕВЫХ В.В., ДРУЖИНИНА А.А., КЛЮЕВА И.О., КАРГИН А.Г.,  
ЗЕМСКОВ Е.А., КРЕСТЬЯНИНОВ М.В., ТЕРЯГОВА Л.Е.

*ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, РФ*

*ГУЗ «ЦК МСЧ им. заслуженного врача России В.А. Егорова», г. Ульяновск, РФ*

**Актуальность.** Терапевтам известны такие симптомы легочной гиперинфляции (ЛГИ), как симптомы Гувера (инспираторное втяжение внутрь костальных отделов грудной клетки), Кемпбелла (укорочение внегрудного отдела трахеи на выдохе) и спирометрический симптом «акулый зуб». У больных ХОБЛ показана связь клинических симптомов ЛГИ с выраженностью одышки, снижением толерантности к физической нагрузке и частотой обострений, но не изучена связь указанных симптомов с возможными нарушениями оксигенации крови ( $SpO_2$ ) во время физической нагрузки.

**Цель.** Оценить связь клинических симптомов ЛГИ с кислородной десатурацией гемоглобина (КДГ) при проведении 6-минутного нагрузочного теста (6-MWT) у больных ХОБЛ.

**Материал и методы.** Обследовали 52 больных ХОБЛ. Выявляли указанные клинические симптомы ЛГИ, проводили спирометрию, мониторировали оксигенацию крови (с поправкой на карбоксигемоглобин) во время 6-MWT. Клинические симптомы ЛГИ сопоставляли с данными мультисрезовой компьютерной томографии грудной клетки с оценкой денситометрической плотности лёгочной ткани по шкале Хаунсфилда. При проведении 6-MWT оценивали десатурационно-дистанционное отношение (DDR) и потребность в дополнительном потоке  $O_2$  для поддержания  $SpO_2$  на уровне  $\geq 88\%$ .

**Результаты.** У 25% обследованных имелись все указанные симптомы ЛГИ (основная группа - ОГ), у 75% больных симптомов ЛГИ не было (контрольная группа - КГ). Наличие ЛГИ сочеталось со снижением ёмкости вдоха ( $p=0,028$ ) и большей долей (46,0 [39,5; 61,0]%) эмфизематозной лёгочной ткани по сравнению с КГ (34,0 [33,0; 34,0]%,  $p=0,015$ ). Анализ 6-MWT выявил не только уменьшение пройденной дистанции, но и более выраженную ( $p=0,033$ ) КДГ при одновременном увеличении  $T_4$  (% времени во время 6-MWT, когда значения  $SpO_2$  снижаются на  $\geq 4\%$  от уровня оксигенации крови перед 6-MWT) до 43,3 [1,4; 70,4] против 0,0 [0,0; 17,6] в КГ ( $p=0,034$ ). Потребность в дополнительном потоке  $O_2$  при 6-MWT в ОГ оказалась повышенной, так же, как и уровень DDR, который в ОГ составил 6,4 [3,9; 9,2] против 0,9 [0,0; 2,5] в КГ ( $p=0,016$ ).

**Вывод.** Клинические симптомы ЛГИ у больных ХОБЛ сочетаются при проведении 6-MWT с более выраженной и более длительной КДГ, приводящей к повышенной потребности в дополнительном потоке  $O_2$ .

## ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ

СМОЛЯКОВА М.В.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Цель.** Изучить частоту встречаемости посттрансплантационного сахарного диабета (ПТСД) после трансплантации почки и определить факторы риска его развития.

**Материал и методы.** В ходе исследования было обследовано 222 реципиента трансплантата почки, 53,6% (n=119) мужчин и 46,4% (n=103) женщин. Средний возраст пациентов составил  $47,2 \pm 4,8$  лет. Основной причиной терминальной почечной недостаточности являлся хронический нефритический синдром – 68,5% (n=152).

**Результаты.** За 12 месяцев наблюдения у 14,0% (n=31) пациентов был диагностирован ПТСД. У остальных 86,0% (n=191) нарушения углеводного обмена не определялись. Группы исследования были сопоставимы по полу и возрасту.

Среди пациентов с ПТСД чаще было диагностировано ожирение и абдоминальное ожирение: 38,7% (n=12) против 14,7% (n=28),  $p < 0,01$ , и 32,2% (n=10) против 12,0% (n=23),  $p < 0,01$ . Предшествующий прием препаратов такролимуса встречался у 48,4% (n=15) реципиентов с ПТСД и 28,3% (n=54) пациентов без нарушения углеводного обмена,  $p < 0,05$ . В раннем послеоперационном периоде у пациентов с последующим ПТСД чаще выявлялась дислипидемия: повышение уровня триглицеридов и липопротеинов низкой плотности в крови: 54,8% (n=17) против 30,4% (n=58),  $p < 0,01$ . Различия в показателях функционирования трансплантата, состоянии кальций-фосфорного обмена, уровне гемоглобина и глюкозы в крови в раннем послеоперационном периоде в зависимости от последующего развития ПТСД установлены не были.

У реципиентов с ПТСД в послеоперационном периоде чаще диагностировались неблагоприятные кардиоваскулярные события, чем в группе сравнения: 51,6% (n=16) против 29,3% (n=56),  $p < 0,01$ .

**Выводы.** Посттрансплантационный сахарный диабет является достаточно частым осложнением послеоперационного периода у реципиентов трансплантата почки, возникающим на фоне приема иммуносупрессивной терапии. Для реципиентов с ПТСД характерно более частое предшествующее наличие ожирения, дислипидемии и приема препаратов такролимуса, а также последующее развитие неблагоприятных кардиоваскулярных событий.

## СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТА С ДВУСТОРОННИМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

СОЛИЖОНОВ Ж.И., МАКСУДОВА А.Н., НУРУЛЛИНА Г.И., ХАЛФИНА Т.Н.,  
ХУСНИДДИНОВ М.А.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ*

**Введение.** Представляем клинический случай пациентки с дебютом AL-амилоидоза с поражения легких, кожи, основные этапы диагностического процесса.

Проведены сбор жалоб, анамнеза, осмотр, а также анализ клинико-лабораторных и инструментальных исследований, данных истории болезни пациентки с имеющимися вредными производственными факторами в анамнезе и первичными жалобами на прогрессирующую одышку, выпадение волос, слабость.

**Описание случая.** У пациентки А., предъявляющей жалобы на прогрессирующую одышку, по данным рентгенографии органов грудной клетки выявлено двустороннее поражение легких, спирометрия показала рестриктивные нарушения. Первым этапом диагностического поиска было исключение профессионального заболевания легких и туберкулеза. На компьютерной томографии легких диагностировано интерстициальное поражение обоих легких. Выявлено поражение кожи в виде локальных трофических изменений, диффузная алопеция, сенсомоторная полинейропатия. В клиническом анализе крови – легкая анемия, в общем анализе мочи – незначительная лейкоцитурия, протеинурия 0,06 г/л. Данные электрокардиографии, эхокардиографии, эзофагогастродуоденоскопии без особенностей. Исключены системные иммуновоспалительные заболевания, паранеопластический процесс. На следующем этапе диагностики, принимая во внимание полиорганность поражения, решено провести биопсию кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышечной ткани с окрашиванием конго красным. Верифицирован AL-амилоидоз с поражением легких, кожи и периферической нервной системы. Диагноз был установлен на основании данных клинического обследования, лабораторных исследований и гистологического подтверждения.

**Заключение.** *Диагностика AL-амилоидоза является непростой задачей для клинициста. AL-амилоидоз может проявляться многообразием клинических симптомов, дебютировать поражением различных органов, часто имитируя другие заболевания. Важна высокая осведомленность врачей об амилоидозе. Ранняя диагностика, своевременная дифференциальная диагностика с другими системными заболеваниями имеют решающее значение при выборе оптимальной тактики лечения, улучшения прогноза для данных пациентов.*

## КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

СОЛОВЬЕВА А.В., ГЛОТОВ С.И., ЮНЕВИЧ Е.А., СТОЛЯРОВ Э.В., МОЖАРОВА А.А., РОЗОВСКИЙ М.Д.

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, РФ*

*ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, РФ*

**Цель.** Изучить клинико-демографические характеристики пациентов с анемией.

**Материал и методы.** Проанализирована 151 карта больных с основным диагнозом «анемия», госпитализированных в 2022 году в терапевтическое отделение Областной клинической больницы. Преобладали женщины – 88 (58,3%), мужчин – 63 (41,7%). Средний возраст 64,9±16,6 лет. Оценивались жалобы, данные анамнеза, объективного исследования, лабораторных и инструментальных методов исследования. Статистический анализ проводился при помощи MS Excel и Statistica 10.0.

**Результаты.** Анемия легкой степени – у 2 (1,3%) пациентов, средней – 24 (15,9%), тяжелой – 125 (82,8%). Из жалоб чаще встречались общая слабость – в 141 случае (93,4%), одышка – 79 (52%) и головокружение – 61 (40,4%). Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки статистически значимо чаще встречалась у мужчин ( $p < 0,05$ ). У 52 (34,4%) пациентов имелось онкологическое заболевание, у 17 пациентов оно было выявлено впервые. По локализации опухоли: рак толстой кишки – 9 пациентов, желудка – у 9, матки, придатков или яичников – 7, молочной железы – 6, почки – 5 случаев. Реже встречались рак легкого – 4, прямой кишки – 3, предстательной железы – 2, другая локализация – 7.

Преобладала железодефицитная анемия (ЖДА) – у 81 (53,6%), причем у женщин чаще, чем у мужчин (69,1% против 30,8%,  $p < 0,05$ ). У 39 (25,8%) – анемия смешанной этиологии. Анемия хронических заболеваний – у 9 больных (6,0%), В12-дефицитная анемия – 3 (2,0%), фолиеводефицитная – 1 (0,7%), иные формы – 18 (11,9%). У 5 из 7 умерших пациентов – тяжелая анемия, у 2 – средней тяжести. 4 летальных исхода наступили у пациентов с онкологией (рак толстой кишки и трое с раком желудка), по 1 случаю – легочное кровотечение, цирроз печени, декомпенсация хронической сердечной недостаточности.

**Выводы.** Среди пациентов с анемией преобладали женщины (58,3%), анемия тяжелой степени составила 82,8%, ЖДА – 53,6%. Статистически значимо чаще ЖДА диагностирована у женщин ( $p < 0,05$ ). Преобладали неспецифические жалобы: общая слабость, одышка и сердцебиение. У трети пациентов было онкологическое заболевание. Пятеро из семи пациентов умерло от кровотечения, что диктует необходимость осмотра хирургом всех пациентов с тяжелой и среднетяжелой анемией при госпитализации.

## ОЦЕНКА КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

СОЛОВЬЕВА А.В., ПАНИН И.В., СМАЗНОВА О.А., МАРТЫНОВА А.А.,  
БЕЛЯНСКАЯ О.Ю., ИВАНЕВА Е.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, РФ

ГБУ РО ГК БСМП, г. Рязань, РФ

**Цель.** Оценить кальциноз коронарных артерий (КА) при рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) органов грудной клетки у пациентов с COVID-19.

**Материал и методы.** Обследован 51 пациент, возраст 72 [65; 80] лет, госпитализированный в ковидный госпиталь БСМП в 2022 г. Женщин – 35 (68,6%), мужчин – 16 (31,4%). У 49 человек (96%) ПЦР тест положительный. Объем поражения легких по РКТ составил справа 10 [0; 30] %, слева 15 [0; 30] %. Летальный исход наступил у 11 пациентов (21,5%). Для оценки коронарного кальция использован метод порядковой оценки кальциноза КА при РКТ без ЭКГ-синхронизации. Оценивался кальциноз аорты (Ао), правой коронарной артерии (ПКА), ствола левой коронарной артерии (ЛКА), левой огибающей артерии (ЛОА) и левой передней нисходящей артерии (ЛПНА).

Статистический анализ проводился при помощи Statistica 10.0.

**Результаты.** Сердечно-сосудистая патология у выживших представлена ИБС, стабильной стенокардией – 11 (27,5%), у умерших стабильная стенокардия отсутствовала.

Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) чаще у умерших – 4 (36,4%) против 4 (10,0%) у выживших. Частота артериальной гипертензии составила 10 (90,1%) у умерших и 38 (95%) у выживших. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в 2 раза чаще у умерших (7 (63,6%) против 14 (31,8%)). Частота кальциноза КА по группам умерших и выживших составила: Ао – 90,1% и 80%; ПКА – 45,5% и 47,5%; ЛКА 27,3% и 25%; ЛОА – 27,3% и 35%; ЛПНА 72,7% и 65%. Количество кальцинированных артерий у умерших и выживших составило: 1 артерия – 9,1% и 17,5%; 2 артерии 36,4% и 17,5%; 3 артерии 18,2% и 20%; 4 артерии 9,1% и 15% соответственно. У трети пациентов не было коронарного кальция (27,3% умерших и 30% выживших). Ограничением исследования является небольшая выборка.

**Выводы.** В группе умерших чаще встречался кальциноз аорты и ЛПНА без статистической значимости различий. В группе умерших в 2 раза чаще встречался кальциноз двух коронарных артерий, также чаще в анамнезе ПИКС и ХСН. Полученные данные подчеркивают необходимость оценки коронарного кальциноза при проведении РКТ органов грудной клетки для ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний и стратификации риска.

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

СТАРЧЕНКО А.Д., ЛИСКОВА Ю.В.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, РФ

**Цель.** Изучить морфофункциональные изменения миокарда у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) и оценить их значение в прогнозировании развития осложнений после коронарного шунтирования (КШ) в отдаленном послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 60 мужчин (М) с СНсФВ I-IIА стадии, ФК I-III по NYHA, с многососудистым поражением коронарных артерий, госпитализированных на плановое КШ. Всем проводилось стандартное обследование, эхокардиография с определением типов ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) до оперативного лечения, а также комплексное гистологическое и иммуногистохимическое (bcl-2, caspase-3) исследование миокарда ушка правого предсердия (УПП), полученного на этапе канюляции полых вен. Через год после КШ проводилось повторное обследование пациентов с целью выявления поздних осложнений (повторный инфаркт миокарда, прогрессирование стенокардии, тяжелые нарушения ритма).

**Результаты.** Средний возраст пациентов –  $63,3 \pm 6,8$  лет. Развитие СНсФВ ассоциировано с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. 50% пациентов через год после операции имели осложнения. У исследуемых больных встречались все типы ремоделирования миокарда ЛЖ. По данным эхокардиографии, выполненной на дооперационном этапе, преобладающим типом ремоделирования у мужчин с осложнениями оказалась эксцентрическая гипертрофия (53,3%), у мужчин без осложнений – нормальная геометрия сердца (36,7%). Морфометрический анализ миокарда УПП показал снижение объемной плотности (ОП) кардиомиоцитов ( $37,1 \pm 9,1\% / 41,9 \pm 8,6\%$ ,  $p=0,006$ ) и увеличение ОП стромальных соединительнотканых элементов ( $56,5 \pm 11,9\% / 54,8 \pm 9,7\%$ ,  $p=0,491$ ) у пациентов с осложнениями в отличие от группы мужчин с благоприятным течением послеоперационного периода. Кроме того, миокард больных с осложнениями характеризовался ростом числа сердечных миоцитов, иммунопозитивных к caspase-3 ( $1,74 \pm 1,38 / 1,16 \pm 1,09\%$ ,  $p=0,0009$ ). Достоверных различий уровня экспрессии антиапоптотического белка bcl-2 в исследуемых группах не обнаружено ( $1,41 \pm 1,49 / 1,09 \pm 1,00\%$ ,  $p=0,341$ ).

**Вывод.** *Эксцентрическая гипертрофия, снижение числа функционирующих кардиомиоцитов, а также преобладание апоптотической доминанты в миокарде УПП у мужчин с СНсФВ могут быть рассмотрены в качестве возможных предикторов риска развития осложнений в отдаленном послеоперационном периоде.*

**Финансирование:** университетский грант ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России №ГР/2021/230/2/11 от 11.05.2021.

## **ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

СТАЦЕНКО М.Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В.

*ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ*

**Цель.** Изучить патогенетический вклад инсулинорезистентности в формирование ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ожирением, сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материал и методы.** Включено 320 пациентов с АГ II-III стадий и хронической болезнью почек С1-С3б А1-А3 стадий в возрасте 45-70 лет: 1 группа – 102 пациента с АГ без ожирения и СД 2 типа, 2 – 90 пациента с АГ и ожирением, 3 – 96 пациента с АГ в сочетании с ожирением и СД 2 типа, 4 – 32 пациента с АГ и СД 2 типа без ожирения. Группы сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Проводили клиническое обследование, определяли структурные параметры сердца, концентрацию инсулина, рассчитывали индексы, характеризующие инсулинорезистентность. Использовали непараметрические методы статистического анализа, множественный регрессионный, пошаговый линейный дискриминантный и канонический анализы. Данные представлены в виде  $Me [Q25; Q75]$ , где  $Me$  – медиана,  $Q25$  и  $Q75$  – 25 и 75 процентиля соответственно. Протокол одобрения Регионального Этического комитета № 192-2014 от 11.03.2014 г.

**Результаты.** Величина индекса массы миокарда левого желудочка статистически значимо выше в группе больных АГ, ожирением и СД 2 типа по сравнению с группой лиц «изолированной» АГ (107,5 [92,5; 125,6] vs 96,0 [85,1; 106,1] г/м<sup>2</sup> соответственно). Процент лиц с гипертрофией ЛЖ достоверно выше во 2, 3 и 4 группах по сравнению с 1 группой, а также в 3 группе в сравнении со 2 и 4.

Пошаговый дискриминантный анализ выявил, что рост индекса массы тела у больных с АГ ± СД 2 типа сопровождался увеличением метаболического индекса, соотношения триглицеридов к холестерину липопротеидов высокой плотности. Канонический анализ показал, что повышение медианных значений функции «Инсулинорезистентность» во всех группах лиц сопряжено с ухудшением медианных значений функции «Кардио».

**Вывод.** *Полученные данные демонстрируют особенности геометрии ЛЖ при присоединении к АГ ожирения и/или СД 2 типа, а также патогенетическую роль инсулинорезистентности в формировании ремоделирования миокарда ЛЖ у больных АГ в сочетании с ожирением, СД 2 типа.*

## **ВЛИЯНИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ НА СНИЖЕНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

СТАЦЕНКО М.Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., ФАБРИЦКАЯ С.В., ШИЛИНА Н.Н.  
*ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ*

**Цель.** Оценить влияние висцерального ожирения на эластические свойства артерий у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** Обследованы 191 пациент в возрасте 45–70 лет с ХСН I–IIА стадии, I–III функционального класса (ФК). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): 1-я – больные ХСН без ожирения (n=110), 2-я – с ХСН и ожирением 1–2-й степени (n=81). Проводили клиническое обследование, расчет ИМТ, замеры окружности талии (ОТ), бедер (ОБ), определение ОТ/ОБ, процента висцерального жира, оценивали толщину эпикардальной жировой ткани (тЭЖТ) с помощью эхокардиографии, скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического и мышечного типа (СРПВэ и СРПВм).

**Результаты.** В группе пациентов с ХСН и ожирением значения ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ, показателей подкожного и висцерального жира, а также количество больных с абдоминальным и висцеральным ожирением были закономерно выше, чем в группе больных с ХСН без ожирения ( $p < 0,05$ ). Среди пациентов 2-й группы по сравнению с больными 1-й группы, выявлено достоверное увеличение тЭЖТ, а также рост СРПВэ. (10,7 [9,1; 11,3] vs 8,7 [7,5; 8,4] м/с). Проведенный ROC-анализ выявил количественные значения изучаемых параметров – висцеральный жир 11,5%, тЭЖТ 6,65 мм, соотношение ОТ/ОБ 0,895 – точки cut-off, при достижении и превышении которых прогнозируется рост сердечно-сосудистого риска в виде увеличения СРПВэ. более 10 м/с.

**Вывод.** Авторы считают целесообразным рекомендовать определение СРПВэ. при выявлении количественных значений висцерального жира более или равного 11,5%, тЭЖТ более или равной 6,65 мм, соотношения ОТ/ОБ более или равного 0,895 у пациентов с ХСН и ожирением.

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БРОНХОСКОПИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

СТЕПАЕВА И.П.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, РФ

**Цель.** Оценить роль и значение бронхоскопии в выявлении патологии органов дыхания у больных туберкулезом.

**Материал и методы.** Осуществлен анализ диагностической значимости бронхоскопии в выявлении туберкулезного поражения и иной патологии органов дыхания у пациентов с различными клиническими формами туберкулеза. В проведенном исследовании осуществлен ретроспективный анализ данных больных, находившихся на лечении в ГКУЗ Республики Мордовия «Республиканский противотуберкулезный диспансер», которым проводилась бронхоскопия. Период исследования: 2019-2023 гг.

**Результаты.** За период исследования, включавшего ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов, а также клиническую работу с пациентами, находившимися в 2023 г. на лечении в противотуберкулезном диспансере (ПТД), было выполнено 904 процедуры фибробронхоскопии с диагностической и лечебной целями. В среднем в 59,6% исследований была обнаружена различная патология трахеобронхиального дерева, сопровождавшаяся морфологическими изменениями. Выявленные поражения чаще локализовались в стенке бронхиального дерева. У многих пациентов наблюдалась сочетанная патология. Явления эндобронхита были выявлены в 67,6% диагностических процедур. Эндоскопическое исследование бронхиального дерева позволяет диагностировать не только специфическую патологию, но и злокачественные новообразования. Поэтому фибробронхоскопия является исключительно важным методом, способствующим выявлению и верификации как туберкулезного поражения, так и неспецифической патологии, а также злокачественных и доброкачественных новообразований. В нашем исследовании у 5,5% больных был выявлен туберкулез бронха (как инфильтративная, так и язвенная формы) и в 1,7% злокачественное новообразование, морфологически верифицированное в последующем. Процент выполнения комплекса диагностических биопсий составил 1,9. Исследование показало, что в 2023 г. проявилась тенденция не только к увеличению заболеваемости туберкулезом среди постоянного населения региона, но и к увеличению случаев туберкулеза бронхов, подтвержденного эндоскопическим методом в 11,2% исследований.

**Выводы.** Эндоскопическое исследование дыхательных путей позволяет не только выявлять специфическое туберкулезное поражение бронхов, посттуберкулезные изменения, осложнения, подтверждать бактериовыделение, а также проводить лечебные манипуляции, но и верифицировать диагноз при наличии иной инфекционной патологии и новообразований, которые нарушают прогноз, осложняют лечение и диагностику туберкулеза. Ранняя верификация злокачественных новообразований позволяет изменить парадигму лечения и сохранить пациенту жизнь.

## ЗНАЧЕНИЕ И РОЛЬ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ В ВЫЯВЛЕНИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

СТЕПАЕВА И.П., НИКИТИНА А.А.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, РФ

**Цель.** Оценить диагностическую значимость эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) в выявлении сопутствующей патологии у больных туберкулезом.

**Материал и методы.** Проведен анализ диагностической эффективности ЭГДС в выявлении сопутствующей патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов с различными клиническими формами туберкулеза. В ретроспективном исследовании проанализированы данные больных туберкулезом, находившихся на лечении в ГКУЗ Республики Мордовия «Республиканский противотуберкулезный диспансер», которым на этапе обследования проводилась ЭГДС. Период исследования: 2019-2023 гг.

**Результаты.** За период исследования, включавшего ретроспективный анализ клинических историй болезни и амбулаторных карт пациентов, а также клиническую работу с пациентами, находившимися в 2023 г. на лечении в противотуберкулезном диспансере (ПТД) было выполнено 754 диагностических ЭГДС. Анализ результатов эндоскопического исследования показал значительную распространенность патологии верхних отделов ЖКТ у больных туберкулезом, о чем свидетельствовало отсутствие морфофункциональных изменений лишь в 2% диагностических эндоскопий. Выявленная патология чаще локализовалась в желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК). У многих пациентов наблюдались сочетанные поражения желудка и ДПК, а также желудка и пищевода. Наибольшую часть выявленной патологии ЖКТ у больных туберкулезом ежегодно составляли гастриты – от 68% до 84%. У 5,4% пациентов было выявлено воспаление в ДПК и у 18 обследованных была зафиксирована рубцовая деформация луковицы ДПК. Рубцовая деформация желудка была обнаружена всего у одного пациента. Эндоскопическое исследование помогло выявить и верифицировать диагноз у 10 пациентов с полипами, а также у 3 больных со злокачественным поражением средней или нижней трети пищевода. ЭГДС помогает диагностировать не только морфологические изменения, но и функциональную патологию. Рефлюкс-эзофагит был выявлен в 46 случаях, дуоденогастральный рефлюкс – у 15,1% и почти у 19 % были обнаружены эрозивные поражения слизистой.

**Выводы.** Сопутствующая патология увеличивает риски развития туберкулеза, осложняет его течение, ухудшает прогноз. Раннее эндоскопическое выявление сопутствующей патологии ЖКТ позволяет определять и контролировать группы риска, обозначить приоритеты в лечении, правильно подбирать режимы химиотерапии, предупреждая возникновение осложнений со стороны ЖКТ и развитие нежелательных побочных реакций, улучшать результаты лечения и качество жизни пациентов.

## СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ И УРОВНИ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ

СТЕПАНОВ М.С., КАРПУНИНА Н.С., ГОДОВАЛОВ А.П.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ

**Цель.** Оценить состав микробиоты кишечника, уровни некоторых цитокинов у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

**Материал и методы.** Группу наблюдения составили 58 пациентов с ИМпST, средний возраст 51,0 [43,0; 54,0] г., мужчин – 32 (55,2%). Критерии невключения: острый коронарный синдром в анамнезе; пороки сердца; хронические заболевания почек (СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, СКD–EPI), печени и поджелудочной железы; сахарный диабет, воспалительные и инфекционные заболевания кишечника, употребление антибиотиков в предшествующий месяц. Группа сравнения - 25 сопоставимых человек без кардиоваскулярной патологии. Анализ кала производили в бактериологической лаборатории ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю». В крови определяли концентрации интерлейкина (ИЛ)-6, фактора некроза опухоли (ФНО) с использованием наборов производства ЗАО «Вектор-Бест». Референсными значениями считали: 0,18±0,04 пк/мл для ФНО, 10,3±1,23 пк/мл для ИЛ-6. Повторно исследование цитокинов выполняли через год. Статистическую обработку проводили методом сравнительного анализа.

**Результаты.** У пациентов с ИМ уровни ИЛ-6 и ФНО составили 17,5 [11,5; 25,4] пг/мл и 5,6 [5,1; 6,7] пг/мл соответственно, в группе сравнения – 6,1 [4,5; 7,2] пг/мл и 4,0 [3,8; 4,5] пг/мл ( $p=0,0000$ ). В динамике сохранялось отличие по ИЛ-6 в сравнении со второй группой (5,0 [3,9; 7,2] пг/мл и 6,1 [4,5; 7,2] пг/мл,  $p=0,04$ ). Количество лактобактерий у пациентов 1 группы находилось в норме в 85% случаев, в то время как у здоровых снижение отмечено в половине случаев ( $p=0,03$ ). У 50% пациентов с ИМ было снижено количество бифидобактерий – против 53% вошедших во вторую группу ( $p=0,15$ ). Количество типичных *E. coli* было снижено в 50% и 66% случаев соответственно ( $p=0,02$ ), при этом у 37% пациентов были высеяны неподвижные штаммы, а у 12% – с гемолитической активностью. Во 2-й группе 17% образцов содержали гемолитические *E. coli*. У 87% обследуемых 1-й группы обнаружили хотя бы один вид условно-патогенных энтеробактерий с превышением нормы.

**Вывод.** Особенности цитокинового профиля в сочетании с дисбиотическими нарушениями требуют изучения их влияния на отдаленный прогноз при ИМпST.

## ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

СТЯЖКИНА Ю.А., ГРИШИНА И.Ф., ПОЛЕТАЕВА Н.Б.  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, РФ

**Актуальность.** Тревожно-эмоциональные расстройства снижают качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) после аортокоронарного шунтирования (АКШ), негативно отражаются на реабилитации и социальном прогнозе. В этой связи актуальным представляется оценить динамику уровней тревожности у пациентов после прямой реваскуляризации миокарда.

**Материал и методы.** Проведено тестирование по шкале Спилберга-Ханина для оценки ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) 100 мужчин ( $53,2 \pm 5,9$  лет) с ИБС через 1 и 4 месяца после процедуры АКШ (ГИ). Контрольная группа (КГ) ( $n=50$ ) представлена здоровыми добровольцами и была сопоставима по полу и возрасту с ГИ. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха Ме (25%÷75%).

**Результаты.** Исходно у пациентов после АКШ уровни СТ и ЛТ значительно превышали аналогичные в КГ. Так, величина ЛТ в ГИ через 1 месяц после АКШ составляла 41 ( $38 \div 45$ ) в сравнении с (40 ( $35 \div 42$ ),  $p=0,022$  в КГ, а баллы СТ в ГИ 44 ( $40 \div 49$ ) против (39,7 ( $37,8 \div 41,2$ ),  $p=0,001$  в КГ.

К 4 месяцу наблюдения после АКШ, изучаемые показатели по-прежнему значимо отличались от КГ. При оценке параметров в динамике, значения ЛТ в ГИ оставались прежними 42 ( $38 \div 45$ ),  $p=0,182$ , в то время как уровень СТ значимо снижался 42 ( $38 \div 46$ ),  $p=0,001$ .

**Выводы.** У пациентов с ИБС после АКШ отмечаются высокие уровни как ЛТ, так и СТ во все периоды наблюдения. Высокие показатели ЛТ отражают процесс социализации индивидуума, и, по всей видимости, указывают на то, что больные ИБС преморбидно являются более тревожными в сравнении с популяцией. Исходные высокие значения СТ, по нашему мнению, могут быть объяснены непосредственно самой процедурой АКШ и тяжестью симптомов ИБС на ее момент. Снижение уровня СТ к 4 месяцу может являться следствием уменьшения стенокардии, частичного восстановления функционального состояния и в ряде случаев трудовой активности. Необходимо учитывать вклад психологической коррекции как в систему первичной профилактики ИБС, так и в процедуру кардиореабилитации, в том числе с привлечением психотерапевта в комплексном ведении больных ИБС перенесших АКШ.

## **НПВП-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ: ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ**

СУХОМЛИНОВА И.М.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Цель.** Установить частоту встречаемости и структуры развития НПВП-ассоциированных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов старше 60 лет при курсовом приеме 10-14 дней не менее 3 раз за 4 месяца, определение факторов приверженности пожилыми пациентами курсового лечения.

**Материал и методы.** Проанализированы 215 пациентов, госпитализированных на гериатрическое отделение в 2023-2024 гг. Выполнен анализ частоты назначения курсом до 14 дней нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), с учетом повторения курсов трижды за 4 месяца амбулаторно и в ходе текущей госпитализации. Установлена частота выполнения ФГДС и ФКС анализируемым пациентам, проведена оценка результатов данных исследований. Установлены предикторы комплаентности пациентов назначениям.

**Результаты.** Из 215 человек 74 пациента (34,5%) получали НПВП курсами 10-14 дней не менее 3 курсов за 4 месяца (мелоксикам, диклофенак, ацеклофенак). В 36,4% (27 чел.) случаях, дополнительно назначались такие препараты как рабепразол – 13,2%, эзомепразол – 5,3%, пантопразол – 8,4%, омепразол – 73,1%. 31,7% исследуемых отказались от приема ингибиторов протонной помпы (ИПП), 34,3% - прерывали курс НПВП. 31 человеку (41,9%) выполнена ФГДС в стационаре с целью верификации эрозивно-язвенных изменений, в 54,8% выявлены острые эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, без признаков ЖКК. В 1 случае имело место развитие ЖКК в ходе текущей госпитализации, в 2 – выявление рака желудка. ФКС в исследуемых группах не выполнялось ввиду отсутствия показаний. У пациентов, получивших курс НПВП и ИПП, согласно назначению врача непрерывно - достоверно реже определялись жалобы со стороны ЖКТ, а также отсутствовали эндоскопические изменения слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки, несмотря на повторное проведение терапии НПВП ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** *Приверженность назначенному курсу терапии с применением ИПП коррелирует с информированностью пациентов о длительности курсового приема НПВП ( $p=0,02$ ), отсутствие информации о сроке терапии повышает риск нарушения курсового приема в 4,1 раза (95% ДИ 2,715-10,730,  $p=0,14$ ). Дополнительными предикторами комплаентности к терапии являются: уровень MMSE >23 баллов ( $p < 0,0001$ ), социальные условия (контроль родственников за приемом препаратов) ( $p < 0,0001$ ), наличие патологии ЖКТ в анамнезе ( $p=0,035$ ).*

## ПОКАЗАТЕЛИ ДВУХСУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5Д СТАДИИ ПРИ НАЛИЧИИ ИНТРАДИАЛИЗНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ТАВИНЦЕВА В.Л., БАТЮШИН М.М., АБОЯН И.А., КАЛАЙТАНОВА Н.В.,  
КАРТАШЕВА И.В., РУДЧЕНКО Е.А., ЛИТВИНЕНКО К.Г.

*ГБУ РО КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону, РФ*

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, РФ*

**Цель.** Оценить показатели двухсуточного мониторирования артериального давления (ДСМАД) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 5Д стадии и развитием интрадиализной гипертензии, влияющих на развитие сердечно-сосудистых событий.

**Материал и методы.** Обследовано 38 пациентов с ХБП 5Д стадии, находящихся на лечении программным гемодиализом 3 раза в неделю по 4 часа. У всех пациентов отмечается повышение артериального давления. У пациентов в 1-й группе (10 человек) процедура гемодиализа осложняется ИДГ, у 2-й группы (28 человек) процедура протекает без колебаний цифр АД или снижается к концу процедуры. Всем пациентам было выполнено двухсуточное мониторирование артериального давления на аппарате БиПиЛАБ-М АК с регистрацией АД в междиализный день и день проведения процедуры диализа.

**Результаты.** В результате обследования выявлено у пациентов 1-й группы систолическое артериальное давление дневное (САДд)  $157 \pm 5$  мм рт.ст., диастолическое артериальное давление дневное (ДАДд)  $95 \pm 6$  мм рт.ст., систолическое артериального давления ночное (САДн)  $153 \pm 4$  мм рт.ст., диастолическое артериальное давление ночное (ДАДн)  $89 \pm 3$  мм рт.ст., пульсовое артериальное давление среднесуточное (ПАДс)  $65 \pm 5$  мм рт.ст., максимальное систолическое артериальное давление среднесуточное (САДmax)  $220 \pm 9$  мм рт.ст., максимальное диастолическое артериальное давление среднесуточное (ДАДmax)  $110 \pm 6$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). У пациентов 2-й группы САДд  $140 \pm 4$  мм рт.ст., ДАДд  $84 \pm 3$  мм рт.ст., САДн  $136 \pm 5$  мм рт.ст., ДАДн  $76 \pm 2$  мм рт.ст., ПАД  $60 \pm 4$  мм рт.ст., САДmax  $180 \pm 6$  мм рт.ст., ДАДmax  $93 \pm 3$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). Суммарный анализ 48-часового мониторирования показателей выявил достоверное повышение показателей гемодинамики в группе пациентов с интрадиализной гипертензией.

**Вывод.** У пациентов с ХБП 5Д стадии и ИДГ выше показатели гемодинамики по данным ДСМАД, что может быть дополнительным неблагоприятным фактором риска сердечно-сосудистых событий и смертности у данной категории пациентов.

## **ВЛИЯНИЕ ИНТРАДИАЛИЗНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА СТЕПЕНЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5Д СТАДИИ**

ТАВИНЦЕВА В.Л., БАТЮШИН М.М., АБОЯН И.А., КАЛАЙТАНОВА Н.В.,  
КАРТАШЕВА И.В., КОВАЛЬЧЕНКО А.А., ЯРМАЛЮК Ю.Г.

*ГБУ РО КДЦ «Здоровье», г. Ростов-на-Дону, РФ*

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, РФ*

**Цель.** Оценить степень ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 5Д стадии и наличием интрадиализной гипертензии (ИДГ).

**Материал и методы.** В исследование были включены 76 пациентов с ХБП 5Д стадии и наличием гипертонической болезни, находящихся на лечении программным гемодиализом в г. Ростове-на-Дону. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 39 пациентов с ХБП 5Д стадии без ИДГ. Во 2-ю группу вошли 37 пациентов с ХБП 5Д стадией и наличием ИДГ. Всем пациентам выполняли эхокардиографию на ультразвуковом сканере Philips EPIQ Elite с оценкой показателей ремоделирования: индекс сферичности (ИС  $\leq 0,6$ ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММ 115 г/м<sup>2</sup> у мужчин и 95 г/м<sup>2</sup> у женщин), индекс относительной толщины стенки ЛЖ (ИОТСЛЖ  $\leq 0,42$ ).

**Результаты.** В ходе исследования у пациентов 1-й группы показатели ИС составили  $0,69 \pm 0,2$ , во 2-й группе  $0,72 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ). Показатель ИММ в 1-й группе составил  $131 \pm 6$  г/м<sup>2</sup> у мужчин и  $110 \pm 5$  г/м<sup>2</sup> у женщин, во 2-й группе  $149 \pm 8$  г/м<sup>2</sup> у мужчин и  $120 \pm 4$  г/м<sup>2</sup> у женщин ( $p < 0,05$ ). ИОТСЛЖ у пациентов 1-й группы составил  $0,45 \pm 0,2$ , во 2-й группе  $0,59 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ). Показатели ИС, ИММ и ИОТСЛЖ в 1-й группе были незначительно выше нормативных значений, и возможно, связано с регулярной объёмной перегрузкой при диализе. Однако, у пациентов 2-й группы, показатели изменения геометрии сердца были достоверно выше, чем у пациентов 1-й группы, что может указывать на более выраженное ремоделирование сердца, связанное с ИДГ.

**Выводы.** У пациентов с ХБП 5Д стадии и ИДГ отмечается большее ремоделирование сердца, чем у пациентов с ХБП 5Д стадией без подъема артериального давления во время диализа. ИДГ у пациентов с ХБП 5Д стадии может быть самостоятельным фактором риска сердечно-сосудистых событий за счет ремоделирования миокарда.

## СТЕАТОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ТАК ЛИ ОН БЕЗОБИДЕН?

ТАНАЕВА Т.А., ИВАНОВ Л.А.

*ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России Минздрава России, г. Ижевск, РФ*

**Цель.** Изучить эндокринную функцию при стеатозе поджелудочной железы у пациентов с хроническим панкреатитом вне обострения.

**Материал и методы.** Обследовано 62 пациента с хроническим панкреатитом в стадии ремиссии, у которых диагностировали стеатозные изменения поджелудочной железы по данным ультразвукового исследования. Дополнительно проводилась спиральная компьютерная томография с целью подтверждения жирового перерождения органа. Среди обследованных пациентов было 10 мужчин (16,1%) и 52 женщины (83,9%), средних возраст которых составил  $58,9 \pm 7,4$  лет. Для изучения внутрисекреторной функции всем пациентам определили уровень инсулина, кортизола, глюкозы в крови однократно утром натощак. Определяли индекс НОМА-IR для выявления выраженности инсулинорезистентности.

**Результаты.** В ходе дополнительно проведенной спиральной компьютерной томографии стеатоз поджелудочной железы был диагностирован у 42 (80,8%) пациентов. Нарушение эндокринной функции выявлено в 19,3% случаев. Уровень гликемии натощак не превышал референтных значений у 34 (54,8%) человек. Повышение глюкозы крови  $\geq 6,1$  ммоль/л диагностировано у 28 (45,2%) пациентов. Нарушение гликемии натощак (уровень глюкозы  $\geq 6,1$  ммоль/л, но  $\leq 7,0$  ммоль/л) выявлено у 22 (35,5%) человек. Уровень глюкозы  $> 7,0$  ммоль/л диагностировано у 6 (9,7%) пациентов. Повышенная инсулинорезистентность диагностирована у 36 (58%) пациентов, индекс НОМА-IR составил более 2,5, у 26 (42%) – менее 2,5. В результате нашего исследования у 6 (16,7%) пациентов был впервые выявлен сахарный диабет 2 типа.

**Вывод.** *Всем пациентам с повышенной инсулинорезистентностью необходимо раннее выявление стеатоза поджелудочной железы с целью предотвращения развития сахарного диабета 2 типа.*

## **АДИПОКИНОВЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

ТАНЧЕНКО О.А., НАРЫШКИНА С.В.

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, РФ*

**Цель.** Изучить взаимосвязь уровня адипокинов и показателей дисфункции эндотелия у пациентов при коморбидном течении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и метаболического синдрома.

**Материал и методы.** 1 группу составили 49 больных с ХОБЛ и метаболическим синдромом; 2 группу – 44 пациента с изолированным течением ХОБЛ. Всем пациентам проводилось определение адипокинов (лептина, адипонектина, резистина) и интерлейкинов иммуноферментным методом, спирометрия, изучалась физическая адаптация. Для оценки эластических свойств артерий и аорты определяли показатели ригидности сосудистой стенки с помощью автоматического сфигмографа «VaSera VS-1000».

**Результаты.** В 1-й группе пациентов выявлено достоверное повышение индексов аугментации на сонной артерии и правой плечевой артерии. Полученные результаты свидетельствуют о высокой степени корреляции между основным показателем маркера эндотелиальной дисфункции – каротидно-бедренной скорости пульсовой волны – PWV-аорты, адипокинами (лептином, резистином), частотой обострений ХОБЛ за год. У пациентов 1-й группы выявлено достоверное ухудшение скоростных показателей спирограммы, снижение объёмных параметров функции легких. Наблюдалось увеличение показателей цитокинового профиля у пациентов 1-й группы: интерлейкина (ИЛ)-6, ИЛ-8, эндотелина-1. Нами выявлены достоверные математические взаимосвязи между лептином, индексом абдоминального ожирения и маркером эндотелиальной дисфункции – PWV-аорты. У больных ХОБЛ группы В (GOLD, 2021) с метаболическим синдромом в 59,4% выявлено повышение сывороточного содержания лептина. Установлено патогенетическое влияние лептина и резистина в усугублении сосудистой жёсткости при коморбидном течении ХОБЛ.

**Выводы.** *Повышение показателя PWV-аорты у пациентов 1-й группы ассоциировалось с повышением провоспалительных адипокинов и позволяет предполагать о патогенетическом влиянии лептина, резистина на прогрессирование эндотелиальной дисфункции при коморбидном течении ХОБЛ и метаболического синдрома.*

## АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

ТАРАКИ Б.М., АДАМОВА И.Г., ФЕДОРОВ И.Г., ИЛЬЧЕНКО Л.Ю., НИКИТИН И.Г.  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, РФ  
ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Выявить причины развития острой декомпенсации (ОД) и ACLF (Acute-on-chronic liver failure – острая печеночная недостаточность на фоне хронической) у пациентов с циррозом (ЦП), госпитализированных в многопрофильный стационар.

**Материалы и методы.** Обследовано 95 пациентов (53 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 32 до 75 лет с ЦП различной этиологии. Поиск триггеров декомпенсации ЦП производился на основании анализа анамнестических и клинических данных. Для оценки выраженности ACLF использовалась шкала CLIF-C-OF-score (CLIF Consortium Organ Failure score).

**Результаты.** В первые три дня госпитализации у 34 (35,7%) пациентов выявлена ACLF, а у 54 (56,8%) больных – ОД. Преобладали пациенты с ACLF 1 (22; 64,7%).

Злоупотребление алкоголем и инфекционное заболевание на догоспитальном этапе у больных с ЦП привели к развитию ОД с одинаковой частотой (17; 31,4%). Кроме того, эпизод ЖКК (9; 16,6%), парацентез без замещения раствора альбумина (4; 7,4%), а также сочетание нескольких факторов (2; 3,7%) способствовали ОД. У 5 пациентов причины развития ОД установить не удалось. Наиболее вероятно, триггерами ACLF явились: злоупотребление алкоголем (12; 35%), инфекции (4; 12%), ЖКК (3; 9%), объемный парацентез (1; 0,02%), сочетание нескольких факторов (14; 41,2%). Установлено, что у пациентов с ACLF отмечен более высокий уровень лейкоцитов (Me –  $9,7 \times 10^9$ /л; 7,2–12,1) и СРБ (Me – 34 мг/л; 16,1–51,2), а у больных с ОД –  $6,8 \times 10^9$ /л; 5,3 – 10,6 и 24 мг/л; 7,3–42,2, соответственно.

**Выводы.** ЦП относится к прогрессирующим заболеваниям с высокой частотой развития ОД и ACLF. Среди причин, приводящих к развитию осложнений ЦП, преобладали злоупотребление алкоголем и бактериальная инфекция. Наличие нескольких выявленных триггеров утяжеляло прогноз пациентов с ЦП и повышало риски ACLF. ACLF характеризуется полиорганной недостаточностью и развитием системной воспалительной реакции. Полученные результаты свидетельствуют о важности выявления триггеров, а также мониторинга показателей воспаления у пациентов с ACLF и ОД.

## **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА У ПОЖИЛЫХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)**

ТАРАСОВА М.Г., ГАГАРИН В.И.

*ООО «Медцентр «Надежда», г. Якутск, РФ*

*ГАУ РС(Я) «Республиканская клиническая больница № 3», г. Якутск, РФ*

*ГАПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж им. В.А. Вонгородского»,*

*г. Якутск, РФ*

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД) в Республике Саха (Якутия) в настоящее время является самой распространенной патологией эндокринной системы, особенно, у лиц пожилого и старческого возраста.

**Цель.** Изучить клинические, лабораторные и психосоциальные особенности СД у лиц пожилого и старческого возраста в условиях Крайнего Севера.

Был обследован 571 пациент с СД 2 типа. Возраст пациентов – от 58 до 87 лет. Все исследуемые проходили полное клинико-диагностическое исследование внутренних органов с дополнительным определением генетической предрасположенности к СД. В динамике измеряли гликемию натощак и постпрандиальную гликемию, оценивали гликемический профиль, контролировали уровень гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>).

**Результаты.** По результатам клинического обследования 571 пациентов нами установлено, что в момент регистрации диагноза СД 2 типа уже более 50% пациентов имеют микро- и макрососудистые осложнения, поражения нервной системы и т.д. Клиническое течение СД 2 типа у лиц пожилого и старческого возраста осложняется обилием сочетанной полиорганной патологии. У 65-80% пожилых пациентов имеются артериальная гипертензия, ИБС и дислипидемия, которые требуют обязательной медикаментозной коррекции. Отмечались лабораторные и психосоциальные особенности. Пациенты старческого возраста нередко обречены на одиночество, социальную изоляцию, беспомощность, нищету, которые приводят к развитию психоэмоциональных нарушений, глубоких депрессий, анорексии. Поэтому при лечении престарелого и старческого возраста нередко на первый план выходит задача не оптимальной компенсации СД, а обеспечение их необходимым уходом и общемедицинской помощью.

**Выводы.** *Получены данные, впервые представленные в обобщенном виде на большом фактическом материале (571 больных) о клиническом течении СД 2 типа у лиц пожилого и старческого возраста в условиях Крайнего Севера. На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:*

- 1. Сахарный диабет 2 типа имеет высокие показатели распространенности среди населения РС (Я), особенно у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в г. Якутске и промышленных районах Якутии.*
- 2. Клиническое течение СД 2 типа у лиц пожилого и старческого возраста характеризуются наличием клинических, лабораторных и психосоциальных особенностей.*

## НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ - МАРКЕР СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

ТАРАСОВА О.И., КУХАРЕВА Е.И., ПОЛИТИДИС Р.Р., ЖУРАВЛЁВА А.С.  
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Актуальность.** Хроническая болезнь почек (ХБП) в настоящее время принимает характер пандемии. Выявлена взаимосвязь между изменениями клубочковой фильтрации и уровнем смертности от сердечно-сосудистых осложнений, частота которых на ранних стадиях увеличивается в разы, а на поздних в десятки раз.

Ориентируясь на результаты клинических и экспериментальных исследований доказана взаимосвязь между неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и ХБП.

**Цель.** Оптимизировать раннюю диагностику ХБП.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 пациентов с наличием одного или нескольких признаков метаболического синдрома. 32 женщины (53,3%), 28 мужчин (46,7%). Средний возраст пациентов составил 45,9±10,9 лет. Диагнозы НАЖБП и ХБП выставляли согласно критериям клинических рекомендаций EASL и KDIGO соответственно. Упругость печени оценивали в кПа по шкале METAVIR, степень стеатоза в db/m путем непрямой ультразвуковой транзиентной эластографии с программным обеспечением CAP, которую выполняли на аппарате Fibroscan 502 (Echosens, Франция).

**Результаты.** Из 60 пациентов с наличием одного или нескольких признаков метаболического синдрома у 51 (85%) диагностирована НАЖБП, при этом у 36 пациентов (70,6%) в форме стеатоза и у 15 (29,4%) в форме стеатогепатита. У 45 (88,2%) пациентов с НАЖБП были выявлены субклинические проявления ХБП, среди которых у 33 пациентов (73,3%) отмечалась повышенная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) (>90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) и у 12 (26,7%) пациентов незначительное ее снижение (60-89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>). Среди пациентов с гиперфильтрацией были пациенты только с НАЖБП в форме стеатоза и с нормальными показателями упругости печени. Среди пациентов со сниженной СКФ только 2 (16,6%) пациента имели стеатоз печени, а у 10 (83,4%) пациентов диагностирован стеатогепатит и у всех этих пациентов изменения упругости печени соответствовали второй стадии фиброза печени (F2) по Metavir. Среди пациентов, у которых не была диагностирована НАЖБП только у 3 (33,3%) пациентов не выявлены субклинические признаки ХБП. Отношение шансов наличия у пациентов с НАЖБП субклинического поражения почек составило 15,0 (95% ДИ 2,948–76,313; p <0,001).

**Вывод.** НАЖБП может служить надежным маркером ранней диагностики ХБП.

## **РОЛЬ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

ТАРАСОВА О.И., МИНОСЯН И.С.

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является распространённым метаболическим расстройством, которое характеризуется накоплением жира в печени без избыточного потребления алкоголя и может прогрессировать в неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) и приводить к циррозу или раку печени. Основные факторы риска НАЖБП включают ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром, также предполагается, что избыточный бактериальный рост в тонком кишечнике (СИБР) играет важную роль в развитии и прогрессировании НАЖБП, однако по-прежнему имеются противоречивые данные об этом явлении. Для оценки прогрессирования заболевания печени при НАЖБП была одобрена транзитная эластография (ТЭ) с использованием контролируемого параметра затухания (КПЗ).

**Цель.** Определить роль СИБР при НАЖБП и его возможное влияние на прогрессирование заболевания.

**Материал и методы.** В исследование включены 74 человека, средний возраст 46 (23-69) лет, из них 26 (35%) мужчин и 48 (65%) женщин. Всем участникам исследования проведено лабораторное обследование, исключены другие заболевания печени, проведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование с использованием ТЭ с КПЗ (Echosens, Франция) и водородный дыхательный тест на СИБР с использованием портативного водородного дыхательного теста (Gastro+™ Gastrolyzer фирмы Bedfont Scientific Ltd).

**Результаты.** Из 74 исследуемых у 34 (45%) выявлен СИБР, стеатоз выявлен у 40 (54%) при помощи КПЗ. Из 34 СИБР+ лиц стеатоз выявлен у 16 (47%). Из 40 СИБР - лиц у 24 (60%) выявлен стеатоз ( $p=0,086$ ). Также не отмечен рост степени стеатоза в группе СИБР+.

**Вывод.** На данный период исследования данных о взаимосвязи СИБР и НАЖБП не выявлено.

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСА ПРИ РАЗВИТИИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ ХОБЛ

ТАЮТИНА Т.В.

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, РФ*

**Цель.** определить диагностическую значимость маркеров экстрацеллюлярного матрикса при развитии и дифференцировке клинических фенотипов ХОБЛ.

**Материал и методы.** Обследовано 78 больных с высоким риском развития обострений ХОБЛ. Медиана возраста – 61 [58,9; 62,4] год. Из них 58 (73%) мужчин и 20 женщин (27%). Основным классифицирующим признаком групп исследования являлся клинический фенотип заболевания: группа 1 – 40 больных с бронхитическим фенотипом, группа 2 – 38 больных с эмфизематозным фенотипом. Группа контроля – 18 практически здоровых человек. Для оценки активности маркеров экстрацеллюлярного матрикса в сыворотке определяли концентрацию матриксной металлопротеиназы (ММП)-9, ММП-2, тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ 1 (ТИММП), ТИММП2 и соотношение ММП/ТИММП методом ИФА.

**Результаты.** Среднее значение ММП-9 в группе контроля составило  $185,5 \pm 34,2$  нг/мл против  $1307,8 \pm 419$  при бронхитическом ( $p=0,001$ ) и  $1721,5 \pm 436$  – при эмфизематозном фенотипе. Среднее значение ТИММП1 в группе контроля составило  $209,65 \pm 87,7$  нг/мл, против  $342,3 \pm 104$  в 1 группе ( $p=0,01$ ) и  $399,5 \pm 97,9$  (минимум – 198, максимум – 580) – во 2-й ( $p=0,01$ ), следовательно, увеличение активности ММП-9 сопровождалось аналогичной динамикой концентрации ее тканевого ингибитора. Среднее значение ММП-9/ТИММП1 в группе контроля составило  $1,05 \pm 0,5$ , против  $3,9 \pm 0,8$  в группе 1 и  $4,4 \pm 0,9$  – в группе 2 ( $p < 0,001$  в обоих случаях), что продемонстрировало выраженный дисбаланс в системе ММП9/ТИММП1. Среднее значение ММП-2 в группе контроля составило  $157,5 \pm 38$ , против  $233,5 \pm 49$  в 1 группе ( $p=0,01$ ) и  $246,9 \pm 30,2$  – во 2-й ( $p=0,01$ ). Среднее значение ТИММП2 в контрольной группе составило  $113,6 \pm 39,2$  против  $86,1 \pm 15,7$  в группе 1 ( $p=0,005$ ) и  $90,1 \pm 13,7$  – во 2-й. Среднее значение ММП-2/ТИММП2 в группе контроля составило  $1,55 \pm 0,7$ , против  $2,8 \pm 0,8$  в группе 1 и  $2,8 \pm 0,54$  в группе 2 ( $p < 0,001$ ), что продемонстрировало имеющийся дисбаланс в системе ММП-2/ТИММП2 в сторону протеолитической активности у больных с ХОБЛ на фоне угнетения выработки ТИММП-2. Пороговое значение ММП-2 в точке cut-off при проведении ROC-анализа составило 214 нг/мл. При значении ММП 214 нг/мл и выше прогнозировалось формирование эмфизематозного фенотипа, ниже – бронхитического.

**Вывод.** Установлена диагностическая значимость маркеров экстрацеллюлярного матрикса при развитии и формировании клинических фенотипов ХОБЛ.

## РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ТЕРЕХОВ И.В.

КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, РФ

**Цель.** Оценить влияние мелатонина на компоненты внутриклеточных сигнальных путей, определяющих функциональную активность лейкоцитов у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Проведено проспективное когортное исследование, в ходе которого обследовано 58 пациентов с ИБС (23 мужчины и 35 женщин) в возрасте 55-71 года. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц из числа доноров крови. Группы по возрасту и полу статистически значимо не различались ( $p > 0,05$ ). В ходе исследования методом ИФА определяли внутриклеточное содержание в лейкоцитах периферической крови, выделенных по стандартной методике на градиенте фиколла-верографин, протеинкиназ АМРК, АКТ1, ERK1 и каспазы-1. В сыворотке венозной крови методом ИФА определяли концентрацию мелатонина и растворимой формы молекулы адгезии ICAM1 (sICAM1). Исследование проводили в утренние часы с 06.00 до 6.30.

**Результаты.** В группе ИБС, в сравнении с контрольной группой, отмечалось повышение уровня мелатонина на 9,7% ( $p=0,07$ ), содержания в лейкоцитах протеинкиназы АКТ1 на 11,5% ( $p=0,01$ ), ERK1 на 86,4% ( $p=0,003$ ). Уровень АМРК и sICAM1 не различался ( $p > 0,05$ ). На фоне повышенного уровня мелатонина у пациентов с ИБС (более 25,7 пг/мл), в сравнении с его низким уровнем (25,7 пг/мл и менее), отмечалось снижение содержания АМРК на 29,6% ( $p=0,029$ ), АКТ1 на 20,0% ( $p=0,006$ ), ERK1 на 23,7% ( $p=0,044$ ), каспазы-1 на 25,6% ( $p=0,047$ ), sICAM1 на 12,9% ( $p=0,001$ ).

**Выводы.** Мелатонин участвует в регуляции функционального состояния лейкоцитов за счет изменения в них активности метаболических процессов. Способствуя изменению содержания протеинкиназы АМРК, мелатонин обеспечивает регуляцию энергетического баланса. Стимулируя снижение содержания протеинкиназы АКТ1, мелатонин подавляет провоспалительную активность, в том числе, обусловленную каспазой-1 и экспрессией молекулы адгезии ICAM1. В свою очередь, способствуя снижению содержания протеинкиназы ERK1, мелатонин ограничивает пролиферативный потенциал лейкоцитов. Учитывая морфогенетическую роль лейкоцитов в патогенезе ИБС, действие мелатонина направлено на торможение их провоспалительной активации и замедление прогрессирования заболевания.

## **КОРРЕКЦИЯ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЕЦИМЕТРОВОЙ ТЕРАПИИ**

ТЕРЕХОВ И.В.

*КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, РФ*

**Цель.** Оценить эффективность восстановления фагоцитарной функции лейкоцитов у лиц, перенесших пневмонию при использовании физиотерапии электромагнитным излучением дециметрового диапазона (ДМВ-терапии).

**Материал и методы.** Проведено проспективное когортное исследование, в ходе которого обследовано 125 пациентов на 17-20 сутки внебольничной пневмонии нетяжелого (75%) и тяжелого (25%) течения (60 мужчин и 65 женщин) в возрасте 18-55 лет (средний возраст 37,6 лет). Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц из числа доноров крови. Группы по возрасту и полу статистически значимо не различались ( $p < 0,05$ ). Фагоцитарную активность исследовали методом проточной цитометрии, с оценкой фагоцитарного индекса (ФИ, %) и фагоцитарного числа (ФЧ, ед) по всем фагоцитирующим клеткам периферической венозной крови. Результаты исследования представлены в виде медианы, 25%, 75% выборки. Физиотерапию проводили на область средней трети грудины длительностью 30 минут, однократно в сутки в течение трех дней аппаратом «Акватон-02» (регистрационное удостоверение РЗН 2023/20087).

**Результаты.** В группе контроля ФИ составил 79,0% (77,0; 87,0), ФЧ – 4,0 ед. (3,0; 4,0). В группе перенесших ВП, до начала физиотерапии ФИ составлял 70,0% (67,0; 71,5), ФЧ – 3,0 ед. (2,0; 3,0). Проведенный анализ выявил различия между показателем ФИ у пациентов с ВП и группой контроля ( $p=0,047$ ) и ФЧ ( $p=0,051$ ). После завершения физиотерапии отмечалось повышение ФИ на 37,1% ( $p=0,001$ ), до 96,0% (93,0; 98,0), ФЧ в 1,3 раза, до 7,0 ед. (7,0; 7,0).

**Выводы.** У лиц, перенесших ВП, наблюдались признаки иммунной дисрегуляции, характеризовавшиеся снижением фагоцитарной активности лейкоцитов периферической крови. Применение на этом фоне физиотерапии способствовало активации фагоцитарной системы и стимуляции неспецифической резистентности организма. ДМВ-терапия проявляет иммуностропную активность, что может использоваться в качестве немедикаментозного метода иммунореабилитации пациентов, перенесших ВП.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЛОКАТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ИЛИ АНТАГОНИСТОВ ИХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ТЕРЕХОВ И.В., БОНДАРЬ С.С.

*КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, РФ*

**Цель.** Оценить влияние антицитокиновой терапии генно-инженерными препаратами (ГИБП) на госпитальную летальность пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (НКИ) пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 9133 случаев лечения пациентов с НКИ пожилого (60-74 года, средний возраст 66,9 лет) и старческого возраста (75 лет и старше, средний возраст 81,6 года). В структуре госпитализаций 64,9% составляли пациенты со среднетяжелым течением НКИ (частота назначения ГИБП 9,0%, летальность 3,6%), 25,3% – с тяжелым (частота назначения ГИБП 26,5%, летальность 19,7%), и 9,8% – с крайне-тяжелым течением НКИ (частота назначения ГИБП 25,5%, летальность 89,7%). При оказании медицинской помощи пациентам с НКИ в качестве ГИБП использовались антагонисты рецептора ИЛ-6 (тоцилизумаб, левилимаб), блокатор ИЛ-6 (олокизумаб), антагонист рецептора ИЛ1 $\alpha$ /ИЛ1 $\beta$  (анакинра). Тяжесть НКИ оценивалась в соответствии актуальной версией временных методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Анализ выживаемости проводили с использованием программы STATISTICA 13.0.

**Результаты.** Применение ГИБП оказывало значимое влияние на исходы в группе среднетяжелой НКИ. При этом, у пациентов пожилого возраста без ГИБП летальность составила 2,4%, с применением ГИБП – 1,46%, абсолютное снижение риска (АСР) -0,97% ( $p=0,031$ ). У пациентов старческого возраста соответствующие значения составили 6,9% и 5,0%, АСР -2,0% ( $p=0,12$ ). В группе тяжелой НКИ у пациентов пожилого возраста на фоне применения ГИБП летальность составила 15,3%, без ГИБП – 10,3%, АСР -4,99% ( $p=0,001$ ), у пациентов старческого возраста – 33,7% и 23,7%, АСР -10,4% ( $p=0,0005$ ). В группе крайне-тяжелого течения НКИ, у пациентов пожилого возраста без ГИБП летальность составила 85,0%, с ГИБП – 93,8%, АСР 8,7% ( $p=0,11$ ), у пациентов старческого возраста 92,0% и 94,0%, АСР 2,0% ( $p=0,07$ ).

**Выводы.** У пожилых пациентов эффективность ГИБП отмечена при среднетяжелом и тяжелом течении НКИ. У пациентов старческого возраста наиболее эффективно назначение ГИБП при тяжелом течении НКИ. В группе крайне-тяжелой НКИ применение ГИБП может способствовать увеличению госпитальной летальности.

## ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНСУЛИНА С ВАЗОПРЕССОРНЫМИ ФАКТОРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА

ТЕРЕХОВ И.В., БОНДАРЬ С.С., ЛОГАТКИНА А.В.

*КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, РФ*

**Цель.** Оценить взаимосвязь уровня инсулина с вазопрессорными факторами при артериальной гипертензии (АГ) высокого и очень высокого риска.

**Материал и методы.** Проведено проспективное когортное исследование, в ходе которого обследовано 98 пациентов с АГ (44 мужчин и 49 женщин) в возрасте 49-63 лет (средний возраст 53,5 лет). Факторами риска являлось наличие ишемической болезни сердца (у 22,3% обследованных), гипертрофии миокарда (37,1%), хронической болезни почек 1-2 ст. (16,4%), дислипидемия (49,5%), нарушение толерантности к глюкозе (21,1%). Группы по возрасту и частоте факторов риска значимо не различались ( $p > 0,05$ ). В плазме венозной крови методом иммуноферментного анализа оценивали концентрацию инсулина, ангиотензина-II (АТ-II), ренина (Рн). Данные представлены в виде медианы, 25%, 75% выборки. Характер взаимосвязей между исследованными факторами оценивали методом линейного корреляционного анализа.

**Результаты.** В группе женщин, концентрация Рн составила 3,36 (2,8; 3,8) мкМе/мл, у мужчин – 4,24 (3,5; 4,8) мкМе/мл ( $p=0,002$ ), АТ-II у женщин – 21,8 (19,2; 24,7) пг/мл, у мужчин – 32,1 (26,1; 37,1) пг/мл ( $p=0,0011$ ), инсулина у женщин – 2,67 (1,7; 3,8) мкЕд/мл, у мужчин – 3,13 (2,6; 7,1) мкЕд/мл ( $p=0,04$ ). Коэффициент корреляции инсулина и АТ-II у женщин составил 0,3 ( $p=0,1$ ), инсулина и Рн -0,02 ( $p=0,6$ ). У мужчин 0,79 ( $p=0,001$ ) и 0,8 ( $p=0,001$ ) соответственно.

**Выводы.** *Продукция вазопрессорных факторов и инсулина у пациентов с АГ, ассоциированной с высоким и очень высоким риском, в значительной степени зависит от пола. При этом у мужчин, в сравнении с женщинами, отмечается значимое повышение концентрации вазопрессоров, в особенности, АТ-II, а также более высокий уровень инсулина. В группе мужчин имела место сильная положительная корреляция между инсулином и вазопрессорами. Совместное действие АТ-II и инсулина может являться самостоятельным фактором прогрессирования эндотелиальной дисфункции и атеросклероза, способствовать дальнейшему прогрессированию поражения органов-мишеней у мужчин с АГ. Указанное обстоятельство целесообразно учитывать при назначении антигипертензивной терапии у лиц мужского пола, страдающих АГ.*

## ДИНАМИКА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ МУЖЧИН В АНДРОПАУЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ТИМОФЕЕВА О.В., СКИБИЦКИЙ В.В., ФЕНДРИКОВА А.В.  
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, РФ

**Цель.** Проанализировать динамику основных эхокардиографических показателей у мужчин с артериальной гипертонией (АГ) и тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) в период андропаузы на фоне комбинированной фармакотерапии.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 мужчин с АГ и ТДР в андропаузальном периоде: 30 пациентов (медиана возраста 57 лет) получали периндоприл + амлодипин + антидепрессант тразодон (группа 1), 30 больных (медиана возраста 58,5 лет) – кандесартан + амлодипин + антидепрессант тразодон (группа 2). Исходно и через 6 месяцев всем мужчинам выполняли ЭХО-КГ с оценкой основных показателей: КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер; ФВ – фракция выброса; ЛЖ - левый желудочек; ТМЖП - толщина межжелудочковой перегородки; ТЗС - толщина задней стенки; ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка; ИММЛЖ – индексированная масса миокарда левого желудочка; Е – максимальная ранняя диастолическая скорость на МК; А – максимальная поздняя диастолическая скорость на МК; Е/А – отношение скоростей раннего и позднего наполнения желудочков; DT – время замедления; IVRT – время изоволюметрического расслабления; КДД – конечное диастолическое давление; МСд – миокардиальный меридиональный стресс в диастолу. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы Statistica 12.0.

**Результаты.** У пациентов обеих групп на фоне проводимой терапии зафиксированы статистически значимые позитивные изменения основных эхокардиографических показателей. Однако выявлены межгрупповые различия: более выраженное снижение у пациентов 1 группы по сравнению со 2-й таких показателей, как DT (на 14,0% и 11,9% ( $p < 0,05$ )), IVRT (на 14,3% и 10,2% ( $p < 0,05$ )), КДД (на 16,0% и 13,0% ( $p < 0,05$ )), МСд (на 21,9% и 18,5% ( $p < 0,05$ )) соответственно. Обращает внимание значимое снижение в 1-й группе прогностически важного показателя Е/А на 18,4% и 13,7% соответственно, ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У мужчин с АГ и ТДР в период андропаузы выявлено более выраженное позитивное влияние на основные эхокардиографические показатели использование комбинации «ингибитор АПФ + антагонист кальция + антидепрессант», по сравнению с терапией в группе сравнения. Полученные результаты могут быть приняты во внимание при подборе, либо коррекции антигипертензивной терапии у пациентов данной клинической группы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ФОТОМАГНИТОТЕРАПИИ ЗЕЛЕННОГО СПЕКТРА

ТИНАЕВА Р.Ш., СКВОРЦОВ В.В.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ

**Цель.** Определить спектр лечения вегетативной дисфункции с помощью фототерапевтического прибора «Зеленая лампа Невотон».

**Материал и методы.** 120 пациентам стационарных медицинских учреждений, прошедших тестирование состояния здоровья на приборе RaDoTech, были назначены лечебные процедуры с использованием аппарата фототерапии «Зеленая лампа Невотон». После завершения курса участникам было предложено повторное исследование на приборе RaDoTech для оценки эффективности и безопасности лечения. Статистическая обработка результатов проводилась в Microsoft Excel.

**Результаты.** В исследовании принимали участие 120 пациентов, средний возраст составил  $45,0 \pm 1,0$  лет. Из них 10% (12 человек) перенесли COVID-19 в легкой форме, 68% (82 человека) – средней и 22% (26 человек) – тяжелой. 70% (84 человека) составляли лица женского пола, 30% (36 человек) – мужского пола.

Пациентам проведен курс лечения в виде монотерапии аппаратом фототерапии, после оценки состояние здоровья на приборе RaDoTech.

По результатам нашего предыдущего исследования получены следующие данные: у 95% (114 человек) с СВД нарушено психоэмоциональное состояние. Среднее значение показателей составило 0,61 (норма – 0,80-1,10), что означает снижение уровня психоэмоционального состояния.

Излучатель зеленого света «Зеленая лампа Невотон» предназначен для лечения неврологических заболеваний контактным воздействием монохромным зеленым светом, постоянным магнитным полем и тонизирующим массажем. Техника лечения заключается в лабильном воздействии терминала фототерапевтического прибора на воротниковую область пациента мягкими круговыми движениями. Курс составил 10 ежедневных процедур, с продолжительностью 15-30 минут.

После окончания курса пациенты снова были протестированы на приборе RaDoTech. Выяснилось, что всего у 11% (13 человек) психоэмоциональное состояние оставалось нарушенным. Среднее значение показателей повысилось до 0,90, норма.

Таким образом, процент пациентов без нарушений психоэмоционального состояния после фототерапии возрос с 5 до 89%, а показатель уровня психоэмоционального состояния вырос в 1,5 раза (с 0,61 до 0,90) и нормализовался, что является успешным результатом, особенно учитывая отсутствие медикаментозного лечения.

**Вывод.** *Использование фототерапии зеленого спектра для лечения синдрома вегетативной дисфункции, в том числе при постковидном синдроме, может быть эффективным и безопасным способом восстановления нормальной работы ВНС.*

## РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

ТКЕБУЧАВА Т.Э., МАРТЫНОВ А.Ю.

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Цель.** Определить особенности клинического течения алкогольного поражения сердца у пациентов с хронической алкогольной интоксикацией (ХАИ) в зависимости от характера потребления алкоголя, структуры дополнительных факторов риска ССЗ.

**Материал и методы.** В исследование включены 20 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет с ХАИ. Пациенты разделены на 2 группы: умеренно употребляющие (ХАИ-) 6 пациентов и 14 злоупотребляющие алкоголем (ХАИ+). Средний возраст  $55 \pm 14$  лет. Всем пациентам проведены: ЭКГ, ЭКГ-ВР, ВСР, ЭХО-КГ, опросник СAGE, анкета ПАС.

**Результаты.** Классические факторы риска ССЗ – артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточная масса тела регистрировались у 83%, 0% и 83% пациентов с ХАИ-, 76%, 18% и 71% пациентов с ХАИ+. Курение у 20 (100%) пациентов. Отягощенная наследственность по ССЗ у 17 (85%), из них 67% с ХАИ-, 78% с ХАИ+. Употребление наркотических веществ 0% пациентов с ХАИ-, 36% пациентов с ХАИ+. Ассоциированное ССЗ: фибрилляция предсердий у 6 (30%), из них 50% с ХАИ-, 21% с ХАИ+.

Сопутствующие заболевания: хронический гастрит у 8 (40%), из них 16% с ХАИ-, 50% с ХАИ+; ХОБЛ у 3 (15%), из них 14% с ХАИ-, 7% с ХАИ+. Средний возраст начала употребления алкоголя  $33 \pm 12$  года. Употребление крепких напитков 6 (30%), из них 50% с ХАИ-, 7% с ХАИ+. Сочетание крепких напитков с пивом 10 (50%), из них 0% с ХАИ-, 71% с ХАИ+. Пиво 3 (15%), из них 33% с ХАИ-, 7% с ХАИ+. Повышение АД на фоне употребления алкоголя у 13 (65%), из них 33% с ХАИ-, 64% с ХАИ+. Поздние потенциалы желудочков (ППЖ) выявлены у 19 (95%) пациентов, 83% с ХАИ-, 100% с ХАИ+. Вариабельность ритма сердца снижена у 8 пациентов (40%), из них 33% с ХАИ-, 43% с ХАИ+. Фракция выброса была снижена у 7 пациентов (35%), из них 33% с ХАИ-, 35% с ХАИ+.

**Выводы.** В обеих группах основной модифицируемый фактор риска – курение.

*Употребление крепких алкогольных напитков с пивом преобладает в группе ХАИ+.*

*Гипертензивная реакция на алкоголь, наличие ППЖ и низкие показатели вариабельности более характерны для ХАИ+.*

## АССОЦИАТИВНАЯ РОЛЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА *rs692243* ГЕНА *PRKAG3* НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА

ТОЛСТОКОРОВА Ю.А., НИКУЛИНА С.Ю., ЧЕРНОВА А.А.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,

г. Красноярск, РФ

**Цель.** Выявление вклада полиморфизма *rs692243* гена *PRKAG3* в развитие синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) в популяции Красноярского края.

**Материал и методы.** Обследованы 200 пациентов с синдромом WPW, среди них мужчин  $n=97$  [18;32,66;81]; женщин  $n=103$  [18;47,92;83]. Всем пациентам проведены клинические, лабораторные, соматометрические, инструментальные исследования, а также молекулярно-генетическое исследование. Выделение ДНК проводили стандартным фенол-хлороформным методом. Генотипирование по гену *PRKAG3* выполнялось методом ПЦР-ПДФ анализа (полимеразная цепная реакция-полиморфизм длин рестрикционных фрагментов). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Excel, Statistica for Windows 10.0, IBM SPSS 20. Различия в распределении частот аллелей и генотипов гена *PRKAG3* между группами оценивали посредством критерия  $\chi^2$ . Относительный риск заболевания по конкретной аллели или генотипу вычисляли как отношение шансов (ОШ).

**Результаты.** При распределении генотипов полиморфизма *rs692243* гена *PRKAG3* наблюдается статистически значимое преобладание гомозиготного генотипа *CC* у больных с синдромом WPW, в сравнении с лицами контрольной группы (8 и 4% соответственно). Также установлено статистически значимое преобладание носителей аллеля *C* в группе больных с синдромом WPW в 20,3%, по сравнению с лицами контрольной группы (15,8%). Оценённый по ОШ риск развития синдрома WPW генотипа *CC* гена *PRKAG3* оказался в 1,323 раза выше (95% ДИ 0,866–2,023;  $p=0,04$ ) по сравнению с генотипами *GG* и *CG*, а у носителей аллеля *C* – в 1,458 раза выше (95% ДИ 1,051–4,127;  $p=0,028$ ) по сравнению с аллелем *G*.

**Вывод.** Результаты исследования подтвердили вклад полиморфизма *rs692243* гена *PRKAG3* в развитие синдрома WPW.

## НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ

ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., КУРЖОС М.Н., БУБМАН Л.И., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ГОЛИМБЕКОВА М.В., МЕЛЬНИКОВА К.Д., КОЛОНТАЙ Т.М., ПИЛЯРОВА М.Х., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.

ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Изучить частоту встречаемости и некоторые аспекты патологии углеводного обмена у пациентов с боевыми травмами.

**Материал и методы.** В исследование включено 210 пациентов, перенесших ранение в сроки от 4 до 58 дней (в среднем  $15,9 \pm 8,7$  дня) до поступления в стационар. Средний возраст пациентов составлял  $36,0 \pm 8,4$  года. У всех пациентов проводилось определение концентрации глюкозы в венозной крови натощак. Пациентам с гипергликемией проводили исследование гликемического профиля и гликированного гемоглобина. Рассчитывали показатели стресс-индуцированной гипергликемии, предполагаемого среднего уровня глюкозы за последние 3 месяца (ADAG), гликемического разрыва. Определяли инсулин в плазме крови натощак и рассчитывали индекс инсулинорезистентности НОМА-IR.

**Результаты.** Частота гипергликемии составила 23,3%. Средняя концентрация глюкозы крови натощак у раненых в возрасте  $\geq 40$  лет достигала  $5,7 \pm 1,1$  ммоль/л, моложе 40 лет –  $5,2 \pm 0,8$  ммоль/л ( $p=0,005$ ). Зарегистрирована достоверная прямая корреляция между уровнем глюкозы натощак и возрастом пациентов ( $r=0,26$ ;  $p=0,00003$ ). Среднее время с момента ранения у пациентов с гипергликемией достигало  $13,2 \pm 5,7$  дней, с нормогликемией –  $16,7 \pm 9,2$  дня ( $p=0,02$ ). У пациентов с гипергликемией зарегистрирован более низкий общий белок ( $58,3 \pm 10,2$  и  $62,1 \pm 6,9$  г/л, соответственно;  $p=0,004$ ), альбумин ( $31,2 \pm 4,6$  и  $33,2 \pm 4,9$  г/л;  $p=0,04$ ), гемоглобин ( $97,7 \pm 18,9$  и  $105,9 \pm 16,9$  г/л;  $p=0,004$ ), более высокий С-реактивный белок ( $61,0 \pm 55,4$  и  $32,9 \pm 38,1$  мг/л;  $p=0,0001$ ), лейкоциты ( $10,6 \pm 4,4$  и  $9,3 \pm 3,4 \times 10^9$ /л;  $p=0,02$ ), нейтрофилы ( $7,8 \pm 4,3$  и  $6,4 \pm 2,9 \times 10^9$ /л;  $p=0,01$ ), фибриноген ( $5,7 \pm 1,4$  и  $4,8 \pm 1,2$  г/л;  $p=0,0002$ ), чем у раненых с нормогликемией. У пациентов с гипергликемией средний уровень HbA1c составил  $5,3 \pm 0,6\%$ , стресс-индуцированной гипергликемии –  $1,4 \pm 0,2$  ммоль/л. Медиана гликемического разрыва достигала  $1,51$  ммоль/л (Q1-Q3:  $0,88$ - $2,1$  ммоль/л), инсулина –  $12,9$  мкМЕ/мл (Q1-Q3:  $9,2$ - $27,0$  мкМЕ/мл), индекса инсулинорезистентности –  $3,3$  (Q1-Q3:  $2,1$ - $8,8$ ). В ходе наблюдения у 64,6% раненых с гипергликемией при поступлении уровень глюкозы нормализовался, у 35,4% сохранялась небольшая гипергликемия. Медиана времени до нормализации концентрации глюкозы в крови натощак составила  $17,5$  дней (Q1-Q3:  $8$ - $30$  дней).

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о достаточно частом обнаружении гипергликемии у пациентов с боевыми травмами. В большинстве своем повышение глюкозы небольшое и этот показатель нормализуется в течение относительно короткого периода времени.

## НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ

ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., КУРЖОС М.Н., ПИЛЯРОВА М.Х., БУБМАН Л.И.,  
ГОЛИМБЕКОВА М.В., МЕЛЬНИКОВА К.Д., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.  
ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Изучить возможные нарушения ритма и проводимости, а также профиль артериального давления (АД) у пациентов молодого и среднего возраста с боевыми ранениями.

**Материал и методы.** В одномоментное исследование включено 102 пациента, перенесших ранение в сроки от 13 до 114 дней перед поступлением в стационар. Средний возраст пациентов составлял  $35,7 \pm 8,5$  лет. Проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД. Применялся опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А.М.), шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс, индекс тяжести инсомнии, шкала Гамильтона для оценки тревоги, шкала Гамильтона для оценки депрессии, опросник на скрининг посттравматического стрессового расстройства, визуальная аналоговая шкала боли.

**Результаты.** Средняя ЧСС за сутки достигала  $84,6 \pm 11,1$  в минуту, максимальная ЧСС –  $134,4 \pm 18,6$  в минуту. Средняя по группе продолжительность тахикардии составила  $498,1 \pm 316$  минут. Наблюдалась обратная корреляция между возрастом больных и продолжительностью тахикардии ( $r = -0,29$ ;  $p = 0,04$ ), и максимальной ЧСС ( $r = -0,28$ ;  $p = 0,007$ ). У пациентов 20-29 лет максимальная ЧСС достигала  $141,4 \pm 19,4$ , у пациентов старше 40 лет –  $134,3 \pm 17,9$  ( $p = 0,009$ ). Нарушения сердечного ритма зарегистрированы у 65,5% пациентов. Наиболее часто выявлялась синусовая аритмия (76,2% случаев всех аритмий), миграция суправентрикулярного водителя ритма (27,0%) и предсердный ритм (11,1%). Артериальная гипертензия выявлена у 67,7% обследованных пациентов. Максимальное систолическое АД, соответствующее артериальной гипертензии 1 степени, зарегистрировано у 43,9% пациентов, 2 степени – у 19,7%, 3 степени – у 3,0%, высокое нормальное АД – у 16,7%, нормальное АД – у 16,7%. Максимальное диастолическое АД, соответствующее АГ 1 степени, обнаружено у 30,8% пациентов, 2 степени – у 30,8%, 3 степени – у 15,4%, высокое нормальное АД – у 10,8%, нормальное АД – у 12,3%. 44,6% пациентов были отнесены к типу суточных кривых АД «нон-диппер», как для систолического, так и для диастолического АД.

**Выводы.** У пациентов с боевыми травмами очень часто обнаруживается синусовая тахикардия, регистрирующаяся в течение длительного периода времени. Частота сердечных сокращений максимальна у раненых самого молодого возраста и уменьшается по мере увеличения возраста. Очень часто регистрируется синусовая аритмия и повышенное артериальное давление, особенно диастолическое.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ И ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

ТОПОЛЯНСКАЯ С.В., РОМАНОВА М.А., ВАСИЛЬЕВА Ю.Ю., ДОЛОТКАЗИНА Е.Н., ПИЛЯРОВА М.Х., ЕЛИСЕЕВА Т.А., ЛЫТКИНА К.А., МЕЛКОНЯН Г.Г.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, РФ  
ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Определить концентрацию витамина 25(ОН)D в крови и проанализировать его взаимосвязи с различными параметрами у пациентов с боевыми травмами.

**Материал и методы.** В исследование включены 139 пациентов, перенесших боевые ранения в сроки от 3 до 876 дней до поступления в стационар. 34 пациента (24,5%) с длительно неконсолидирующимися переломами составили основную группу, 105 раненых (75,5%) без них – группу сравнения. Время с момента ранения у пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами достигало  $325,1 \pm 188,6$  дней, без данной патологии –  $67,6 \pm 92,7$  дней ( $p < 0,000001$ ). Возраст раненых с длительно неконсолидирующимися переломами достигал  $40,4 \pm 6,0$  лет, без них –  $37,3 \pm 9,3$  лет ( $p = 0,04$ ). Концентрацию 25-гидроксикальциферола (25(ОН)D) определяли методом иммунохемилюминесцентного анализа. Уровень 25(ОН)D  $< 10$  нг/мл расценивался как выраженный дефицит витамина D, 10-19 – дефицит, 20-29 – недостаточность,  $\geq 30$  нг/мл – норма.

**Результаты.** Средняя по группе концентрация 25(ОН)D составляла  $17,3 \pm 7,8$  нг/мл ( $4,2-50,7$  нг/мл). У пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами средняя концентрация витамина 25(ОН)D составила  $18,3 \pm 8,8$  нг/мл ( $9,2-50,7$  нг/мл), в группе сравнения –  $17,0 \pm 7,5$  нг/мл ( $4,2-49,0$  нг/мл) ( $p = 0,4$ ). В группе пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами у 8,8% уровень 25(ОН)D был в норме, у 20,6% наблюдалась его недостаточность, у 61,8% – дефицит, у 8,8% – выраженный дефицит; у раненых без данной патологии уровень 25(ОН)D был в норме в 5,7% случаев, в 19,0% наблюдалась его недостаточность, в 63,8% – его дефицит, в 11,4% – выраженный дефицит. В группе пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами средняя концентрация общего кальция составила  $2,4 \pm 0,1$  ммоль/л, ионизированного кальция –  $1,35 \pm 0,26$  ммоль/л, фосфора –  $1,30 \pm 0,22$  ммоль/л, щелочной фосфатазы –  $74,3 \pm 22,1$  Ед/л. У 52,4% пациентов ионизированный кальций был в пределах нормы, у 14,3% – сниженный, у 33,3% – повышенный. У 27,3% пациентов концентрация фосфора была повышенной, у 72,3% – в норме. Наблюдалась достоверная позитивная корреляция между уровнем фосфора и ионизированного кальция в крови ( $r = 0,59$ ;  $p = 0,004$ ).

**Вывод.** В рамках данного настоящего исследования обнаружено, что у пациентов с боевыми травмами и переломами костей конечностей очень часто выявляется дефицит или недостаточность витамина 25(ОН)D.

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СТРЕССОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЮ

ТОРГАШОВ М.Н.

ГБУЗ НСО «Новосибирский областной госпиталь №2 ветеранов войн»,  
г. Новосибирск, РФ

**Цель.** Изучить и провести детальный анализ взаимоотношений феномена преждевременного старения при различных состояниях, запущенных боевым стрессом (БС), в особенности ПТСР и хроническими болевыми синдромами (ХБС).

**Материал и методы.** Нами наблюдались 156 ветеранов войн в возрасте от 24 до 69 лет. Все они перенесли воздействие разного рода БС. Показатели биологического возраста (БВ) рассчитывались с помощью методик, разработанных в НИИ геронтологии АМН СССР в модификации, предложенной в лаборатории патофизиологии старения Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн. В определении ПТСР применялся опросник травматического стресса И.О. Котенёва.

**Результаты.** В 145 (92,9%) наблюдениях диагностировано ПТСР различной интенсивности. ХБС присутствовали у 95 (60,9%) пациентов. У большей части обследуемых (n=104; 66,7%) были выявлены два и более заболеваний, поражающих различные органы и системы.

При разной выраженности ПТСР среди лиц с отсутствием ХБС не выявлено отчетливых колебаний показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиокислительной защиты (АОЗ), связанных исключительно со степенью интенсивности клинической симптоматики ПТСР. Среди лиц с сочетанием ПТСР и ХБС изменения данных показателей представлялись более значительными у 22 (23,9%) пациентов с наиболее интенсивными ХБС по визуально-аналоговой шкале ( $53,4 \pm 4,6$  баллов;  $p < 0,01$ ) по сравнению с 24 (26,1%) пациентами с наименьшей интенсивностью ХБС ( $46,8 \pm 1,9$ ). Наиболее отчетливо ( $p < 0,05$ ) на интенсивность ХБС реагировали средние значения диеновой конъюгации и пероксидазы. Наибольшее влияние на повышение показателей БВ оказало сочетание ПТСР и ХБС, менее значимое - только ПТСР. У лиц старше 60 лет, интенсивность ПТСР снижается, и на первый план в качестве предиктора повышения БВ выступают ХБС и возрастзависимая соматическая патология, в первую очередь, сердечно-сосудистая.

**Выводы.** *Обнаруженные стойкие патологические сдвиги показателей ПОЛ системы крови в совокупности с преждевременным старением можно считать стресс-индуцированными состояниями наряду с ПТСР и ХБС. Это представляется весьма важным в проведении лечебно-профилактических и геропротекторных мероприятий у лиц, переживших тяжелые стрессовые воздействия.*

## ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ТРАПЕЗНИКОВА А.А., ХЛЫНОВА О.В.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ

**Цель.** Изучить отдельные показатели системы гемостаза у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП).

**Материал и методы.** На базе гастроэнтерологического отделения Пермской краевой клинической больницы за 2023 г. было проведено обследование 30 пациентов с МАЗБП и 20 пациентов из контрольной группы.

Критериями включения являлись: пациенты с верифицированным диагнозом МАЗБП, возраст от 18 лет до 60 лет, отсутствие хронических заболеваний, сопровождающихся эндотелиальной дисфункцией: гипертоническая болезнь, распространённый атеросклероз, острый инфаркт миокарда, нарушение функции почек, сахарный диабет.

Изучаемые показатели: возраст и пол пациента, показатели общего анализа крови (ОАК, включая тромбоциты) и величина уровня сывороточного гомоцистеина. Для сравнения независимых количественных переменных использовался метод Манна-Уитни, качественных – метод  $\chi^2$  Пирсона. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Обследованы 30 пациентов с МАЗБП и контрольной группы из 20 человек. Средний возраст пациентов с МАЗБП составил  $46,6 \pm 10,4$  лет, средний возраст пациентов контрольной группы -  $39,9 \pm 5,2$  лет. Распределение по полу было следующим: среди пациентов с МАЗБП женщин – 70% ( $n=21$ ), мужчин – 30% ( $n=9$ ). Среди пациентов в контрольной группе: женщин 62,5% ( $n=12$ ), мужчин 37,5% ( $n=8$ ). Показатели ОАК в 1-й группе были следующими: лейкоциты  $9,3 \pm 3,2 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $4,8 \pm 0,7 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин -  $125,7 \pm 20,3$  г/л, тромбоциты -  $381,8 \pm 36,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ  $12,8 \pm 0,4$  мм/ч. Уровень гомоцистеина -  $23,7 \pm 7,4$  мкмоль/л. Для контрольной группы: лейкоциты  $6,7 \pm 3,9 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $4,4 \pm 3,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин -  $126,2 \pm 15,5$  г/л, тромбоциты -  $210,1 \pm 11,9 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ  $13,3 \pm 7,6$  мм/ч. Гомоцистеин -  $9,8 \pm 3,7$  мкмоль/л.

У пациентов с МАЗБП уровень тромбоцитов был выше ( $p=0,03$ )  $381,8 \pm 36,6 \times 10^9/\text{л}$  против  $210,1 \pm 11,9 \times 10^9/\text{л}$  у пациентов контрольной группы. Также статистически значимо было повышение уровня гомоцистеина у пациентов с МАЗБП  $23,7 \pm 7,4$  мкмоль/л по сравнению с пациентами контрольной группы, где уровень гомоцистеина составлял  $9,8 \pm 3,7$  мкмоль/л,  $p=0,002$ . По возрасту и полу группы сравнения были сопоставимы.

**Выводы.** Более высокие уровни гомоцистеина и тромбоцитов достоверно чаще выявлялись у пациентов с МАЗБП. Данные результаты подчеркивают важность своевременного и эффективного лечения, а также контроля уровня медиаторов воспаления в данной категории пациентов.

## ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., КОСИВЦОВА М.А., ТИТАРЕНКО М.Н.,  
ТЫЩЕНКО И.А., ЛОПУШКОВА Ю.Е.

*ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ*

**Актуальность.** Жировая болезнь печени, связанная с метаболической дисфункцией (МАЗБП), представляет собой новую концепцию, предложенную в 2020 г.; однако ее применимость в популяции лиц с нормальной массой тела (НМТ) предстоит оценить. Недавно предложенное определение МАЗБП является более практичным и точным и может помочь выявить больше пациентов со стеатозом печени как заболевания высокого кардиометаболического риска.

**Цель.** Оценка частоты встречаемости кардиометаболических нарушений у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и НМТ на примере жителей Волгоградского региона.

**Материал и методы.** В исследование было включено 64 пациента обоего пола в возрасте от 18 до 65 лет с подтвержденной НАЖБП (диагноз был установлен согласно Клиническим рекомендациям «Неалкогольная жировая болезнь печени у взрослых», НОГР и РНМОТ, 2022 г.) с ИМТ до 25 кг/м<sup>2</sup> (м/ж=26/38, средний возраст 56 [46; 64]). Проводилась оценка частоты встречаемости основных кардиометаболических факторов риска (ФР) для лиц с НМТ согласно критериям диагностики МАЗБП.

**Результаты.** Частота встречаемости объема талии ОТ >94 см у мужчин или >80 см у женщин составил 37,1%, артериальное давление АД >130/85 мм рт.ст. у 35,9%, 15,6% пациентов страдали сахарным диабетом 2 типа, у 26,6% больных, уровень глюкозы крови был >5,6 ммоль/л, уровень триглицеридов ТГ >1,7 ммоль/л зарегистрирован в 53,1%, а холестерин липопротеинов высокой плотности ЛПВП <1 ммоль/л – в 40,6% случаев. Обращает внимание то, что 18,8% больных имели 2 ФР, а 14,1% – три и четыре ФР.

**Выводы.** Пациенты с НАЖБП и НМТ в 53,1% случаев представляют собой популяцию МАЗБП. Выявление данных пациентов и их динамическое наблюдение с коррекцией имеющихся факторов кардиометаболического риска является важным направлением профилактической медицины.

## ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., ТЫЩЕНКО И.А., КОСИВЦОВА М.А.,  
ТИТАРЕНКО М.Н., ЛОПУШКОВА Ю.Е.

*ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ*

**Актуальность.** Раннее выявление инсулинорезистентности (ИР) у пациентов с нормальной массой тела (НМТ) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) имеет важное клиническое значение. Триглицерид-глюкозный индекс (ТГИ) обладает хорошей чувствительностью и специфичностью для обнаружения ИР, отмечена прямая корреляция ТГИ с НОМА-IR при стеатозе печени.

**Цель.** Определение диагностической значимости ТГИ в качестве суррогатного маркера ИР у пациентов с НАЖБП и НМТ.

**Материал и методы.** В исследование вошло 203 пациента с НАЖБП. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от значения индекса массы тела (ИМТ). В первую группу вошло 42 пациента с ИМТ до 25 кг/м<sup>2</sup> (м/ж=17/25, средний возраст 56 [46; 64]), во вторую группу было включено 44 пациента с ИМТ от 25,1 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> (м/ж=23/21, средний возраст 58,5 [42; 63]), третья группа была представлена 117 пациентами, имеющими ожирение I-II ст. (ИМТ от 30 кг/м<sup>2</sup>, м/ж=40/78, средний возраст 58 [51; 65]). Показатель ТГИ рассчитывали по формуле  $\ln [TG \cdot Gl] / 2$  с использованием калькулятора [<https://www.mdapp.co/tyg-index-calculator-359/>]. Значимым показателем наличия инсулинорезистентности считали уровень ТГИ  $\geq 4,49$  у. ед.

**Результаты.** В группе больных с НАЖБП и НМТ уровень ТГИ составил 4,68 [4,43; 4,96] у.е., во второй группе - 4,83 [4,68; 5,09] у.е. ( $p_{1,2} < 0,05$ ); в группе больных с ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> - 4,97 [4,75; 5,24] у.е. ( $p_{1,2} < 0,05$ ;  $p_{1,3} < 0,05$ ). Частота встречаемости ТГИ  $> 4,49$  у.е. составила 62,8% vs 90,9% vs 94,8% в 1, 2 и 3 группах соответственно ( $p_{1,2} < 0,05$ ;  $p_{1,3} < 0,05$ ).

**Выводы.** По данным оценки ТГИ отмечена высокая частота встречаемости ИР у пациентов с НАЖБП и НМТ. Полученные данные имеют важное клиническое значение с учетом того, что ТГИ как суррогатный маркер ИР, считается маркером прогнозирования различных метаболических, сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний.

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., ТЫЩЕНКО И.А., КОСИВЦОВА М.А.,  
ТИТАРЕНКО М.Н., ЛОПУШКОВА Ю.Е.

*ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ*

**Актуальность.** Отсутствие «видимых» факторов метаболического риска у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и нормальной массой тела (НМТ) приводит к недооценке диагностики фиброза печени у этой категории пациентов, как маркера неблагоприятного печеночного и внепеченочного прогноза пациента.

**Цель.** Повысить эффективность диагностики и риска прогрессирования фиброза печени у больных с НАЖБП и НМТ.

**Материал и методы.** В исследование вошло 203 пациента с НАЖБП. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от значения индекса массы тела (ИМТ). В первую группу вошло 42 пациента с ИМТ до 25 кг/м<sup>2</sup> (м/ж=17/25, средний возраст 56 [46; 64]), во вторую группу было включено 44 пациента с ИМТ от 25,1 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> (м/ж=23/21, средний возраст 58,5 [42; 63]), третья группа была представлена 117 пациентами, имеющими ожирение I-II ст. (ИМТ от 30 кг/м<sup>2</sup>, м/ж=40/78, средний возраст 58 [51; 65]). Расчет индекса FIB-4 проводился с помощью онлайн-калькулятора. Показатель триглицерид-глюкозного индекса (ТГИ) рассчитывали по формуле  $\ln [TG * Gl] / 2$  с использованием калькулятора [<https://www.mdapp.co/tyg-index-calculator-359/>]. Значимым показателем наличия инсулинорезистентности считали уровень ТГИ  $\geq 4,49$  у. ед.

**Результаты.** Оценка индекса FIB-4 показала, что в 1 группе FIB-4  $> 2,67$  у.е присутствовал у 16,1% больных, что было сопоставимо с данными пациентов 2-й (14,9%) и 3 группы (16,2%). В группе больных с НАЖБП и НМТ уровень ТГИ составил 4,68 [4,43; 4,96] у. е., во второй группе – 4,83 [4,68; 5,09] у.е. ( $p_{1,2} < 0,05$ ); в группе больных с ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> – 4,97 [4,75; 5,24] у.е. ( $p_{1,3} < 0,05$ ;  $p_{1,3} < 0,05$ ). Увеличение шансов и относительного риска прогрессирования фиброза печени с увеличением значения ТГИ выявлено только в группе пациентов с НМТ (OR 2,45 ДИ [0,247; 24,04], RR 2,22 ДИ [0,273; 18,115]).

**Вывод.** *Неинвазивное определение FIB-4 и ТГИ инсулинорезистентности у пациентов с НАЖБП и НМТ имеет важное диагностическое значение в рутинной клинической практике.*

## КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА ОСТЕОПОРОЗА

ТЮРИН А.В.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, РФ

**Цель.** Оценить значения индекса массы тела (ИМТ) у лиц с различными уровнями минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и переломами различной локализации.

**Материал и методы.** В исследование включено 987 женщин постменопаузального возраста ( $61,9 \pm 7,9$  лет) и 476 мужчин старше 45 лет ( $62 \pm 10,8$  лет), которые были разделены на группы сравнения по наличию переломов: 1 группа – с переломами поясничного отдела позвоночника, 2 группа – с переломами периферических костей, 3 – группа с сочетанными переломами поясничного отдела позвоночника и периферических костей, 4 группа – с нетипичными переломами. Контрольную группу составили 345 мужчин и 478 женщин без переломов. МПКТ оценивали методом рентгеновской денситометрии.

**Результаты.** У женщин сниженный ИМТ ассоциирован с переломами в целом, а также с переломами периферических костей и сочетанных локализаций. Снижение Т-критерия шейки бедра статистически значимо ассоциировано с переломами в целом, переломами позвоночника и переломами периферических костей. У мужчин были выявлены ассоциации снижения ИМТ с переломами в целом, а также с переломами сочетанных локализаций. Значения Т-критерия поясничного отдела позвоночника были ассоциированы с переломами в целом, а также со всеми основными группами остеопоретических переломов. Значения Т-критерия шейки бедренной кости были ассоциированы с переломами в целом, переломами позвоночника и сочетанными переломами. Обращают на себя внимание уровни МПКТ у женщин с переломами различной локализации. Статистически значимое снижение МПКТ в области шейки бедренной кости было отмечено только у пациенток с переломами периферических костей, в то время как МПКТ поясничного отдела позвоночника была ассоциирована как с переломами в целом, так и с различными их локализациями, что может характеризовать данный параметр как более ценный предиктор переломов.

**Выводы.** *Остеопороз – клинически гетерогенное состояние, при это риск переломов не всегда находится в прямой зависимости от уровня МПКТ. Выявлены ассоциации ИМТ с переломами различной локализации, что предполагает влияние количественного состава тела на риск переломов и требует дальнейшего исследования.*

## ВКЛАД ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ *LIPC*, *LPL* В РИСК РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

ТЮРЮПОВ М.С., КРИПАК А.О., НУЯНЗИН В.К., МИТРОФАНОВСКИЙ А.М.  
*ВМедА, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Актуальность.** Дифференцированный подход к стратификации риска развития инфаркта миокарда, включающий в себя генетические особенности пациента, позволит выявлять прогностически более неблагоприятных пациентов и относить их к категории повышенного риска. В этой связи перспективными являются полиморфизмы генов, ассоциированные с липидным обменом.

**Цель.** Проанализировать корреляции липидных геномных биомаркеров (полиморфизмов генов *LPL*, *LIPC*) у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе и со стабильным течением ИБС.

**Материал и методы.** Ретроспективно оценено течение ИБС у 84 пациентов: возраст 70 (57-74) лет, 38 (45,2%) пациентов мужского пола, 46 (54,8%) – женского пола. Инфаркт миокарда наблюдался в 30 случаях (35,7%). На основании этого все пациенты были разделены на 2 группы: имеющие инфаркт миокарда в анамнезе и лица со стабильным течением ИБС. Группы были однородны по половозрастным характеристикам и сопутствующей патологии. Изучались корреляции полиморфизмов генов, участвующих в липидном обмене: липопротеинлипазы (*LPL*), липазы С (*LIPC*) с инфарктом миокарда. Расчеты проводились посредством корреляционного анализа по методам Спирмена и Тау-Кендалла в статистическом пакете R, версия 4.3.1. Во всех случаях проверки гипотез корреляция признавалась статистически значимой при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Установлено, что наличие инфаркта миокарда в анамнезе коррелирует с наличием минорных аллелей полиморфизмов генов *LPL*, *LIPC*. Так, было показано, что наличие минорной аллели G полиморфизма гена *LPL* отрицательно коррелирует с развитием инфаркта миокарда в анамнезе,  $\rho = -0,310$  ( $p = 0,015$ ),  $\tau = -0,310$  ( $p = 0,015$ ), соответственно. Также была выявлена отрицательная корреляция минорной аллели G полиморфизма гена *LIPC* с развитием инфаркта миокарда в анамнезе,  $\rho = -0,260$  ( $p = 0,028$ ),  $\tau = -0,269$  ( $p = 0,028$ ), соответственно.

**Вывод.** Минорные аллели (аллель G полиморфизма гена *LPL* и аллель G полиморфизма гена *LIPC*), ассоциированные с меньшей выраженностью дислипидемии, могут обладать протекторным влиянием на течение ИБС и выступать в качестве маркеров уменьшения риска развития инфаркта миокарда.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

УБУШАЕВА Д.Ш., САХИН В.Т., РУКАВИЦЫН О.А., КАЗАКОВ С.П.,  
ПРОХОРЧИК А.А., КАЛИНИН А.Г., ГУЛЯЕВ Н.И.

*ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Оценить значения эритроцитарных индексов у пострадавших с ожоговой травмой в зависимости от клинического исхода при поступлении в специализированный стационар.

**Материалы и методы.** Обследованы 23 пациента мужского пола, возраст 33 [24-47] лет, поступивших в ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России на 2 [1-3] сутки после ожога. В зависимости от клинического исхода пациенты разделены на две группы. В 1-ю группу включены 12 выживших пострадавших, возраст 33 [25-38] лет, индекс Франка (FI) 47 [30-62] баллов. Во 2-ю группу включены 11 умерших пострадавших, возраст 26 [23-43] лет, FI 137 [129-175] баллов. Средняя длительность лечения пострадавших составила 12 дней, что соответствует периоду ожоговой септикотоксемии. Всем пострадавшим выполнялся забор периферической крови и костного мозга после стерильной пункции с последующим определением эритроцитарных индексов: ширины распределения эритроцитов (RDW-CV) и стандартного отклонения ширины распределения эритроцитов (RDW-SD). Исследование проводилось на гематологическом анализаторе Sysmex XN-1000 (Япония). У каждого показателя рассчитывали медиану (Me) и межквартильный интервал (IQR). Выполнялся сравнительный анализ значений исследуемых индексов у пострадавших двух групп. Достоверность различий определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Значения RDW-SD и RDW-CV в периферической крови и костном мозге больше у пациентов 2-й группы ( $p < 0,05$ ). В костном мозге пострадавших из 2-й группы RDW-SD 53,1 [46,5-54,4] фл, RDW-CV 13,8 [13,1-14,4] %, тогда как в 1-й группе RDW-SD 42,9 [40,6-43,9] фл, RDW-CV 12,5 [11,9-12,9] % соответственно. В периферической крови во 2-й группе RDW-SD 49,5 [46,7-53,1] фл, RDW-CV 13,7 [12,9-13,8] %, в 1-й группе RDW-SD 43,1 [39,2-44,9] фл, RDW-CV 12,3 [11,6-12,6] % соответственно.

**Выводы.** У пострадавших с неблагоприятным клиническим исходом (в среднем на 12 сутки) доказано увеличение RDW-SD и RDW-CV в костном мозге и в периферической крови уже в 1-3 сутки после ожога. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования данных показателей для оценки тяжести и прогнозирования исхода пострадавшего.

## **ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИТОЗА КОСТНОГО МОЗГА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ИСХОДА У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ**

УБУШАЕВА Д.С., САХИН В.Т., РУКАВИЦЫН О.А., КАЗАКОВ С.П.,  
ПРОХОРЧИК А.А., КАЛИНИН А.Г., ГУЛЯЕВ Н.И.  
ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» МО РФ, г. Красногорск, РФ

**Цель.** Оценить диагностическую значимость изменения цитоза костного мозга для прогнозирования клинического исхода у пострадавших с ожоговой травмой.

**Материал и методы.** Обследованы 23 пациента мужского пола, возраст 33 [24-47] лет, поступивших в госпиталь на 2 [1-3] сутки после ожога. В зависимости от клинического исхода пациенты разделены на две группы. В 1-ю группу включены 12 выживших пострадавших, возраст 33 [25-38] лет, индекс Франка (FI) 47 [30-62] баллов. Во 2-ю группу включены 11 умерших пострадавших, возраст 26 [23-43] лет, FI 137 [129-175] баллов. Всем пострадавшим выполнялся забор костного мозга после стерильной пункции. Исследовался пунктат костного мозга с определением общего цитоза. Исследование проводилось методом ручного подсчета миелокариоцитов в счетной камере Горяева. Для оценки диагностической эффективности применения цитоза для прогнозирования клинического исхода строилась прогностическая модель с помощью метода ROC-кривых. В точке «cut-off» найдено оптимальное разделяющее значение цитоза, соответствующее наивысшим значениям чувствительности и специфичности.

**Результаты.** Средние значения цитоза в 1 группе составили  $117,8 \times 10^9/\text{л}$ , во 2 группе  $44,7 \times 10^9/\text{л}$ . При оценке вероятности развития летального исхода в зависимости от уровня цитоза костного мозга получена статистически значимая модель ROC-кривой ( $p=0,037$ ). Полученная ROC-кривая характеризовалась значением AUC, равным  $0,875 \pm 0,1$  (95% ДИ: 0,677-1). Между сопоставляемыми признаками отмечалась обратная связь. Значение цитоза в точке cut-off составило  $79,5 \times 10^9/\text{л}$ : у пострадавших с большими значениями отмечался меньший риск развития летального исхода, у пострадавших со значениями ниже, риск летального исхода выше. Чувствительность и специфичность модели при выбранном пороговом значении цитоза составили 88,9% и 75%, соответственно.

**Выводы.** *Снижение общего цитоза костного мозга на 1-3 сутки после ожоговой травмы ассоциируется с дальнейшим неблагоприятным исходом. Оценка цитоза костного мозга на 1-3 сутки после ожога, может использоваться для выявления пострадавших с высокой вероятностью летального исхода в дальнейшем.*

## ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА E И КАРДИОРЕСПИРАТОРНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ

УКЛИСТАЯ Т.А., ПОЛУНИНА О.С., УКЛИСТАЯ Е.А.

*ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, РФ*

**Цель.** Изучение характера распределения генотипов по полиморфизму e2/e3/e4 гена апополипротеина E (Apo E) у больных изолированной хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и при наличии кардиореспираторной коморбидности.

**Материал и методы.** Обследованы 106 больных: 30 с изолированной ХИБС, 40 – с изолированной ХОБЛ, 36 – с сочетанием ХОБЛ и ХИБС. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту. Полиморфизм гена определяли методом полимеразной цепной реакции. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программы «Statistica for Windows 11». Для обработки полученной информации использовались стандартные статистические процедуры. Для сравнения частот бинарного признака использовали критерий  $\chi^2$ . При достоверных отличиях между сравниваемыми частотами генотипов и аллелями генов в исследуемых группах, использовали коэффициент соотношения шансов (odds ratio – OR).

**Результаты.** У обследованных лиц определяли наличие трех аллельных вариантов (e2, e3, e4) и 5 генотипов (e2/e3, e2/e4, e3/e3, e3/e4 и e4/e4) исследуемого локуса гена Apo-E. Не выявлены лица с генотипом e2/e2. Установлены статистически значимые различия в распределении частот генотипов между группой практически здоровых лиц и больными как изолированной ХИБС, так и сочетанной патологией ХОБЛ с ХИБС ( $\chi^2=9,69$ ,  $p=0,046$  и  $\chi^2=16,9$ ,  $p=0,002$ , соответственно). Распределение генотипов так же существенно различалось между больными изолированной ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ХИБС ( $\chi^2=17,8$ ,  $p=0,001$ , соответственно). OR вероятности формирования ХИБС у больных ХОБЛ, носителей генотипа e3/e4 и аллеля e4 составил 2,6, доверительный интервал 1,73-3,98 и 2,0, доверительный интервал 1,47-2,60, соответственно. Лица, носители генотипа e3/e4 имели достоверно более высокий ( $p=0,01$ ) уровень общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности по сравнению с носителями генотипа e3/e3.

**Вывод.** *Полученные данные могут помочь в понимании роли генетических факторов в развитии коморбидной сердечно-сосудистой патологии у больных ХОБЛ и прогнозировании формирования у них данной патологии.*

## ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

УРЯСЬЕВ О.М., БЕРСТНЕВА С.В., СОЛОВЬЕВА А.В., НИКИФОРОВ А.А.,  
ЮДИЧЕВ Н.А.

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, РФ*

**Цель.** Изучить роль полиморфных маркеров генов, кодирующих компоненты ренин-ангиотензиновой системы (РАС), и состояние эндотелиальной функции в развитии диабетической нефропатии (ДН) при сахарном диабете (СД) 2 типа в сочетании с первичным гипотиреозом (ПГ).

**Материал и методы.** Обследованы 92 пациента с СД 2 типа: 40 человек с ДН и длительностью СД менее 10 лет (из них 15 чел. СД2+ПГ); 52 человека с СД 2 типа длительностью более 20 лет, без ДН (из них 23 чел. СД2+ПГ). Группы формировались по принципу «полярных фенотипов»: «ДН+» и «ДН-». Проведена идентификация полиморфных маркеров I/D гена ACE, M235T гена AGT, T-786C гена eNOS3 и Lys198Asn гена EDN1.

**Результаты.** Продемонстрирована ассоциация носительства D-аллеля и генотипа DD полиморфизма I/D гена ACE с ДН при СД 2 типа без статистически значимых различий у пациентов с наличием и отсутствием ПГ. Ассоциации полиморфизма M235T гена AGT с развитием ДН не было выявлено.

Показана связь генотипа CC и аллеля C полиморфизма T-786C гена eNOS3 с ДН при СД 2 типа как в общей группе, так и у пациентов с СД2+ПГ. При ДН и ПГ частота носительства генотипа CC и мутантного аллеля C была незначимо выше, чем при СД 2 типа и ДН без патологии щитовидной железы.

Не выявлено ассоциации полиморфизма Lys198Asn гена EDN1 с ДН. Генотип AsnAsn в 3 раза чаще встречался при СД2+ПГ в сравнении с пациентами с СД2 без ПГ: в группе «ДН+»  $60,0 \pm 12,7\%$  и  $20,0 \pm 8,0\%$  ( $p=0,0111$ ), в группе «ДН-»  $56,5 \pm 10,3\%$  и  $17,2 \pm 7,0\%$  ( $p=0,0022$ ), что требует дополнительного изучения.

**Вывод.** Носительство D-аллеля и генотипа DD полиморфного маркера I/D гена ACE, аллеля C и генотипа CC полиморфизма T-786C гена eNOS3 ассоциировано с развитием диабетической нефропатии при сахарном диабете 2 типа и в сочетании с первичным гипотиреозом.

## КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ И СПИРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

УСТИНОВ М.С., МАКОВА Е.В., УСТИНОВА В.М.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, РФ*

*ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», г. Самара, РФ*

*Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, РФ*

**Цель.** Сравнение объёма легких по данным автоматизированной обработки КТ изображений пациентов с COVID-19 и показателя форсированной жизненной ёмкости легких (ФЖЕЛ) по нормативу GLI 2012.

**Материал и методы.** Проведен анализ 155 компьютерных томограмм больных COVID-19 с положительным ПЦР-тестом у 66 человек (29 мужчин и 37 женщин, средний возраст 71,2 года) в группе летального исхода и у 89 человек (40 мужчин и 49 женщин, средний возраст 61,5 лет) в группе выживших с помощью программы АВТОПЛАН, разработанной в институте инновационного развития СамГМУ. Проведен подсчет объёмов легочной ткани, «матового стекла» и консолидации в мл. Показатели ФЖЕЛ рассчитывались по нормативу GLI 2012. Использованы должный показатель, а также нижняя и верхняя границы нормы. Рассчитано соотношение объёма непораженных легких по КТ к показателям ФЖЕЛ в процентах в двух группах непараметрического сравнения независимых групп U-критерием Манн-Уитни с достоверностью менее 0,05.

**Результаты.** При сравнительной оценке отношения объёма легких на компьютерной томограмме по автоматизированной обработке системой Автоплан и спирометрических показателей ФЖЕЛ (должная, нижняя и верхняя границы нормы) выявлен более высокий процент в группе благоприятного исхода COVID-19 104,9% (95% ДИ 96,06-113,71) против 117,0% (95% ДИ 109,38-124,56),  $p=0,056$ , 145,0% (95% ДИ 132,85-157,05) против 159,5% (95% ДИ 148,90-170,16),  $p=0,092$ , 81,8% (95% ДИ 74,86-88,76) против 92,0% (95% ДИ 86,07-97,87),  $p=0,048$  соответственно.

При сравнительной оценке отношения объёма непораженных легких на КТ по обработке системой Автоплан и показателей ФЖЕЛ (должная, нижняя и верхняя границы нормы) выявлен достоверно более высокий процент в группе выживших пациентов 84,4% (95% ДИ 75,33-93,46) против 108,2% (95% ДИ 99,84-116,47),  $p < 0,001$ , 116,7% (95% ДИ 104,18-129,26) против 147,5% (95% ДИ 135,92-159,02),  $p=0,001$ , 65,8% (95% ДИ 58,70-72,89) против 85,1% (95% ДИ 78,57-91,54),  $p < 0,001$  соответственно.

**Выводы.** 1. Был выявлен достоверно более высокий процент соотношения объём легких/ФЖЕЛ верхняя граница нормы у пациентов с благоприятным исходом COVID-19.  
2. В группе выживших пациентов с поражением легких при COVID-19 получен достоверно более высокий процент соотношений объёма непораженных легких к должным значениям, нижней и верхней границам нормы ФЖЕЛ.

## ЭПИКАРДИАЛЬНЫЙ ЖИР И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ФАБРИЦКАЯ С.В., СТАЦЕНКО М.Е., РЫНДИНА Ю.А.  
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ

**Цель.** Оценить толщину эпикардиального жира (ЭЖ) с учетом функционального состояния почек у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** 178 пациентов с ХСН I–III функционального класса (ФК) ишемического генеза, в возрасте 45-65 лет, были разделены на 2 группы: 1 группа (контрольная) - с ХСН и индексом массы тела от 25,0 до 29,9 кг/м<sup>2</sup>, 2 группа (основная) – с ХСН и ожирением 1-2 степени (индекс массы тела 30,0-34,9 кг/м<sup>2</sup>). Проводили клиническое обследование, эхокардиографию с определением толщины эпикардиального жира, определяли показатели функционального состояния почек (креатинин крови, рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ), альбуминурии (АУ)). Статистическую обработку результатов проводили при помощи программы Statistica 12.0 (StatSoft, Inc.).

**Результаты.** При присоединении к ХСН ожирения отмечено достоверное увеличение уровня альбуминурии (282,6 [138,7; 364,5] vs 183,5 [79,7; 244,1] альбумин/креатинин, мг/г мочи во 2-й и 1-й группе соответственно), а также статистически значимое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (61,9 [54,5; 72,8] vs 72,8 [62,3; 91,7] мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> во 2-й и 1-й группах). Кроме того, в 1-й группе достоверно реже встречались пациенты с клинически значимым снижением СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, чем среди лиц с ХСН без ожирения. Получены достоверно более высокие значения концентрации β<sub>2</sub>-микроглобулинов в моче у пациентов основной группы в сравнении с пациентами контрольной группы (0,465 [0,318; 0,624] vs 0,232 [0,108; 0,362] мг/л). По данным эхокардиографии у коморбидных пациентов с сочетанием ХСН и ожирения больше толщина ЭЖ (p < 0,05). При проведении корреляционного анализа в группе пациентов с ХСН и ожирением были выявлены высокой и средней силы связи между толщиной ЭЖ и АУ (r=0,42, p < 0,05), ЭЖ и СКФ (r = -0,34, p < 0,05), а также уровнем ЭЖ и β<sub>2</sub>-микроглобулинов в моче (r=0,32, p < 0,05).

**Выводы.** Установлено статистически значимое прогрессирующее ухудшение функционального состояния почек у больных с ХСН и ожирением. Увеличение толщины эпикардиальной жировой ткани ассоциировано с ухудшением почечной функции у больных ХСН и ожирением.

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ДИСЛИПИДЕМИЯ В АСПЕКТЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ

**Цель.** Оценить динамику артериальной гипертензии и дислипидемии при разном уровне приверженности у лиц молодого возраста.

**Материал и методы.** Обследованы 94 пациента (М=45/Ж=49) в возрасте Ме=33 [28,7-38] лет. Дизайн соответствовал проспективному наблюдательному исследованию Ме=18,6 [17,4-20,1] месяцев с изучением приверженности лечению пациентов по опроснику КОП-25. Результат оценки приверженности лечению <50% считался низким, 50-75% – средним, >75% – высоким. Изучены факторы риска: повышенное артериальное давление (АД)  $\geq 130/85$  мм рт.ст., гиперхолестеринемия (ГХС), снижение холестерина липопротеинов высокой плотности ( $\downarrow$ ХС-ЛПВП), повышение холестерина липопротеинов низкой плотности ( $\uparrow$ ХС-ЛПНП), гипертриглицеридемия (ГТГ). У всех пациентов рассчитан холестерин липопротеинов невысокой плотности (ХС-нелВП), повышенным уровнем считалось значение более 3,4 ммоль/л. Статинотерапия была рекомендована 21 пациенту (22,3%). Данные обработаны в SPSS Statistics 26.

**Результаты.** При проспективном исследовании средние значения систолического АД(САД) и диастолического АД(ДАД), ХС-ЛПНП, ХС-нелВП среди лиц молодого возраста значимо возросли. При изучении средних значений САД в динамике происходило увеличение при низкой общей приверженности лечению(ПЛ) от 120 [111,5-124,5] мм рт.ст. до 123 [117-128] мм рт.ст. ( $p=0,000$ ); аналогичные изменения происходили при низком уровне приверженности лекарственной терапии (ПТ) и приверженности модификации образа жизни (ПМ). Средние значения ХС-нелВП у лиц с низкой ПЛ возрастали от 3,2 [2,7-3,7] ммоль/л до 3,6 [3,2-3,9] ммоль/л ( $p=0,001$ ).

У лиц с низкой ПЛ, ПМ, ПТ и приверженности медицинскому сопровождению (ПС) шанс наличия в динамике наблюдения АД  $\geq 130/85$  мм рт.ст. в 1,15, 1,13, 1,19 и 1,4 раза (95% ДИ 1,04-1,27, 95% ДИ 1,06-1,36; 95% ДИ 1,18-1,67 и 95% ДИ 1,18-1,67 соотв.) был выше, в сопоставлении с лицами с высоким уровнем приверженности. Шанс наличия ДАД  $\geq 85$  мм рт.ст. у лиц с низкой ПЛ и ПМ был в 1,16 и 1,21 раза (95% ДИ 1,05-1,28 и 95% ДИ 1,07-1,37 соотв.), шанс ГТГ в 1,16 и 1,19 раза выше (95% ДИ 1,05-1,28 и 95% ДИ 1,05-1,34 соотв.), по сравнению с лицами с высокой приверженностью.

**Выводы.** При проспективном исследовании лиц молодого возраста при низких уровнях приверженности происходило увеличение средних значений САД, ХС-нелВП. При низкой ПЛ, ПМ, ПС и ПТ возрастали шансы иметь АД  $\geq 130/85$  мм рт.ст., в сопоставлении с высокой приверженностью. У лиц с низкой ПЛ и ПМ также был выше шанс развития ДАД  $\geq 85$  мм рт.ст. и ГТГ, в сравнении с высокой приверженностью.

## ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПАТОЛОГИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ФЕДОРЕНКО А.А., КУРЫШЕВА М.А.

ГБУЗ НО ГКБ № 33, г. Нижний Новгород, РФ

**Цель.** Изучить особенности липидного обмена у больных ИБС в зависимости от экзокринной функции поджелудочной железы (ПЖ) с помощью теста панкреатической эластазы-1 (ПЭ-1).

**Материал и методы.** Обследовано 60 больных ИБС, которым была проведена селективная коронарография. Пациенты были распределены на 2 группы: 1–30 с кардиальным синдромом Х (КСХ), 2 группа – 30 больных ИБС со стенозирующим коронарным атеросклерозом II–III степени («группа атеросклеротической стенокардии» (АСС). Больные в группах были сопоставимы по полу и возрасту. Для оценки функции ПЖ использовали определения ПЭ-1 в кале, выполняемой иммуноферментным методом при помощи стандартных наборов «Schebo Biotech» (Германия). Данные ПЭ-1 сопоставляли с результатами ультразвукового исследования ПЖ, клиническими проявлениями экзокринной панкреатической недостаточности (ЭПН): боль в животе, метеоризм, диарея, похудание.

**Результаты.** ЭПН выявлена у 11 (36,6%) больных в группе АСС и у 2 (7%) в группе КСХ. Установлено, что показатели липидного профиля у больных имели особенности в отношении различий как между группами АСС и КСХ, так и с учетом ЭПН. Больные АСС имели более высокие уровни общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и низкие ХС ЛПВП, по сравнению с больными КСХ. При анализе показателей с ЭПН выявлено ее сочетание с достоверным повышением ХС ЛПНП и ТГ и статистически незначимым повышением ХС при сравнении с лицами, имеющими нормальную функцию ПЖ в группе АСС. Аналогичная картина прослеживалась и в группе КСХ: лица с ЭПН имели сходные изменения, несмотря на меньшую их выраженность.

**Выводы.** Установлено, что наличие ЭПН связано с более значимыми нарушениями липидного обмена и более тяжелым течением ИБС. Поэтому при ИБС рекомендуется проводить оценку ЭПН, даже если нет клиники панкреатита. При наличии ЭПН целесообразно применение терапии панкреатическими ферментами, что наряду с гиполлипдемической терапией улучшит показатели липидного обмена и прогноз пациентов с ИБС.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПЛЕРЕНОНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

ФИЛАТОВА Т.Е., ФИЛИППОВ Е.В. ФИЛЮШИН О.В.  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, РФ

**Цель.** Оценить влияние антагониста минералокортикоидных рецепторов эплеренона 50 мг на уровень артериального давления, а также динамику массы миокарда левого желудочка у пациентов с резистентной артериальной гипертензией и ожирением.

**Материал и методы.** В исследование вошли 19 пациентов (9 мужчин, 10 женщин) в возрасте от 53 до 75 лет с резистентной артериальной гипертензией (АГ) и ожирением II-III степени. Из них 10 пациентам опытной группы (А) для коррекции резистентной АГ, помимо 20 мг ингибитора АПФ лизиноприла, 5 мг блокатора медленных кальциевых каналов (БМКК) амлодипина и 2,5 мг тиазидоподобного диуретика индапамида, назначали антагонист минералокортикоидных рецепторов (АМКР) эплеренон 50 мг/сут. В контрольной группе (КГ) 9 пациентов аналогичных возраста, длительности заболевания и сопутствующей патологией получали вышеперечисленное лечение, но без эплеренона. Помимо общеклинического лабораторного и инструментального обследования, анализа углеводного и липидного обмена, расчета индекса массы тела (ИМТ), измерения АД, пациентам проводилось ультразвуковое исследование сердца с расчетом массы миокарда левого желудочка на старте и через 6 месяцев терапии. Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Вилкоксона. Статистическая значимость данных подтверждалась при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Через 6 месяцев терапии у пациентов группы А, помимо субъективного улучшения состояния, значимого снижения до целевых параметров систолического и диастолического АД (на 22 и 17%, соответственно), ( $p_1, p_2 < 0,001$ ), на 15,8% (41,7 грамма) статистически значимо снизилась медиана ММЛЖ с 264 (220-282) грамм до 222 (182-240) грамм. У пациентов КГ медиана ММЛЖ после лечения практически не изменилась (1,6%) и составила 252 (214 и 277) г и 247 (227-261) г, соответственно, ( $p > 0,05$ ).

**Вывод.** Назначение антагониста минералокортикоидных рецепторов эплеренона 50 мг в сутки пациентам с резистентной артериальной гипертензией и ожирением II-III степени приводит не только к лучшему достижению целевого АД, но и способствует значительному уменьшению массы миокарда левого желудочка или степени фиброза миокарда.

## КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ОСТЕОПОРОЗА

ФОМИНА Л.А.

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, РФ*

**Актуальность.** Коморбидное течение неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и остеопороза (ОП) обусловлено участием общих патогенетических механизмов.

**Цель.** Уточнить состояние костной ткани у пациентов с НАЖБП.

**Материал и методы.** В обследовании участвовало 64 женщины с НАЖБП и 15 женщин без поражения печени, старше 50 лет. Критерии включения в исследование: наличие/отсутствие ультразвуковых признаков НАЖБП, исключение вирусной природы поражения печени и употребления алкоголя в гепатотоксических дозах. Выполнялись ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, денситометрия с вычислением Т-критерия шейки бедра (ШБ) и поясничного отдела позвоночника (ПОП), биохимические показатели крови, уточняющие функциональное состояние печени.

На основании результатов биохимического анализа крови и данных УЗИ печени все пациенты были разделены на 3 группы. В первую вошло 49 человек со стеатозом печени, во вторую – 15 пациентов со стеатогепатитом, контрольную группу составили 15 женщин, не имеющих поражение печени.

**Результаты.** Средние значения Т-критерия в первой и контрольной группах не имели различий (стеатоз печени:  $-0,77 \pm 0,64$  SD в ШБ и  $-0,81 \pm 0,62$  SD в ПОП; контроль:  $-0,52 \pm 0,43$  SD в ШБ,  $-0,78 \pm 0,39$  SD в ПОП). В группе больных со стеатогепатитом значения Т-критерия были существенно ( $p < 0,05$ ) ниже в обеих зонах исследования ( $-1,78 \pm 1,01$  SD в ШБ и  $-1,64 \pm 0,98$  в ПОП). Индивидуальные показатели Т-критерия выявили, что в группе со стеатозом печени ОП отмечался у 7 (14,3%), остеопения (ОС) – 10 (20,4%) обследованных лиц. В контрольной группе частота выявления ОП и ОС статистически не отличалась от первой группы (два (13,3%) и три (20%) пациента соответственно). Во второй группе больных со стеатогепатитом частота обнаружения ОП была существенно ( $p < 0,05$ ) выше (5 (35,7%) больных). Остеопения отмечалась у 3 (21,4%) женщин.

**Вывод.** *Отмечается снижение минеральной плотности костной ткани при НАЖБП в форме стеатогепатита, что повышает риск развития ОП.*

## **ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, ВОСПАЛЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ**

ХЛЫНИН М.С., БАТАЛОВ Р.Е., АРЧАКОВ Е.А., ЭШМАТОВ О.Р., АТАБЕКОВ Т.А.  
*НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, РФ*

**Актуальность.** Известно, что важной частью патофизиологии фибрилляции предсердий (ФП) является ремоделирование предсердий, которое имеет три основных компонента: структурный, электрический и механический. Немаловажной частью структурного ремоделирования являются процессы воспаления. Нередко под диагнозом «идиопатическая ФП» кроется нераспознанное поражение миокарда определенной этиологии, и одной из наиболее частых причин является хронический миокардит, протекающий без ярких клинических проявлений.

**Цель.** Целью исследования была оценка воспалительных изменений в миокарде на основе данных эндомикардиальной биопсии (ЭМБ) у пациентов, перенесших радиочастотную абляцию (РЧА) по поводу идиопатической формы ФП.

**Материал и методы.** В исследование были включены в общей сложности 67 больных с идиопатической формой ФП. Персистирующая ФП была у 29 пациентов (43,3%), а длительно персистирующая (более одного года) – у 38 (56,7%). Длительность аритмического анамнеза составила  $5,7 \pm 1,4$  года. Специфическая фармакотерапия перед поступлением в стационар не проводилась, поскольку изначально считалось, что у всех больных «идиопатическая ФП». Пациентам было проведено внутрисердечное обследование, РЧА ФП и ЭМБ с гистологическими и иммуногистохимическими исследованиями.

**Результаты.** Эффективность катетерного лечения и возникновение ранних и поздних рецидивов предсердных тахиаритмий оценивались в зависимости от выявленных гистологических изменений. У девяти пациентов (13,4%) не было никаких гистологических изменений в миокарде по данным ЭМБ. Фиброзные изменения были выявлены в 26 случаях (38,8%). Воспалительные изменения в соответствии с критериями Далласа наблюдались у 32 пациентов (47,8%). Период наблюдения за пациентами составил в среднем  $19,3 \pm 3,7$  месяца. Показатели эффективности первичной РЧА составили 88,9% у пациентов с интактным миокардом, 46,2% у пациентов с фиброзными изменениями различной степени тяжести и 34,4% у пациентов с наличием критериев миокардита. У пациентов с неизменным миокардом ранних рецидивов аритмий не наблюдалось.

**Выводы.** *Только около 10% пациентов имеют истинную «идиопатическую форму ФП». Наличие воспалительных и фиброзных изменений в миокарде вдвое уменьшает эффективность РЧА ФП. Наличие воспалительных и фиброзных изменений в миокарде увеличивало частоту ранних и поздних рецидивов аритмии и, соответственно, вдвое снижало эффективность РЧА при ФП.*

## ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ КАРДИОПРОТЕКЦИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ХЛЯМОВ С.В., МАЛЬ Г.С.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, РФ

**Цель.** Сравнить влияние лерканидипина и фозиноприла на вариабельность артериального давления (ВАД) после лечения бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии (АГ).

**Материал и методы.** Ретроспективному анализу подвергнуты 80 клинических случаев колоректального рака с применением таргетной химиотерапии бевацизумабом, сопровождавшихся развитием АГ. Клинические случаи были разделены на 2 группы: группа фозиноприла (n=40, средний возраст – 63,7±2,2 года), группа лерканидипина (n=40, средний возраст – 66,2±1,5 года). Бевацизумаб вводился в дозе 7,5 мг/кг внутривенно. Артериальное давление (АД) измеряли после 4 недель приема бевацизумаба. Фозиноприл и лерканидипин назначали в дозе 20 и 10 мг в день соответственно. В группах были измерены динамические показатели систолического и диастолического АД (САД и ДАД). Среднее отклонение (СО) и коэффициент вариации (Cv) были взяты в качестве показателей ВАД.

**Результаты.** В группе лерканидипина 24-часовое САД (156,8±6,7 и 131,5±3,3 мм рт.ст.), СО 24-часового САД (12,46±2,14 и 11,08±2,39 мм рт.ст.), Cv 24-часового САД (0,08±0,02 и 0,07±0,03), САД<sub>день</sub> (157,3±9,6 и 133,5±4,9 мм рт.ст.), СО САД<sub>день</sub> (14,29±2,66 и 11,08±2,52 мм рт.ст.), Cv САД<sub>день</sub> (0,09±0,03 и 0,07±0,02), САД<sub>ночь</sub> (155,86±8,58 и 129,53±4,96 мм рт.ст.) и СО САД<sub>ночь</sub> (11,97±3,64 и 11,36±3,46 мм рт.ст.) после лечения были ниже, чем до лечения (p < 0,05). В группе фозиноприла показатели: 24-часовое САД (154,7±4,6 и 143,4±6,4 мм рт.ст.), САД<sub>день</sub> (155,7±5,7 и 145,7±7,8 мм рт.ст.) и САД<sub>ночь</sub> (154,1±5,5 и 141,7±7,1 мм рт.ст.) после лечения были ниже, чем до лечения (p < 0,05).

В группе лерканидипина уровни 24-часового ДАД (96,3±3,0 и 83,5±3,2 мм рт.ст.), СО 24-часового ДАД (10,39±1,24 и 9,53±1,35 мм рт.ст.), Cv 24-часового ДАД (0,11±0,02 и 0,10±0,02), ДАД<sub>день</sub> (98,4±3,6 и 85,4±3,6 мм рт.ст.), СО ДАД<sub>день</sub> (11,64±2,44 и 9,76±2,04 мм рт.ст.), Cv ДАД<sub>день</sub> (0,13±0,03 и 0,10±0,03) и ДАД<sub>ночь</sub> (94,7±3,0 и 82,2±3,5 мм рт.ст.) после лечения были ниже, чем до терапии (p < 0,05). В группе фозиноприла 24-часовое ДАД (96,9±2,4 и 90,1±2,6 мм рт.ст.), ДАД<sub>день</sub> (97,8±2,9 и 91,0±2,7 мм рт.ст.) и ДАД<sub>ночь</sub> (95,6±2,9 и 89,6±2,6 мм рт.ст.) после лечения были ниже, чем до терапии (p < 0,05).

8-недельное лечение лерканидипином значительно снижает АД и ВАД, в то время как фозиноприл не оказывает существенного эффекта на снижение АД при АГ, индуцированной бевацизумабом.

**Вывод.** ВАД на фоне лерканидипина при лечении АГ, индуцированной бевацизумабом, лучше, чем на фоне фозиноприла, в связи с чем лерканидипин можно рекомендовать в качестве препарата первой линии при терапии бевацизумаб-индуцированной АГ.

## ДОЛГОСРОЧНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЧАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ХОВАЕВА Я.Б., ПАНЬКОВА А.И., СОБОЛЕВ А.В., КОЗЮКОВА О.В.,  
НАССОНОВА Н.П., ДАНИЛЕВИЧ К.М.

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ*

**Цель.** Проанализировать долгосрочные исходы у пациентов хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от исходной оценки тяжести заболевания.

**Материал и методы.** В 2015-2016 гг. в исследование методом случайной выборки включено 102 пациента с установленным диагнозом ХОБЛ, средний возраст –  $63,9 \pm 9,5$  года: из них 20 женщин (средний возраст  $63,9 \pm 11,3$  года) и 82 мужчины (средний возраст  $63,9 \pm 9,1$  года),  $p=0,791$ . Все пациенты были распределены на 4 группы, согласно интегральной оценке тяжести ХОБЛ по GOLD: группа А (1) – 14 человек, группа В (2) – 18 человек, группа С (3) – 37 человек, группа D (4) – 33 человека. Проанализированы частота госпитализаций, заболеваемость COVID-19, а также летальность у включенных в исследование больных. Для анализа этих данных использовали информационную систему МЗ ПК РТМИС. Медиана наблюдения составила 8,5 лет.

**Результаты.** Среднее число госпитализаций среди больных ХОБЛ в зависимости от категорий ABCD не различалось (H (3, N=102) =0,9;  $p=0,823$ ) и составило 1,5 (1,0-3,0), 2,5 (1,0-5,0), 2,0 (1,0-5,0) и 2,5 (0,5-6,0) случаев в группах А, В, С и D соответственно.

Каждый третий пациент перенес COVID-19 (31,8%). Заболеваемость COVID-19 в группах А, В, С и D была равна 14,3; 44,4; 36,7 и 25,0%. Заболеваемость COVID-19 среди больных с более легким течением (группа А) достоверно ниже, чем среди больных ХОБЛ групп В ( $p_{1-2}=0,010$ ) и С ( $p_{1-3}=0,017$ ).

Общее количество летальных случаев среди больных ХОБЛ за период наблюдения равнялась 36,3%. Частота летальных случаев среди больных ХОБЛ в зависимости от категорий ABCD достоверно не отличалась: 28,6; 22,2; 32,4 и 51,5%.

При этом корреляционный анализ выявил взаимосвязь между летальностью и возрастом ( $r=0,27$ ,  $p=0,007$ ), частотой дыхательных движений (ЧДД) в покое ( $r=0,28$ ,  $p=0,004$ ), частотой сердечных сокращений (ЧСС) в покое ( $r=0,33$ ,  $p=0,001$ ).

**Выводы.** В нашем исследовании не выявлено различия в частоте госпитализаций и летальности у больных ХОБЛ с исходно разной оценкой тяжести заболевания по GOLD. Клиническими показателями, связанными с летальностью, были возраст больного, ЧСС и частота дыхания в покое.

## СОСТОЯНИЕ СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

ХОЛИНА Е.А., ИВАНОВА Л.Н., СИДОРЕНКО Ю.В.

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, РФ*

**Цель.** Оценить состояние стресс-лимитирующей системы (СЛС) по содержанию медиаторов в крови у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с субклиническим гипотиреозом (СГТ).

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 306 больных ИБС: у 107 ИБС протекала в сочетании с СГТ (основная группа), у 199 – носила изолированный характер (группа сравнения) и 35 доноров-добровольцев (контрольная группа). Определение бета-эндорфина плазмы крови проводили методом иммуноферментного анализа с реактивом фирмы «Peninsula» (США). Общую окислительную способность (ООС), общую антиоксидантную активность сыворотки крови (ОАА), окисленные липопротеида низкой плотности (ок-ЛПНП) и супероксиддисмутазу (СОД) определяли с использованием тест-систем «Пикон» (Россия). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакетов лицензионных программ Microsoft Exel и Statistica 6.0.

**Результаты.** Установлено снижение концентрации бета-эндорфина у больных основной группы относительно группы сравнения на 17,7%, группы контроля – на 38,6% ( $p < 0,05$ ). У больных основной группы уровень ООС был в 1,8 раза выше в сравнении с группой контроля ( $p < 0,05$ ); в группе сравнения – в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ). Уровень ок-ЛПНП у больных основной группы был в 2,4 раза выше в сравнении с группой контроля ( $p < 0,05$ ) и в 1,9 раза ( $p < 0,05$ ) – с группой сравнения. У больных основной группы ОАА была на 54,4% ниже в сравнении с группой контроля ( $p < 0,05$ ) и на 29,3% – с группой сравнения; СОД – на 59,3% и 32,6% – соответственно ( $p < 0,05$ ). При проведении корреляционного анализа установлены тесные прямые корреляционные связи между уровнем бета-эндорфина и СОД ( $r = +0,60$ ;  $p < 0,001$ ) и обратные между уровнем бета-эндорфина и ок-ЛПНП ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,001$ ), что свидетельствует о повышении активности компонентов прооксидантной системы на фоне нарастающего ослабления антиоксидантной.

**Вывод.** У больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с субклиническим гипотиреозом наблюдается дефицит медиаторов центрального и периферического отделов стресс-лимитирующей системы.

## ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА КОМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

ЦИНЗЕРЛИНГ А.Ю., ГАЙДУКОВА И.З., МАЗУРОВ В.И., ИНАМОВА О.В., ПЕТРОВА М.С.

СПб ГБУЗ КРБ №25, г. Санкт-Петербург, РФ

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

**Цель.** Изучить влияние гиперурикемии (ГУ) на коморбидную патологию у пациентов со спондилоартритами (СпА).

**Материал и методы.** На основании ревматологического регистра Санкт-Петербурга (2000-2020 гг.) сформированы и ретроспективно проанализированы две сопоставимые по возрасту группы больных: группа больных СпА с ГУ (n=96), и группа больных СпА без ГУ (n=106). ГУ регистрировали при уровне мочевой кислоты (МК) в крови  $\geq 360$  мкмоль/л в  $\geq 2$  тестах с интервалом  $\geq 1$  месяц при отсутствии подагрического артрита.

Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SOFA, version 1.5.4.

**Результаты.** Пациенты со СпА и ГУ были старше ( $45,5 \pm 15,4$  и  $37,9 \pm 13,4$  г.;  $p < 0,001$ ) пациентов со СпА без ГУ. По полу группы были сопоставимы (мужчины – 74,0 и 74,5%). Уровень МК был выше ( $p=0,02$ ) у мужчин ( $394,0 \pm 140,5$  и  $343,0 \pm 133,1$  мкмоль/л).

У пациентов с наличием ГУ была достоверно выше ( $p < 0,001$ ) частота артериальной гипертензии (61,5 и 21,7%), ожирения (32,3 и 2,8%), предиабета (18,8 и 2,8%), сахарного диабета 2 типа (21,9 и 0,9%), неалкогольной жировой болезни печени (33,3 и 10,4%), хронической болезни почек (33,3 и 16,0%). В половине случаев ГУ предшествовала развитию коморбидных состояний.

Стенокардия напряжения (n=9) встречалась только у пациентов с ГУ ( $p=0,01$ ). При оценке сердечно-сосудистых событий и исходов у пациентов со СпА и ГУ зафиксировано 6 случаев инфаркта миокарда (ИМ), 13 случаев хронической сердечной недостаточности (ХСН) и 5 случаев острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), по сравнению с 2 случаями ИМ, 3 случаями ХСН и 1 случаем ОНМК при отсутствии ГУ, однако различия не были достоверны.

**Вывод.** Гиперурикемия у пациентов со спондилоартритами способствует увеличению частоты сердечно-сосудистых, метаболических заболеваний и хронической болезни почек, а также может способствовать увеличению случаев инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения и хронической сердечной недостаточности, что представляет особое клиническое значение для лиц молодого возраста.

## ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

ЧАЙКА Н.В., ПОБЕДЕННАЯ Г.П.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, РФ

**Цель.** Исследовать состояние центральной гемодинамики и периферической микрогемоциркуляции у больных внебольничной пневмонией (ВП), сочетанной с субклиническим гипотиреозом (СГ).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 132 больных с ВП, в т.ч. 64 пациента с ВП, сочетанной с СГ – основная группа, и 68 – с ВП без СГ (группа сравнения) в среднем возрасте  $37,4 \pm 3,3$  года. У больных, наряду с общепринятыми методами диагностики ВП и СГ, определяли состояние микрогемоциркуляции методом биомикроскопии бульбарной конъюнктивы с вычислением конъюнктивальных индексов, внутрисосудистую агрегацию форменных элементов крови наблюдали при наличии сладж-феномена по Н.Н. Knisely (1965), а также – показатели центральной кардиогемодинамики методом эхокардиоскопии.

**Результаты.** У пациентов с ВП, наряду с малыми клиническими признаками СГ, были выявлены лабораторные признаки СГ в виде повышения концентрации тиреотропного гормона (ТТГ) при неизменном уровне свободного тироксина (Т4) и значительно повышенном уровне АТПО до  $53,7 \pm 2,3$  МЕ/мл. У этих пациентов при биомикроскопии бульбарной конъюнктивы отмечались нарушения микрососудов в виде изменений в их стенке, сладжа эритроцитов, периваскулярных отеков. Исследование центральной кардиогемодинамики выявило дисфункцию правого и левого желудочков сердца, уменьшение градиента скорости кровотока и давления на уровне трикуспидального клапана и легочной артерии. На негативное влияние СГ на состояние центральной кардиогемодинамики у больных с ВП, указывают выявленные отрицательные корреляционные связи между ФВ и ТТГ, а также положительная – между IVRT и ТТГ у больных основной группы, некоторыми КИ и ТТГ.

**Выводы.** При ВП, сочетанной с СГ, у больных наблюдаются негативные микрогемоциркуляторные нарушения с увеличением проницаемости сосудистой стенки, внутри- и внесосудистыми изменениями. Микроциркуляторные нарушения при ВП у больных с СГ сопровождаются дисфункцией правого и левого желудочков сердца. Выявленные нарушения у больных ВП обусловлены ее сочетанием с СГ согласно обнаруженным корреляционным связям между показателями кардиогемодинамики и микроциркуляции с уровнем ТТГ, подтверждают негативное влияние СГ на состояние сердца у пациентов, что должно найти отражение в объеме лечения и диспансерного наблюдения больных после перенесенной ВП для профилактики ближайших и отдаленных осложнений.

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ПОРФИРИИ

ЧЕРЕПАНОВА В.В., КУРЬШЕВА М.А.  
ГБУЗ НО ГКБ № 33, г. Нижний Новгород, РФ

**Введение.** Трудности диагностики острой порфирии связаны с неспецифичным характером клинических проявлений, которые «имитируют» соматические заболевания. На клиническом примере рассмотреть особенности развития дебюта острой порфирии у пациентки с хроническим пиелонефритом.

**Описание случая.** Больная К., 37 лет поступила в стационар с жалобами на боли в левых отделах живота, тошноту, рвоту, возникшие после возвращения с отдыха на юге, проводилось лечение обострения хронического пиелонефрита антибиотиками. Через неделю у пациентки появилась неврологическая симптоматика, для исключения инсульта проведена компьютерная томография головного мозга, диагноз не подтвержден. При осмотре невролога – вялость, заторможенность, пальценосовая проба неуверенно с двух сторон, покачивание в пробе Ромберга, легкие признаки тетрапареза, легкий парез лицевых нервов, отмечается снижение сухожильных рефлексов.

Заподозрена острая порфирия. При помещении стакана мочи больной на солнечный свет, моча поменяла окраску на красно-коричневую. Был выполнен анализ на порфобилиноген в разовой моче – 107,4 (референсные значения - 0–2,3) мг/л, и на дельта-аминолевулиновую кислоту в разовой моче - 36,6 (референсные значения – 1,5–4,5) мг/л, подтвердившие диагноз острой порфирии. Клинический диагноз: острая порфирия, первая атака, средней степени тяжести, осложненная сенсорно-моторной полинейропатией, тетраплегией. Проведенное лечение: внутривенное введение избыточного количества углеводов (200–600 г сухого вещества глюкозы) – глюкоза 40%, 1000 мл в/в капельно 1 раз в сутки, терапия гемином. Острые порфирии - редкие заболевания, представляющие собой патологию, связанную с наследственными или приобретенными аномалиями биосинтеза гема. Особенности этих нозологических форм являются: преобладание среди лабораторно определяемых метаболитов предшественников порфиринов, прогрессирующее течение заболевания; при поздней диагностике развиваются тяжелые неврологические нарушения.

**Заключение.** *Практическим врачам при абдоминальном болевом синдроме, лихорадке с развитием неврологических расстройств следует заподозрить не только развитие инсульта, но и острую порфирию. Для скрининга можно использовать тест с изменением цвета мочи при пребывании на солнце, подтверждая диагноз анализами: определение в моче порфобилиногена и дельта-аминолевулиновой кислоты, молекулярно-генетический анализ на наличие мутаций генов биосинтеза гема.*

## АССОЦИАТИВНАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ FGA, ITGA2, PAI-1 С РАЗВИТИЕМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ЧЕРНОВА А.А., НИКУЛИНА С.Ю., КРЮЧКОВА Н.М.,  
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, РФ

**Цель.** Исследование связи полиморфизмов генов (FGA, ITGA2, PAI-1) с развитием тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

**Материал и методы.** Мы обследовали 120 пациентов с ТЭЛА, которые составили основную группу (средний возраст -  $63,2 \pm 3,2$  лет). Количество мужчин – 66, средний возраст –  $60,2 \pm 3,2$  лет. Количество женщин – 54, средний возраст –  $66,2 \pm 3,7$  лет. Контрольную группу составили 200 человек, средний возраст –  $64,9 \pm 3,5$  лет. Банк ДНК НИИТПМ - филиал ИЦиГ СО РАН сформирован в ходе проведения ряда популяционных скринингов. Все пациенты дали письменное добровольное информированное согласие на участие в молекулярно-генетическом исследовании. В работе осуществлялся расчет следующих выходных данных и параметров на основе собранных входящих статистических данных: стандартной девиации; вычисление среднего квадратичного значения; Хи-квадрата Пирсона; отношения правдоподобия; точного критерия Фишера и линейно-линейной связи.

**Результаты.** Было выявлено, что вероятность развития ТЭЛА среди женщин – носительниц генотипа ID полиморфизма rs35496957 гена FGA в группе с ТЭЛА в 2,08 раза превышает таковой в группе контроля (95% доверительный интервал (ДИ): 1,06-4,09;  $p=0,32$ ); среди женщин носительниц генотипа TT полиморфизма rs1126643 гена ITGA2 в группе с ТЭЛА – в 3,08 раза по сравнению с контрольной группой (95% ДИ: 1,36-6,97;  $p=0,006$ ).

**Вывод.** Изучение генетических факторов развития ТЭЛА (FGA, ITGA2, PAI-1) необходимо для создания персонафицированного подхода к ведению пациента на всех этапах.

## АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА RS1132896 ГЕНА МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 2-ГО ТИПА С РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ЧЕРНОВА А.А., НИКУЛИНА С.Ю., НИКУЛИН Д.А.

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, РФ*

**Актуальность.** Выявление в российской популяции новых генетических предикторов, в частности ассоциаций полиморфизма rs1132896 гена матриксной металлопротеиназы 2-го типа (ММР-2) с развитием острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), является актуальной задачей.

**Цель.** Изучить ассоциации полиморфизма rs1132896 гена ММР-2 с развитием ОНМК.

**Материал и методы.** Объектом проспективного исследования случай-контроль выступили 318 пациентов с ОНМК (основная группа) и 323 человека контрольной группы. Возраст пациентов основной группы составил от 32 до 69 лет [57,0; 51,0-62,0]. У пациентов контрольной группы возраст был сопоставим с таковым основной группы: от 37 до 68 лет [55,0; 51,0-62,0]. Половой диморфизм был следующим: 191 мужчина (возраст [56,5; 51,0-62,0]) и 127 женщин (возраст [57,0; 51,0-62,0]). Половой состав лиц контрольной группы соответствовал таковому основной группы: 214 мужчин (возраст [55,0; 51,0-62,0]) и 109 женщин (возраст [55,0; 51,0-62,0]). Всем пациентам основной группы проводили клинический осмотр, компьютерную томографию головного мозга, электрокардиографию, эхокардиоскопию, ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниальных брахиоцефальных артерий, суточное мониторирование артериального давления и сердечного ритма, анализ свертывающей системы крови. Молекулярно-генетическое исследование выполняли в филиале Института цитологии и генетики СО РАН (Новосибирск). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Продолжительность исследования составила 3 года, первичная конечная точка исследования – диагностика ОНМК у пациентов, верификация сопутствующей сердечно-сосудистой патологии и факторов риска развития ОНМК. Статистическую обработку результатов выполняли при помощи пакетов программ SPSS Statistics v. 22 (IBM, США), MedCalc 22.006 (Microsoft, США). При сравнении протяжённых переменных применяли U-критерий Манна-Уитни. Дискретные величины сравнивали с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона.

**Результаты.** При анализе статистической значимости зарегистрировано преобладание гомозиготного генотипа CC в группе больных мужчин с ОНМК: n=24 (12,6%) против n=20 (9,3%; p=0,0324). Кроме того, в группе женщин отмечено статистически значимое преобладание гетерозиготного генотипа CG у женщин с ОНМК: n=67 (52,8%) против n=42 (38,5%; p=0,042).

**Выводы.** *Гомозиготный генотип CC у мужчин и гетерозиготный генотип CG у женщин могут являться генетическими предикторами развития ОНМК. Изучение генетических факторов развития ОНМК необходимо для создания персонализированного подхода к ведению пациента на амбулаторном и стационарном этапе оказания медицинской помощи.*

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ КАРДИОРЕНОМЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ЧУЛКОВ В.С., МАРТЫНОВ С.А., ГАВРИЛОВА Е.С., ЭКТОВА Н.А.

*ИМО НовГУ, г. Великий Новгород, РФ*

*ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, РФ*

**Цель.** Провести сравнительный анализ метаболических показателей и адипокинов у молодых людей с кардиоренометаболическим синдромом (КРМС) 1 и 2 стадии.

**Материал и методы.** В исследование по типу «поперечного среза» на базе проспективного когортного исследования включены 120 молодых лиц в возрасте 25-44 лет, разделенных на три группы: группа 1 (контрольная) – молодые лица без факторов кардиометаболического риска, 0 стадия КРМС (n=40), группа 2 – молодые лица с КРМС 1 стадии (n=40), группа 3 – молодые лица с 2 стадии КРМС (n=40).

**Результаты.** При анализе метаболических показателей были выявлены значительные различия между группами с 1 и 2 стадией КРМС по следующим показателям: гликированный гемоглобин, индекс НОМА-IR, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин не-липопротеидов высокой плотности, триглицериды и мочевая кислота по сравнению с контрольной группой. Наиболее распространенными факторами кардиометаболического риска во второй стадии КРМС стали избыточная масса тела/ожирение, гиперлипидемия, гипергликемия, артериальная гипертензия, гиперурикемия и отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Концентрация лептина в сыворотке крови была наиболее высокой у женщин с 1 и 2 стадией КРМС, в то время как уровень адипонектина оказался ниже у всех участников с 1 и 2 стадией КРМС по сравнению с контрольной группой без выявления гендерных различий.

**Выводы.** *Современные подходы к стадийности КРМС позволяют не только объединить сердечно-сосудистые заболевания и метаболические расстройства как части единого патофизиологического процесса, но и всесторонне оценить риск сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа. Измерение сывороточных адипокинов может стать ценным инструментом для оценки кардиометаболического риска и прогнозирования сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа.*

## ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА И ИНИЦИАЦИЯ ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО КОМПЕНСИРОВАННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

ШАПОВАЛОВА А.Б.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

**Цель.** Рассмотреть особенности первичной диагностики и назначения терапии постменопаузного остеопороза (ПМО) у женщин с длительно компенсированным гипотиреозом.

**Материал и методы.** Обследовано 36 женщин с патологией щитовидной железы (ЩЖ) (средний возраст  $64,3 \pm 5,2$  лет). Проведено комплексное клиническое обследование (исследование функции ЩЖ, ультразвуковое исследование ЩЖ, рентгеновская остеоденситометрия (ОДМ), исследование фосфорно-кальциевого обмена). Методы вариационной статистики.

**Результаты.** ПМО выявлен у 32 женщин. Причина обращения к эндокринологу – патология ЩЖ в течение от 5 до 32 лет с неспецифическими жалобами. Многоузловой зоб имел место в 45,7% случаев, одноузловой зоб – в 14,3%, аутоиммунный тиреоидит с компенсированным гипотиреозом – в 25,7%. Субклинический гипертиреоз – 2 случая, амиодарон-индуцированный гипотиреоз – 1 случай. Левотироксин в дозах от 25 до 112,5 мкг получали 14 женщин (40%), средний уровень тиреотропного гормона (ТТГ) –  $2,63 \pm 1,49$  мкМЕ/мл. Средний индекс массы тела (ИМТ) –  $25,63 \pm 4,31$  кг/м<sup>2</sup>. Возраст естественной менопаузы –  $48,4 \pm 4,2$  лет (n=31), хирургической –  $45,0 \pm 1,41$  лет (n=5). Глюкоза натощак –  $5,41 \pm 0,55$  ммоль/л, HbA1c –  $5,54 \pm 0,23\%$ , кальций общ. –  $2,42 \pm 0,07$  ммоль/л, ионизированный –  $1,27 \pm 0,05$  ммоль/л. Дефицит витамина Д – 1 случай, недостаточность – 4 случая. ОДМ, средние показатели Т-критерия: осевой скелет –  $-2,59 \pm 0,81$  (медиана -2,7), левое бедро –  $-1,91 \pm 0,91$  (медиана -2,0), шейка –  $-1,96 \pm 0,96$  (медиана -1,9), левое предплечье –  $-3,08 \pm 0,96$  (медиана -3,2). 10-летний риск перелома от 8,2 до 14,2% (в среднем 9,5%). Наследственный анамнез по переломам не отягощен. Средний возраст на момент выявления ПМО –  $62,9 \pm 5,0$  лет. Сразу назначены деносумаб, препараты кальция не менее 1000 мг в сутки, витамин Д, даны рекомендации по рациону питания, физической активности.

**Выводы.** ПМО выявлен при целевых значениях ТТГ на фоне длительной компенсации гипотиреоза левотироксином, что требует активного подхода к его диагностике независимо от уровня ТТГ. При патологии ЩЖ в постменопаузе показано обследование для исключения ПМО. Необходимо повышать уровень информированности врачей и пациенток о необходимости своевременной диагностики и инициации терапии ПМО с учетом сопутствующей патологии.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ НЕИНВАЗИВНЫХ МАРКЕРОВ ЭЛАСТИЧНОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА

ШЕВЧЕНКО А.О., ТЮНЯЕВА И.Ю., ЛЫСЕНКО М.М., КОЛОСКОВА Н.Н.,  
ЗАХАРЕВИЧ Н.Ю., ТУРАЕВА В.И.

*ФГБУ НМИЦ ТИО им. академика В.И. Шумакова Минздрава России, г. Москва, РФ*  
*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Изучить прогностическое значение функциональных неинвазивных показателей упруго-эластических свойств стенки общей сонной артерии (ОСА) у реципиентов сердца.

**Материал и методы.** Исследование основано на анализе локальных показателей эластичности стенки ОСА, полученных при обследовании реципиентов сердца. Всем участникам исследования было выполнено ультразвуковое исследование сонных артерий с оценкой демпфирующей функции артерий и измерением локальных показателей эластичности. Показатель эластичности стенки (ПЭС) ОСА рассчитывался как отношение разницы площади поперечного сечения ОСА в систолу и диастолу к пульсовому артериальному давлению. В качестве конечных точек (нежелательных событий) оценивались смерть от всех причин и выявление клинически значимой болезни коронарных артерий пересаженного сердца (БКАПС).

**Результаты.** В исследование ретроспективно были включены 101 реципиент сердца в возрасте от 15 до 78 лет (средний возраст  $47,9 \pm 1,9$  года, 80 лиц мужского и 21 – женского пола). Исследование показателей магистральных и периферических артерий выполнялось в период с февраля 2013 г. по май 2015 г. с учетом отсутствия объективных признаков отторжения сердечного трансплантата, а также обострения хронических заболеваний и острых инфекций. Средний период наблюдения после оценки структурно-функциональных показателей общих сонных артерий составил  $2540,9 \pm 224,6$  суток. В течение периода наблюдения 19 пациентов погибло (внезапная сердечная смерть – 7, отторжение – 3, злокачественные новообразования – 3, дисфункция трансплантата – 2, СПИД – 1, инфекция – 1, ПОН – 1, ОНМК – 1), у 7 пациентов выполнено интракоронарное стентирование трансплантата сердца в связи с выявлением БКАПС. Изучение связи выживаемости без нежелательных событий не выявило достоверных зависимостей от возраста и пола ( $\log\text{-rank } p=0,105$ ;  $\log\text{-rank } p=0,110$ ). Сравнение кривых выживаемости лог-ранговым методом показало, что у реципиентов сердца со значениями показателя эластичности ОСА больше 0,044 выживаемость без нежелательных событий (комбинированная конечная точка смертности от всех причин и выявления БКАПС) достоверно лучше, чем у реципиентов с низкими значениями этого показателя ( $p=0,03$ ).

**Выводы.** *Обнаружена достоверная связь локального показателя эластичности артериальной стенки ОСА у реципиентов сердца с выживаемостью без нежелательных событий. Реципиентам сердца рекомендовано проводить ультразвуковое исследование ОСА с оценкой показателя эластичности ОСА. При величине показателя эластичности ОСА менее 0,044 рекомендовано дополнительное обследование реципиентов сердца в специализированном стационаре.*

## **КЛАСТЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ШЕВЦОВА В.И.

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, РФ*

**Цель.** Сгруппировать пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на основании анатомо-морфометрических параметров, показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы, данных лабораторных исследований и степени выраженности тягостных симптомов для анализа паллиативного статуса.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 298 пациентов с ХСН. Оценен состав тела: наличие саркопении и ожирения (с расчетом индекса мышечной массы ИММ/ИМТ), функциональный класс, фракция выброса левого желудочка, маркеры галектин-3, вчСРБ, натрийуретический пептид, индекс Бартел. Для оценки выраженности тягостных симптомов использовалась 10-балльная шкала Эдмонта. Выполнен двухэтапный кластерный анализ методов CHAID.

**Результаты.** В структуре пациентов были выделены три кластера: доля первого в общей структуре составила 23,2%, второго – 61,1%, третьего – 15,8%.

Определено, что к первому кластеру относятся пациенты с саркопеническим ожирением. Они характеризуются максимальным по выборке уровнем галектина и фракции выброса. Имеют низкие показатели скорости ходьбы, динамометрии, NT-proBNP. Пациенты третьего кластера – люди с низкой массой тела и саркопенией. У них отмечается максимальный уровень SARC-F при низкой скорости ходьбы, значениях ТШХ, показателях динамометрии и значительно сниженной фракций выброса и высоком уровне NT-proBNP. Промежуточное положение занимают пациенты второго кластера (пациенты с изолированным нарушением состава тела или без него). Они характеризуются высокой скоростью ходьбы, показателями динамометрии, значением ТШХ, индекса Бартел. У пациентов второго кластера боль, усталость, сонливость, тошнота, одышка, тревога и самочувствие выражены значительно слабее, чем у пациентов остальных кластеров. Пациенты первой группы имеют наиболее выраженную боль и усталость при самом низком уровне депрессии. А пациенты третьей группы имеют наибольший уровень выраженности сонливости, тошноты, нарушения аппетита, одышки, депрессии, тревоги и ухудшения самочувствия.

**Выводы.** *Структура и выраженность тягостных симптомов вариабельна в зависимости от кластера и соответственно, состава тела пациента, что может быть использовано при построении системы оказания паллиативной помощи пациентам с ХСН.*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПИТЬЕВОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА

ШКЛЯЕВ А.Е., МАКСИМОВ К.В., ШУТОВА А.А.  
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, РФ

**Цель.** Оценить клиническую эффективность питьевой бальнеотерапии слабощелочной, среднеминерализованной, сульфатной натриево-кальциевой минеральной водой при постпрандиальном дистресс-синдроме.

**Материал и методы.** Обследованы 100 пациентов с постпрандиальным дистресс-синдромом в возрасте  $23,0 \pm 1,1$  лет, распределенных на 2 группы по 50 человек. В группе наблюдения больные получали слабощелочную (рН 7,8), среднеминерализованную (М-7,3), сульфатную натриево-кальциевую минеральную воду температурой 20-25° внутрь, за 20-30 минут до приема пищи по 100 мл в первые 6-7 дней с последующим увеличением объема до 200 мл в 3 раза в день в течение 4 недель. В группу сравнения вошло 50 пациентов, которые получали обычную питьевую воду по аналогичной методике. Контрольную группу составили 20 практически здоровых. Качество жизни оценивали с помощью специфического опросника GSRS, отражающего выраженность гастроэнтерологической симптоматики. Статистическая обработка данных проводилась с помощью MS Excel, Statistica.

**Результаты.** Проведенный курс питьевой бальнеотерапии модифицировал выраженность клинической симптоматики постпрандиального дистресс-синдрома у пациентов сравниваемых групп. Наибольшую статистически значимую положительную динамику в группе наблюдения претерпел диспептический синдром (с  $2,93 \pm 0,11$  до  $1,71 \pm 0,13$  баллов,  $p=0,000$ ), выраженность которого через 30 дней от начала терапии уменьшилась на 41,6%, при этом утратив отличия от уровня здоровых ( $2,01 \pm 0,11$  баллов), чего не произошло в группе сравнения (с  $2,91 \pm 0,09$  до  $2,83 \pm 0,18$  баллов,  $p=0,692$ ). Также у пациентов принимавших минеральную воду достоверно снизилась выраженность синдрома абдоминальной боли (на 18,7%) и констипационного синдрома (на 27,0%). В группе сравнения достоверной динамики выраженности данных синдромов не наблюдалось. Положительная динамика выраженности указанных синдромов обеспечила статистически значимое уменьшение общего балла опросника GSRS в группе наблюдения с  $9,63 \pm 0,21$  до  $7,80 \pm 0,27$  баллов (на 19,0%,  $p=0,000$ ), который стал соответствовать таковому в группе здоровых), чего не произошло в группе сравнения (с  $9,59 \pm 0,23$  до  $9,21 \pm 0,27$  баллов,  $p=0,287$ ).

**Вывод.** Питьевая бальнеотерапия слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой минеральной водой при курсовом приеме обеспечивает положительную динамику клинической картины у пациентов с постпрандиальным дистресс-синдромом.

## **ТРИ ПОКОЛЕНИЯ ЖЕНЩИН ПЕРВОЙ ЛИНИИ РОДСТВА –ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И АРИТМИИ**

ШНЮКОВА Т.В., ШАВКУТА Г.В., ЧЕРКАШИН А.А., СВИРИДКИНА Д.И.,  
РАДЧЕНКО И.А., ЕВТУШЕНКО Б.Е., САВИНА Э.К.

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, РФ*

*Медицинский центр «Евроэксперт Клиник», г. Ростов-на-Дону, РФ*

*ГБУ РО «ГП №10», г. Ростов-на-Дону, РФ*

*ГБУ РО «Кожно-венерологический диспансер», г. Ростов-на-Дону, РФ*

**Введение.** Недифференцированные дисплазии соединительной ткани могут впервые выявляться в любом возрасте и нередко обнаруживаются у кровных родственников.

**Описание случаев.** Под нашим наблюдением с декабря 2023 года находятся три поколения женщин одной семьи: матриарх, три её дочери, три внучки – две от одной дочери и одна от второй. Третья дочь матриарха детей не имеет, инвалид с детства, обследование пока не доступно.

Пациентка 1949 г.р. в декабре 2023 г. впервые обратилась за медицинской помощью в связи с нестабильностью АД. На ЭхоКГ у неё выявлена дисплазия соединительной ткани сердца – аневризма межпредсердной перегородки, пролапс митрального клапана (ПМК) 1 степени, а также умеренная гипертрофия миокарда, ДДЛЖ 1 типа. На СМЭКГ зарегистрирована одиночная и парная наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, транзиторная СА-блокада, транзиторная АВ-блокада первой степени, транзиторный феномен удлинения скорректированного интервала QT. Выявлена дислипидемия 2А. Обследована 24-летняя внучка пациентки (третий триместр беременности, плод женского пола, пороков развития плода не обнаружено, сроку гестации соответствует), жалобы на эпизоды неритмичного сердцебиения не более минуты 1-2 раза в неделю. Выявлены эпизоды миграции водителя ритма по предсердиям, одиночная и парная наджелудочковая экстрасистолия, транзиторная СА-блокада, ПМК 1 степени, эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт.ст. В дальнейшем были обследованы родная сестра внучки (возраст 20 лет) и их двоюродная сестра (34 года), а также их матери.

У всех обследованных кровных родственниц в возрасте от 20 до 74 лет впервые выявлен ПМК первой степени, а также различные нарушения ритма, реже проводимости.

Пациенткам был рекомендован курсовой прием препаратов магния, оротовой кислоты, витаминов группы В, этилметилгидроксипиридина сукцината, левокарнитина, омега-3-полиненасыщенных жирных кислот – в различных комбинациях, в зависимости от выявленных нарушений. Матриарху назначена антигипертензивная и гиполипидемическая терапия. Через месяц все пациентки жалоб не предъявляют. Запланировано обследование в динамике.

**Заключение.** Данный клинический пример демонстрирует семейный случай дисплазии соединительной ткани сердца с развитием различных аритмий и внутрисердечных блокад. Своевременное выявление таких изменений и их коррекция потенциально способны улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

## ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ШОКИНА С.В., СЕРГУНОВА М.И., УЛАНОВА Т.В.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, РФ

ГБУЗ МО «Павлово-Посадская больница», г. Павловский Посад, РФ

ИАТЭ НИЯУ МИФИ, г. Обнинск, РФ

**Цель.** Изучение психопатологических состояний у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материал и методы.** В работе использовались клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений (опросник астении, опросник депрессии, опросник ипохондрии). Авторы методики: Сукиасян С.Т., Минасян А.М. (Институт психического здоровья и реабилитации «Стресс», Ереван, Армения). В опросе участвовали 50 больных в возрасте от 44 до 84 лет, средний возраст  $60,1 \pm 1,4$  с диагнозом ХОБЛ, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении.

**Результаты.** Из 50 опрошенных пациентов только у 7 не было выявлено ранних признаков соматизированных психических нарушений. При анализе опросников у 37 пациентов (74% опрошенных) выявлены признаки соматогенной астении; у 32 (64% опрошенных) – признаки соматогенной депрессии; у 43 (86% опрошенных) – признаки соматогенной ипохондрии. Учитывая значения коэффициента корреляции ( $r=0,613584$ ) была обнаружена тесная прямая взаимосвязь между обструктивными заболеваниями легких и снижением качества жизни.

**Выводы.** Данное исследование показало негативное влияние ХОБЛ на психосоматическое здоровье пациентов. Отрицательный эмоциональный фон, к сожалению, берет верх над оптимистическим настроением, что кардинально снижает качество жизни пациентов и их комплаентность к терапии. Поэтому, для наиболее успешного лечения данной группы больных целесообразно привлекать психологов и психотерапевтов.

## СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ШПАГИНА Л.А.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, РФ

**Цель.** 1. Обзор литературы по проблеме лечения табакокурения для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии.  
2. Наблюдательное исследование эффективности отказа от курения в рамках комплексной корпоративной программы укрепления здоровья.

**Материал и методы.** Обзор литературы проведен по базам данных e.library и PubMed. В наблюдательное исследование включены 48 сотрудников многопрофильной лечебно-профилактической организации, где внедрена корпоративная программа «сохранение трудовых ресурсов» (возраст 41 (29; 56) лет, 22 (45,8%) женщин). Программа включала: создание информационного пространства о здоровом образе жизни (ЗОЖ), стандартные мероприятия по отказу от курения (ФКР, 2020), обучение по теме вреда табакокурения, мотивирование к увеличению физической активности, здоровому питанию. Группы сравнения (сопоставимы по полу и возрасту) – курильщики, наблюдавшиеся в центре здоровья; 1 – контроль курения табака методом углубленного консультирования, n=242, 2 – консультирование в сочетании с заместительной никотинотерапией, n=102.

Статистический анализ – описательная статистика (медиана и межквартильный интервал, определение долей), критерии Крускала-Уоллиса или  $\chi^2$  для сравнения групп, метод Каплан-Майер для оценки вероятности наступления события с течением времени.

**Результаты.** Курение табака – распространённый фактор риска кардиореспираторных заболеваний. По данным ВОЗ, в 2020 г. табак употребляли 22,3% населения планеты, число смертей от табака оценивается в 8 млн в год. Курение увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в 2 раза, бронхиальной астмы – на 63%. Нарастающая популярность альтернативных вариантов курения – кальяна, электронных сигарет, увеличивает риск. В основной исследуемой группе комплексный подход к формированию ЗОЖ позволил прекратить курение 28 (58,3%) испытуемых, в 1-й и 2-й группах сравнения 31 (12,8%) и 19 (18,6%) соответственно, p=0,001. Вероятность рецидива курения в течение 1 года составила 16,6%, 31,8% и 51,0%, p=0,001.

**Вывод.** Для контроля табакокурения эффективен комплексный подход, включающий консультирование, фармакотерапию в сочетании с информированием и формированием навыка ЗОЖ.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАНАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ШУБИНА К.М., НИКИТИН И.Г.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** НАЖБП в настоящее время является одной из самых распространенных причин хронических заболеваний печени во всем мире и характеризуется резистентностью к инсулину, стеатозом печени, развитием сахарного диабета типа 2 (СД2) и формированием тяжелых исходов в виде цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

**Цель.** Оценить клиническую эффективность канаглифлозина, селективного ингибитора натриевого котранспортера глюкозы 2 типа у пациентов с СД2 и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** 38 пациентов с НАЖБП (18 мужчин и 20 женщин) были включены в исследование и получали канаглифлозин перорально в суточной дозе 100 мг.

Динамически оценивались следующие параметры: индекс массы тела (ИМТ), сывороточные уровни аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), гамма-глутамилтрансферазы ( $\gamma$ -ГТП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), глюкозы крови натощак (ГПТ), гликированного гемоглобина (HbA1c), мочевой кислоты (МК), ферритина и индекса фиброза (ИФ; FIB-4) исходно и при последующих посещениях через 3 и 6 месяцев.

**Результаты.** ИМТ и сывороточные уровни АЛТ, АСТ,  $\gamma$ -ГТП, ТГ, МК, HbA1c, ГПТ и ферритина значительно снизились после 3 и 6 месяцев лечения канаглифлозином в используемой дозе. Уровни ГТ в сыворотке крови и значения ИФ незначительно снизились после 3 месяцев лечения, однако эта динамика не была достоверной. В то же время, на 6 месяце оценки по сравнению с исходными значениями данные параметры достигли статистически значимого снижения. При этом следует отметить, что снижение уровня АЛТ в сыворотке крови через 6 месяцев достоверно коррелировало с исходным уровнем HbA1c и ферритина, а также ИМТ.

**Выводы.** Канаглифлозин в дозе 100 мг в сутки перорально значительно снижал сывороточные уровни ГПТ, HbA1c, ТГ, МК и ферритина, а также значения ИФ и ИМТ с очевидным регрессом цитолитического синдрома. Ингибиторы котранспортера натрия-глюкозы 2 могут быть важным терапевтическим средством для улучшения состояния печени у пациентов с НАЖБП и СД2.

## **ВЛИЯНИЕ КАНАГЛИФЛОЗИНА НА СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ РАСТВОРИМОЙ ДИПЕПТИЛПЕПТИДАЗЫ-4 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

ШУБИНА К.М., НИКИТИН И.Г.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Исследовать влияние канаглифлозина (ингибитора НГЛТ2) в дозе 100 мг в сутки на сывороточный уровень рДПП-4 у пациентов с СД2 и НАЖБП с индексом фиброза менее F0-F2 (FIB-4).

**Материал и методы.** 43 пациента с СД и НАЖБП были рандомизированы в группу канаглифлозина (100 мг в сутки в течение 24 недель; n=22) и контрольную группу (n=21), получавшую иную сахароснижающую терапию (метформин, глибенкламид). Уровни рДПП-4 в выделенных группах пациентов в сыворотке крови измеряли с помощью коммерческого набора ELISA («CUSABIO»). Площади висцеральной жировой ткани (пВЖТ) и подкожной жировой ткани (пПЖТ) измеряли с помощью двойного биоэлектрического импедансного анализа.

**Результаты.** У всех 43 пациентов, включенных в исследование, исходный уровень рДПП-4 в сыворотке крови положительно коррелировал с уровнем аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ),  $\gamma$ -глутамилтрансферазы ( $\gamma$ -ГТ) и НОМА-IR. пВЖТ и пПЖТ значительно снизились только в группе пациентов, получавших канаглифлозин в обозначенной выше дозировке. Уровень АЛТ, АСТ и  $\gamma$ -ГТ были достоверно снижены по сравнению с исходными уровнями через 24 недели в группе канаглифлозина ( $p < 0,001$ ), а также по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,003$ ). Следует также отметить, что снижение уровня рДПП-4 в сыворотке крови после 24 недель лечения было отмечено в обеих группах пациентов, однако, величина снижения рДПП-4 была достоверно значимо больше в группе пациентов, получавших канаглифлозин по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ). Динамика уровней АЛТ, АСТ,  $\gamma$ -ГТ во время лечения канаглифлозином положительно коррелировала с изменением рДПП-4 в сыворотке крови, но не с пВЖТ и пПЖТ, а также HbA1c.

**Выводы.** Улучшение функции печени после лечения канаглифлозином было связано со снижением уровня рДПП-4 в сыворотке крови, что позволяет предположить, что терапия канаглифлозином может быть оправданной терапевтической стратегией при НАЖБП у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, которая не зависит от снижения уровня глюкозы или потери веса.

## **ВКЛАД РАЗЛИЧНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ В ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЁГКИХ В ПЕРМСКОМ КРАЕ**

ШУМАТОВА Н.В.

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, РФ*

**Цель.** Изучить вклад различных механизмов БОС в прогрессирование ДН у пациентов, страдающих профессиональной патологией легких, за 10-летний период наблюдения.

**Материал и методы.** Методом сплошной выборки изучено течение профпатологии у 92 больных пневмокониозами (1 группа) и 85 больных пылевыми и токсико-пылевыми бронхитами/ХОБЛ (2 группа). Средний возраст - 58,7±7,7 и 53,4±7,7 лет на начало исследования соответственно. 1-я группа включала 42 шахтера и 50 работников машиностроительных и металлургических предприятий, 2-я группа – 7 и 78 соответственно. 27% пациентов имели I-II /II степень ДН, 73% - не выше I ст.

**Результаты.** В обеих группах ухудшение ФВД за 10 лет оказалось значимо: у 14% пациентов 1-й группы и 22% пациентов 2-й группы достоверно увеличилась степень ДН, в основном за счёт таких показателей обструкции как ПОСвыдоха, МОС25% и МОС50% (больные потеряли в среднем 12-15% от своих должных величин). Снижение ЖЕЛ было менее значимым, немного превалируя в 1-й группе. Из семи возможных патогенетических механизмов БОС наиболее значимыми были воспалительный (~ у 1/3 больных 1-й группы и у 40% 2-й группы встречались различные лабораторные признаки воспаления) и дискринический (повышена вязкость мокроты у 23% и 26% больных соответственно). За счет асептического воспаления легочной ткани за 10 лет у 9,8% пациентов с пневмокониозами произошла трансформация заболевания из I во II стадию, у 4,3% – из II во II-III/III стадию. Эмфизематозный вариант также прогрессировал: за 10 лет частота эмфиземы лёгких в группах увеличилась на 10% и 12%. Спастический вариант чаще встречался во 2-й группе, приводя к развитию вторичной БА у 7% больных 1-й группы и 14% 2-й группы (overlap синдром). Дискринетический и другие варианты имели меньшее значение в прогрессировании БОС.

**Выводы.** *В обеих группах отмечено прогрессирование ДН преимущественно за счёт нарастания БОС, в основном с участием воспалительного, дискринического и эмфизематозного механизмов; во 2-й группе в 2 раза чаще встречается спастический вариант с развитием вторичной БА, что актуализирует дальнейшее совершенствование бронходилатационной и противовоспалительной терапии.*

## ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

ЩЕМЕЛЕВА Е.В., СКОРОДУМОВА Е.А., ПИВОВАРОВА Л.П., ОСИПОВА И.В.,  
ГОНЧАРОВА О.В.

*ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, РФ*

**Актуальность.** К настоящему времени известно, что гиперурикемия (ГУ) является сильным независимым фактором риска развития хронической болезни почек. Также появляется все больше доказательств того, что ГУ может играть значительную роль и в развитии острого повреждения почек.

**Цель.** Оценить функцию почек у пациентов с острым коронарным синдромом и бессимптомной ГУ.

**Материал и методы.** В ходе наблюдательного аналитического исследования был определен уровень мочевой кислоты у 44 больных с острым коронарным синдромом, госпитализированных в СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в июне 2024 г. Средний возраст пациентов  $59,9 \pm 1,8$  лет. Из них мужчин 36 (81,8%) пациентов, женщин – 8 (18,2%). Среди обследованных было выделено 28 человек с ГУ, которая определялась как повышение сывороточного уровня мочевой кислоты более 6,0 мг/дл, и 16 пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты сыворотки крови. Ни у одного из пациентов с ГУ анамнеза подагры не было. В обеих подгруппах определяли уровни креатинина, мочевины и цистатина С сыворотки крови, рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ в 1-е и 5-7-е сутки госпитализации. Данные статистически обработаны.

**Результаты.** В первые сутки госпитализации средний уровень креатинина в группах пациентов с нормоурикемией и ГУ составил  $88,8 \pm 8,0$  и  $104,6 \pm 12,1$  мкмоль/л ( $p > 0,05$ ), мочевины –  $6,1 \pm 0,9$  и  $7,7 \pm 0,9$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ) и цистатина С –  $1,3 \pm 0,2$  и  $1,7 \pm 0,2$  мг/л ( $p > 0,05$ ) соответственно. Средний расчетный уровень СКФ составил  $80,7 \pm 5,8$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  для пациентов с нормоурикемией и  $73,6 \pm 4,5$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  в когорте ГУ ( $p > 0,05$ ). В период 5-7 суток госпитализации различия в уровне данных показателей, характеризующих экскреторную функцию почек, становятся статистически значимыми. Так, средний уровень креатинина в группе нормоурикемии составил  $81,0 \pm 5,2$  мкмоль/л, в группе ГУ –  $109,8 \pm 10,4$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), среднее значение мочевины сыворотки крови –  $5,6 \pm 0,6$  и  $9,4 \pm 1,6$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), цистатина С –  $1,2 \pm 0,1$  и  $2,3 \pm 0,3$  мг/л ( $p < 0,05$ ) соответственно, а средний расчетный уровень СКФ в этот период составил  $87,7 \pm 4,6$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  при нормоурикемии и  $67,5 \pm 4,3$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  при ГУ ( $p = 0,003$ ).

**Вывод.** Пациенты с острым коронарным синдромом и бессимптомной ГУ более подвержены развитию острого повреждения почек, что можно расценить как кардиоренальный синдром I типа.

## КОМОРБИДНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ЩЕРБИНА Е.С., КЛАДОВИКОВА О.В., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

ГБУЗ «ДКЦ № 1 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Цель.** Оценка функциональных способностей и качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и остеопорозом (ОП).

**Материал и методы.** В исследование включено 49 амбулаторных пациентов (16 М, 33 Ж), медиана возраста которых составила 74 (67;84) года. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от наличия (n=32) или отсутствия ХСН (n=17). Проводилось клиническое обследование, эхокардиография, денситометрия. Функциональные способности оценивались с помощью теста «Встань и иди» и теста с 6-минутной ходьбой, вероятная старческая астения (СА) – с помощью шкалы «Возраст не помеха», качество жизни (КЖ) – Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН.

**Результаты.** ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВ) выявлена у 81,3%, с умеренно сниженной ФВ (ХСНусФВ) – у 15,6%, с низкой ФВ (ХСНнФВ) – у 3,1% пациентов. Остеопороз подтвержден у 91,7% пациентов с ХСН и у 8,3% – без ХСН (p=0,037). У пациентов с ХСН и ОП уровень функциональной активности по результатам шкалы «Встань и иди» был ниже, чем у пациентов без ОП (p=0,026), но качество жизни оказалось сопоставимым (p=0,084). Вероятная СА чаще выявлялась у пациентов с ХСН и ОП, чем у лиц без ОП (p=0,003). При сопоставлении «крепких» пациентов и пациентов со СА и/или преастицией в зависимости от наличия или отсутствия у них ОП, были установлены существенные различия (p=0,008). У пациентов с ХСН и ОП вероятность быть «крепкими» была в 8,2 раза ниже, по сравнению с группой пациентов без ОП (ОШ 0,122; 95% ДИ: 0,023-0,638).

**Выводы.** У пациентов пожилого возраста, наблюдающихся в амбулаторных условиях, преобладает ХСНсФВ. Коморбидность ОП и ХСН снижает функциональные возможности и качество жизни, особенно при сопутствующей вероятной СА и преастиении, по сравнению с пациентами с ХСН, но без ОП. Своевременное выявление ОП и СА может предупредить прогрессирование снижения функционального статуса и качества жизни, что следует учитывать при разработке профилактических мероприятий на амбулаторном этапе.

## СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ЭСЕДОВ Э.М., АКБИЕВА Д.С., АХМЕДОВА Ф.Д., АБАСОВА А.С.  
*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, РФ*

**Цель.** Определение содержания ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$  в желудочном соке при хроническом гастрите (ХГ) и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) до и после курса стандартного лечения.

**Материал и методы.** Обследованы 106 больных (в возрасте 20-55 лет) с заболеваниями гастродуоденальной зоны: 54 – ХГ и 52 – ЯБДПК. Обследование проводили в стадии обострения до начала лечения и после проведенного лечения в стадии клинико-эндоскопической ремиссии. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц (средние уровни провоспалительных цитокинов в желудочном соке у них составили: ИЛ-1 $\beta$  – 24,8 $\pm$ 1,6 пг/мл, TNF- $\alpha$  – 27,9 $\pm$ 1,8 пг/мл).

Диагнозы ХГ и ЯБ устанавливали на основании анамнестических данных и эзофагогастродуоденоскопии. Уровни ИЛ-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$  в тощачковой порции желудочного сока определяли методом ИФА тест-системами фирмы «Вектор-Бест». Желудочный сок забирали натощак, до завтрака, без применения стимуляторов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Биостат».

**Результаты.** Уровни провоспалительных цитокинов в желудочном соке ИЛ-1 $\beta$  и TNF- $\alpha$  в период обострения больных с ХГ и ЯБДПК значительно превышали показатели контрольной группы. У больных ХГ среднее значение ИЛ-1 $\beta$  составило 62,6 $\pm$ 2,2, TNF- $\alpha$  – 47,7 $\pm$ 2,0 пг/мл, а у больных ЯБ – соответственно 48,5 $\pm$ 1,9 и 34,4 $\pm$ 1,8 пг/мл. При обследовании больных после проведенного лечения (ИПП в сочетании с антибактериальными препаратами) отмечено существенное снижение уровня провоспалительных цитокинов в желудочном соке одновременно с положительной динамикой клинических и эндоскопических показателей в обеих группах. У больных ХГ среднее значение ИЛ-1 $\beta$  составил 32,4 $\pm$ 1,6, TNF- $\alpha$  – 30,6 $\pm$ 1,2 пг/мл, а у больных ЯБ – соответственно 31,7 $\pm$ 1,3 и 34,2 $\pm$ 1,5 пг/мл. Тенденция к нормализации показателей цитокинов в желудочном соке у больных свидетельствует, с одной стороны, об эффективности проводимой терапии, с другой стороны, о незаконченности воспалительного процесса в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны. Результаты исследования показывают, что у больных ХГ в период обострения, по сравнению с больными ЯБДПК, отмечается более высокий уровень цитокина ИЛ-1 $\beta$ , а у больных ЯБ – более высокий уровень TNF- $\alpha$ . Повышение ИЛ-1 $\beta$  отражает в большей степени активность воспалительного процесса, а TNF- $\alpha$  – глубину поражения слизистой оболочки. В то же время неполная нормализация уровней ИЛ-1 $\beta$  и TNF- $\alpha$  после проведенного лечения свидетельствует о незаконченности воспалительного процесса в гастродуоденальной слизистой оболочке, что требует дополнительной терапевтической коррекции.

**Вывод.** У больных ХГ и ЯБДПК в период обострения имеет место повышение концентрации провоспалительных цитокинов в желудочном соке, что связано с активностью воспалительных и деструктивных изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

## КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

### УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЦ ДЛЯ ОЦЕНКИ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

АКЧУРИНА О.Э., МУХАМЕТОВА Д.Д., БОДРЯГИНА Е.С., ОДИНЦОВА А.Х.,  
АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ*

*ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» г. Казань, РФ*

**Цель.** Оценить мышечную массу пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) с помощью ультразвукового (УЗ) исследования.

**Материал и методы.** Было включено 77 пациентов с ВЗК и 10 – группа контроля (ГК). Средний возраст пациентов составил 39 [28; 50] лет, в ГК – 37 [26,5; 38,5] лет. В группе ВЗК женщин 39 (51%), в ГК – 5 (50%). Оценивались индекс массы тела (ИМТ), окружность середины плеча (ОСП), середины бедра (ОСБ); динамометрия (половозрастная норма); УЗ толщины середины плеча (УЗ-СП) и бедра (УЗ-СБ), скелетно-мышечная масса (СММ) по биоимпедансометрия.

**Результаты.** У большинства пациентов наблюдалась нормальная масса тела (58%), дефицит – у 8%; избыточная масса тела у 24%, ожирение – у 10%. Уменьшение ОСП среди женщин с ВЗК было у 11 (29%), мужчин – у 4 (11%), однако статистически значимых различий в изучаемых группах по сравнению с ГК не было. ОСБ у женщин (55 [48; 58,5] см,  $p < 0,05$ ) и мужчин с ВЗК (48 [46; 51,4] см,  $p > 0,05$ ) были меньше, чем в ГК (61,5 [56; 67] и 53 [46; 54] см соответственно). Мышечная сила доминантной руки по динамометрии снижена у 13% женщин и 11% мужчин с ВЗК, различия по сравнению с ГК выявлено не было. УЗ-СП у женщин (19,68 [18,26; 23,86] мм) и мужчин (27,03 [22,41; 29,17] мм) с ВЗК не отличались от ГК. УЗ-СБ у женщин при ВЗК (30,7 [24,51; 34,69] мм) была меньше, чем в ГК (41,3 [35,55; 41,74] мм,  $p < 0,05$ ), аналогично у мужчин с ВЗК (32,23 [25,78; 39,99] vs 40,67 [37,68; 41,84] мм,  $p < 0,05$ ). УЗ-СП коррелировала с СММ ( $r=0,61$ ;  $p < 0,05$ ) и с мышечной силой ( $r=0,50$ ;  $p < 0,05$ ). УЗ-СБ коррелировала с ИМТ ( $r=0,44$ ;  $p < 0,05$ ), с СММ ( $r=0,33$ ;  $p < 0,05$ ), с УЗ-СП ( $r=0,47$ ;  $p < 0,05$ ) и с мышечной силой ( $r=0,25$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с ВЗК ОСБ у женщин было ниже, чем в ГК. Значение УЗ-СБ у женщин и мужчин с ВЗК было меньше, чем в ГК, которое коррелировало с ИМТ, СММ и мышечной силой.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ HLA-B27 И HLA-Cw6 У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

БЫРКАНОВА А.А., ВАСИЛЕНКО Е.А., МАКСИМОВА Е.А.

*Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ,  
г. Санкт-Петербург, РФ*

**Цель.** Определить распространенность мутаций главного комплекса гистосовместимости человека HLA-B27 и HLA-Cw6 среди пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями (РЗ).

**Материал и методы.** Всего в анализ было включено 503 больных: 297 – псориатическим спондилоартритом (ПС), 107 – серопозитивным ревматоидным артритом (РА), 73 – анкилозирующим спондилитом (АС) и 26 – серонегативным РА. Серопозитивность РА устанавливали на основании выявления положительных титров антител к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (АЦЦП) и/или ревматоидного фактора (РФ). Определение аллелей главного комплекса гистосовместимости HLA-B27 и HLA-Cw6 осуществляли методом полимеразной цепной реакции.

**Результаты.** В группе больных АС HLA-B27 был позитивным у 61,6% (n=45), в то время как HLA-Cw6 у 50,7% (n=37). Обращало внимание, что одновременное наличие обеих мутации как по HLA-B27, так и по HLA-Cw6 регистрировали в 31,5% (n=23) случаев. Среди пациентов, страдающих ПС, HLA-B27 был выявлен в 10,8% (n=32), при этом HLA-Cw6 в 41,1% (n=122) случаев. Одновременное носительство HLA-B27 и HLA-Cw6 регистрировали у 2,4% больных (n=7). У 17,8% (n=19) пациентов с серопозитивным РА был определен HLA-B27 и у такого же количества (17,8%) – HLA-Cw6, в то время как оба генотипа присутствовали одновременно лишь в 0,9% (n=1) случаев. Среди больных серонегативным (по РФ и АЦЦП) РА HLA-B27 был выявлен у 7,7% (n=2), а HLA-Cw6 у 15,4% (n=4). В 3,9% (n=1) случаев регистрировали одновременно оба аллеля.

**Выводы.** *Генотипы HLA-B27 и HLA-Cw6 как изолированно, так и одновременно чаще выявляли у больных АС. Обращает на себя внимание тот факт, что среди пациентов с РА достаточно часто регистрировали мутации, более характерные для группы спондилоартритов. Данные особенности могут свидетельствовать о недостатках современных представлений об этиопатогенезе некоторых РЗ, что требует дальнейших исследований и наблюдений, а также должно учитываться при планировании объемов обследования и лечения данной популяции больных.*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СПОНДИЛОАРТРИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С МРТ-ВЕРИФИЦИРОВАННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

ГАРАЕВА А.Р., ЛАПШИНА С.А., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, РФ

**Актуальность.** Поражение осевого скелета является наиболее характерным проявлением для спондилоартритов (СпА). Среди них наиболее часто поражают краниовертебральный переход (КВП) анкилозирующий спондилит (АС) и псориатический артрит (ПсА). По мере прогрессирования воспаления возможно развитие атлантоаксиальной нестабильности (ААН), с возможными необратимыми неврологическими осложнениями.

**Цель.** Оценить особенности клинического течения СпА у пациентов с МРТ-верифицированными изменениями атлантоаксиальной области.

**Материал и методы.** 43 пациентам со СпА проведена МРТ-диагностика КВП. Средний возраст  $45,9 \pm 12,6$  лет. Активность (ASDAS(CRP)): очень высокая – 79,1%, высокая – 11,6%, низкая – 7%. Медиана длительности заболевания 168 [2; 408] месяцев.

Коморбидная патология отмечалась у 74,4%, медиана – 3 [0; 13]. Клиническое обследование включало: оценку нейропатической боли (НП) по шкале Pain detect (PD), оценивался неврологический статус. ААН оценивали с помощью МРТ шеи с краниометрическими измерениями, затем рассчитывали отклонения в сравнении с данными МРТ 50 здоровых лиц.

**Результаты.** 76,7% имели боль в шее, 97,7% – воспалительного характера, 72,1% – невоспалительного (НБ – 62,8%). Среднее значение боли по шкале ВАШ  $6,09 \pm 1,78$ . Наиболее распространенными коморбидными патологиями были: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, гастропатии, сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром. Боль в шее чаще встречалась у пациентов с МРТ-изменениями в КВП и была связана с НБ ( $r_{Sp}=0,311$ ;  $p=0,043$ ). Выявлена связь между ААН и длительностью заболевания ( $r_{Sp}=0,499$ ;  $p=0,005$ ), количеством болезненных ( $r_{Sp}=0,505$ ;  $p=0,009$ ) и припухших суставов ( $r_{Sp}=0,471$ ;  $p=0,015$ ), количество сопутствующих заболеваний ( $r_{Sp}=0,471$ ;  $p=0,009$ ), функциональными ограничениями по опроснику BASFI ( $r_{Sp}=0,389$ ;  $p=0,010$ ) и функциональными пробами (тесту козелок-стена) ( $r_{Sp}=-0,381$ ;  $p=0,038$ ).

**Выводы.** Изменения КВП на МРТ визуализируются у большинства пациентов со СпА, характеризуясь изменениями, характерными в целом для данной патологии. Отмечено, что при таких нарушениях боль более интенсивная, смешанного характера с преобладанием нейропатического компонента. При этом количество болезненных и припухших суставов больше, с более выраженными функциональными ограничениями. Многокомпонентный характер боли в шее, периферический артрит, степень функциональных ограничений, наличие сопутствующих патологий могут быть основанием для проведения МРТ шейного отдела позвоночника и своевременной диагностики патологии этой области.

## АССОЦИАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОНЧАРОВ М.В., БЕРНС С.А., МАКСИМОВ С.А.  
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Провести анализ ассоциаций заболеваемости с региональными условиями проживания с учетом комплексного подхода.

**Материал и методы.** Использованы 14 показателей заболеваемости общей и по основным классам болезней из сборника «Регионы России. Социально-экономические показатели» Федеральной службы государственной статистики (далее-Росстат) по 81 субъекту за период с 2017 г. по 2021 г. Для описания региональных условий проживания ранее разработана интегральная оценка региональных характеристик субъектов, представленной Социально-географическим, Демографическим, Экономическим и Промышленно-экологическим индексами. Для оценки ассоциаций количественных показателей региональных индексов с заболеваемостью использован линейный регрессионный анализ. Проведена корректировка регрессионной модели на медико-организационные характеристики регионов, использовались средние значения показателей за 2017-2021 гг. из сборника «Регионы России. Социально-экономические показатели» Росстата. Статистическую значимость различий количественных показателей (заболеваемости) в третиях проводили с использованием критерия Крускала-Уоллиса.

**Результаты.** При росте Социально-географического индекса на 1 единицу отмечается увеличение общей заболеваемости на 6,2%, заболеваемости инфекционными болезнями на 12,5%, новообразованиями на 10,9%, болезнями органов дыхания на 7,6%, болезнями органов пищеварения на 16,4%, травм и внешних причин на 7,1%. При увеличении Демографического индекса отмечается снижение заболеваемости болезней крови на 68,7%, болезней нервной системы на 10,7%, болезней органов пищеварения на 10,4%, рост заболеваемости от новообразований на 10,9%. Рост Экономического индекса сопровождается увеличением общей заболеваемости на 8,0%, заболеваемости от новообразований на 9,1%, болезней крови на 25,5%, болезней нервной системы на 10,8%, болезней органов дыхания на 10,7%, болезней органов пищеварения на 21,3%, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани на 15,6%, болезней мочеполовой системы на 12,4%. Увеличение Производственно-экологического индекса сопровождается ростом заболеваемости от травм и внешних причин на 7,7%.

**Выводы.** В ходе исследования были проанализированы ассоциации между региональными условиями проживания, представленными Социально-географическим, Демографическим, Экономическим и Производственно-экологическим индексами, и показателями заболеваемости. Результаты анализа подтверждают значимость влияния региональных условий проживания на состояние показателей здравоохранения в субъектах и эффективность использования индексов для углубленной оценки показателей заболеваемости в отдельных субъектах.

## ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И РАЗЛИЧНОЙ АКТИВНОСТЬЮ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

ГРЕНАДЕРОВА М.А.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, РФ

**Актуальность.** Своевременная диагностика и начало терапии ранней стадии хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсСФВ) левого желудочка (ЛЖ) становятся актуальной проблемой из-за увеличения числа пациентов с начальными стадиями заболевания. Внедрение новых диагностических технологий, таких как спекл-трекинг эхокардиографии, подчеркивает важность изучения связи между их показателями и традиционными лабораторно-инструментальными данными.

**Цель.** Оценка деформационных значений миокарда методом спекл-трекинг эхокардиографии, поиск ассоциаций с клинико-инструментальными данными у пациенток, имеющих СНсСФВ ЛЖ.

**Материал и методы.** Проведено одномоментное исследование, в которое на условиях добровольного информированного согласия включены 20 пациенток в возрасте от 65 до 78 лет ( $72,5 \pm 4,0$ ). Критерии включения: наличие верифицированной хронической сердечной недостаточности, постменопауза продолжительностью не менее 5 лет, наличие подписанного информированного добровольного согласия на участие в исследовании. Всем пациенткам проводилась трансторакальная 2D спекл-трекинг эхокардиография ультразвуковым сканером Mindray. Проведен иммунохимический анализ сыворотки с определением концентраций адреномедуллина и ренина методом твердофазного гетерогенного иммуноферментного анализа. Статистический анализ проводился с использованием программного продукта StatTech v. 4.3.2, оценка значений проводилась с помощью U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** При оценке значений продольной деформации миокарда (ПДМ) в зависимости от наличия диастолической дисфункции ЛЖ не удалось установить статистически значимых различий ( $p=0,730$ ). Также при анализе значений ПДМ в зависимости от наличия у пациентки ожирения не выявлены статистически значимые различия ( $p=0,331$ ). Однако анализ показателя базального переднебокового сегмента продемонстрировал существенные различия в зависимости от наличия или отсутствия ожирения ( $p=0,027$ ). При анализе связи базального переднего сегмента и уровня адреномедуллина не было установлено статистически значимых различий ( $p=0,113$ ). Анализ средних значений ПДМ и уровня ренина не выявил корреляционную связь ( $p=0,688$ ).

**Выводы.** Оценка ПДМ является дополнительным методом оценки состояния миокарда для более полной визуализации ранних процессов ремоделирования. Спекл-трекинг эхокардиография с оценкой не только глобальной, но и сегментарной сократимости позволяет определить патологические изменения на стадии, при которой показатели традиционной эхокардиографии остаются в пределах нормы.

## **ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ КАРДИОРЕНАЛЬНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**

ГРИГОРЬЕВСКАЯ А.С., РЕЗНИК Е.В., ЯРОВОЙ М.Д.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ*

**Цель.** Изучение взаимосвязи кардиоренальных и метаболических факторов риска с тяжелым и крайне тяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 170 пациентов в возрасте от 21 до 97 лет ( $M \pm SD$ ;  $58,9 \pm 14,9$  лет; 50,6% мужчин), проходивших стационарное лечение коронавирусной инфекции COVID-19, в период с июня по октябрь 2021 г. Пациенты были разделены на 2 группы, соответствовавшие крайне тяжелому (группа I) и тяжелому (группа II – группа сравнения) течению COVID-19. Статистическая обработка проводилась с применением пакетов программ StatTech v. 1.2.0 и Microsoft Excel 2016.

**Результаты.** Крайне тяжелое течение было у 74 пациентов (43,5%;  $62,9 \pm 14,4$  лет; 51,4% мужчин). Пациенты более старшего возраста ( $66,3 \pm 15,8$ ;  $p=0,007$ ) характеризовались более тяжелым течением COVID-19 и крайне неблагоприятным прогнозом. Наиболее распространенными коморбидными состояниями при тяжелом и крайне тяжелом течении COVID-19 были: артериальная гипертензия (АГ) ( $n=62$  [64,5%] и  $n=68$  [91,8%]), ожирение (34 [35,4%] и 34 [45,9%]), хроническая болезнь почек стадии (ХБП) 3А-5 ( $n=9$  [9,3%] и  $n=33$  [44,5%]), сахарный диабет 2 типа ( $n=25$  [26%] и  $n=26$  [35,1%]), ишемическая болезнь сердца (ИБС) ( $n=14$  [14,5%] и  $n=24$  [32,4%]). В группе пациентов с крайне тяжелым течением COVID-19 наличие в анамнезе ИБС в 95,8% ( $n=23$ ) случаев было ассоциировано с летальным исходом ( $p \leq 0,001$ ).

**Выводы.** *Наличие в анамнезе АГ, ИБС и ХБП 3А-5 стадии являлось предиктором крайне тяжелого течения COVID-19. Снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 70 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> в первый день госпитализации являлось прогностическим маркером крайне тяжелого течения COVID-19. Имеющиеся в анамнезе ИБС и ХБП 3А-5 стадии достоверно ухудшали течение пневмонии в части прогрессии инфильтративных изменений по результатам компьютерной томографии легких, а сочетание COVID-19 пневмонии и ВИЧ-инфекции в 100% случаев характеризовалось отрицательной клинической и рентгенологической динамикой, при этом исход госпитализации во всех случаях был летальным.*

## СОСТОЯНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУЗЕНКО Д.С., СТАЦЕНКО М.Е.

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, РФ*

**Цель.** Оценить состояние магистральных артерий (МА) и эндотелиальной функции у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК).

**Материал и методы.** В основную группу включены 50 пациентов с гипертонической болезнью II-III стадии, артериальной гипертонии 1-2 степени и сопутствующим атеросклерозом артерий нижних конечностей IIa-IIIa стадии по Фонтейну-Покровскому; в контрольную 50 больных с АГ без ОААНК. Средний возраст пациентов составил 54 [50,2; 56] года в основной группе, 51 [49; 59] год в контрольной ( $p=0,153$ ). По основным клинико-демографическим показателям группы не различались. За 3 дня перед проведением исследования пациентам отменялась антигипертензивная терапия. Оценивались уровни оксида азота (NO), эндотелина-1 (Эт-1) плазмы крови, определялась скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в артериях мышечного и эластического типов, проводилась проба с реактивной гиперемией.

Статистическая обработка произведена с помощью IBM SPSS Statistics. Результаты представлены в формате Me [Q1-Q3].

**Результаты.** У пациентов с АГ и ОААНК по сравнению с больными с изолированной АГ выявлены достоверно более высокий уровень Эт-1 (461,7 [366,1; 1660,6] vs 519,1 [224,6; 720], пг/мл,  $p=0,035$ ) и низкий уровень NO (38,1 [9,5; 47,6] vs 142,86 [95,2; 183,3] мкмоль/л,  $p=0,0001$ ).

У пациентов основной группы по сравнению с контрольной установлены значимо более высокие значения СРПВ в артериях мышечного (14 [13,2; 15,4] vs 8,9 [8,4; 9,1] м/с,  $p=0,001$ ) и эластического (15,1 [12,6; 15,3] vs 7,6 [7,6; 9,7] м/с,  $p=0,001$ ) типов, а также снижение соотношения СРПВм/СРПВэ (1,01 [0,94; 1,02] vs 1,14 [0,97; 1,18],  $p=0,001$ ), достоверно чаще определялась парадоксальная реакция на пробу с реактивной гиперемией (88% vs 50%), что свидетельствует об эндотелиальной дисфункции МА.

ROC-анализ взаимосвязей в основной группе пациентов указывает на прогностическую закономерность, при которой снижение NO ниже 4,76 мкмоль/л и повышение Эт-1 выше 258,6 пг/мл приводит к развитию парадоксальной реакции на пробу с реактивной гиперемией. Чувствительность и специфичность метода составили для NO 89,3% и 68,2%, для Эт-1 89,3% и 77,3%, соответственно.

**Выводы.** У пациентов с АГ и ОААНК по сравнению с контрольной установлены достоверно более высокие значения СРПВ по МА и значимо чаще определялись признаки эндотелиальной дисфункции.

## ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ГУЛОВА Ш.Г., КУРНИКОВА И.А., ДАНИЛИНА Н.О., МОХАММЕД Х.Х.А., ЭЛЬСОН А.Р.

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Цель.** Изучить особенности вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов молодого возраста с ожирением без сопутствующих заболеваний.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 32 пациента (16 мужчин и 16 женщин) средний возраст  $24,5 \pm 2,7$  лет. Все пациенты были разделены на две равные группы в зависимости от ИМТ (группа А с ожирением, группа В с нормальной массой тела). Обследование пациентов включало измерение роста, веса, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ), лабораторные показатели углеводного и жирового обмена, исследование ВСР на аппарате «Валента» (Санкт-Петербург, Россия) с оценкой показателей SDNN (мс), LF%, HF%, LF/HF.

**Результаты.** У пациентов с ожирением было отмечено снижение основного временного показателя вариабельности сердечного ритма – SDNN ( $154,2 \pm 14,8$ ) по сравнению с группой пациентов без ожирения SDNN ( $200,1 \pm 14,8$ ), что свидетельствует гиперсимпатикотонии, а также у пациентов с ожирением наблюдалось уменьшение парасимпатической активности (снижение LF/HF  $1,2 \pm 0,1$  и HF%  $10,3 \pm 5,3$ ). Проведенный корреляционный анализ между показателями массы тела, соотношением окружности талии и бедер с параметрами вариабельности сердечного ритма и показателями сердечно-сосудистого риска позволил выявить значимую связь между нарушением вагосимпатического баланса (LF/HF) и повышением коэффициента ОТ/ОБ ( $r=0,04$ ,  $p < 0,001$ ). Значимую связь получили между показателями ОТ/ОБ и такими показателями ВСР как SDNN ( $r=0,04$ ,  $p < 0,01$ ) и HF (%) ( $r=0,05$ ,  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Анализ ВСР позволяет достаточно рано выявлять признаки прогностически неблагоприятной вегетативной дисфункции у молодых пациентов с ожирением без сопутствующих заболеваний. Увеличение индекса массы тела (ИМТ) менее значимо влияет на временные и частотные показатели ВСР, чем тип распределения жировой ткани. Нарушение процессов вегетативной регуляции у пациентов молодого возраста проявляется смещением динамического равновесия между отделами вегетативной нервной системы в сторону преобладания симпатической активности, а эффективные результаты лечения были достигнуты у пациентов только после восстановления вегетативного равновесия.

## ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ

ДАНИЛИНА Н.О., КУРНИКОВА И.А., ГУЛОВА Ш.Г., ПАВЛОВ А.Ф.  
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Цель.** Исследовать взаимосвязи между вегетативным дисбалансом, недифференцированной дисплазией соединительной ткани (нДСТ) и психоэмоциональным статусом у молодых женщин, а также оценить диагностическую ценность вариабельности индекса Кердо (ВИК) в контексте вегетососудистой дистонии (ВСД).

**Материал и методы.** Обследовано 45 молодых женщин (средний возраст  $21,8 \pm 2,9$  лет) с проявлениями нДСТ. Диагноз нДСТ и индекс диспластической стигматизации (ИДС) определялись по омской шкале. Пациентки разделены на группы с низким (16-19 баллов), средним (20-23 балла) и высоким ( $>23$  балла) ИДС. Оценены: вегетативный тонус, ИМТ, уровень тревожности, наличие ВСД, проведены УЗИ и гинекологическое обследование. Рассчитан вегетативный индекс Кердо. Выполнен корреляционный анализ данных с учетом дополнительных факторов риска и симптомов нДСТ.

**Результаты.** Только у 80% обследованных выявлено преобладание активности симпатической системы в исходном вегетативном тонусе. Установлена сильная положительная корреляция между уровнем диспластической стигматизации и выраженностью гиперсимпатикотонии ( $r=0,87$ ,  $p < 0,001$ ). При этом у пациенток с ИДС  $\geq 17$  баллов (диагностически значимый уровень) наблюдалась наиболее выраженная связь с гиперсимпатикотонией, характеризующейся значением  $\text{ВИК} \leq 2,5$ . Анализ индекса Кердо показал значительную вариабельность: у лиц с гиперсимпатикотонией размах ВИК составил от 1,7 до 3,1 (среднее значение  $2,4 \pm 0,7$ ), с преобладанием парасимпатической системы – от 3,1 до 3,5 (среднее значение  $3,3 \pm 0,2$ ). Выявлена значимая связь между вегетативным дисбалансом и высоким уровнем тревожности ( $r=0,85$ ,  $p < 0,001$ ). Отмечена умеренная корреляция между вегетативным дисбалансом и наличием гинекологических нарушений ( $r=0,62$ ,  $p < 0,01$ ). Не выявлено значимой корреляции между вегетативным дисбалансом и ИМТ ( $r=0,21$ ,  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Результаты исследования подтверждают сложные взаимосвязи между вегетативным дисбалансом, нДСТ и психоэмоциональным статусом у молодых женщин. Показатель вариабельности индекса Кердо более информативен для оценки ВСД, чем его однократное измерение. Пороговым значением для подтверждения диагноза нДСТ можно считать показатель  $\text{ВИК} \geq 2,4$  в сочетании с ИДС  $\geq 17$  баллов.

## **КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

ДЕНИСОВА А.Ю., МЕНЗОРОВ М.В., САХАРОВ В.С., ОЛЕЙНИКОВА А.В.,  
КЕРИМОВА С.Ф.

*ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, РФ*

*ГУЗ «ЦКМСЧ им. В.А. Егорова», г. Ульяновск, РФ*

*ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн», г. Ульяновск, РФ*

**Цель.** Оценить частоту острой болезни почек (ОБП) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) согласно Рекомендациям KDIGO (2012 г.) и Российским рекомендациям по острому повреждению почек (2020 г.), разработанным Научным обществом нефрологов России, Ассоциациями нефрологов и анестезиологов-реаниматологов России, Национальным обществом специалистов в области гемафереза и экстракорпоральной гемокоррекции.

**Материал и методы.** Обследовано 52 пациента (мужчин – 40 (77%), женщин – 12 (23%), средний возраст –  $63 \pm 11$  лет) с ИМпST, госпитализированных в отделение сердечно-сосудистой хирургии с палатой реанимации и интенсивной терапии ООО «Альянс Клиник Свияга» города Ульяновска с марта 2021 г. по декабрь 2021 г. Диагностика ИМпST, наличие показаний и противопоказаний для проведения чрескожного коронарного вмешательства осуществлялась согласно Рекомендациям Министерства здравоохранения РФ (2020 г.). Острую болезнь почек (ОБП) диагностировали двумя способами: 1. исходя из критериев Международных Рекомендаций KDIGO (2012 г.), где острая болезнь почек включает в себя всех пациентов, у которых имеются функциональные и/или структурные нарушения с последствиями для здоровья длительностью  $\leq 3$  месяцев, включая острое повреждение почек; 2. Исходя из критериев Российских рекомендаций по острому повреждению почек (2020 г.), разработанных Научным обществом нефрологов России, Ассоциациями нефрологов и анестезиологов-реаниматологов России, Национальным обществом специалистов в области гемафереза и экстракорпоральной гемокоррекции, где острая болезнь почек определяется в случае персистенции признаков повреждения почек в период 7-90 сут. после инцидента ОПП.

**Результаты.** По критериям KDIGO (2012 г.) острая болезнь почек диагностировалась чаще – 20 (38%) пациентов, по сравнению с критериями Российских рекомендаций по ОПП (2020 г.) – у 8 (15%) больных.

**Выводы.** Частота ОБП, диагностированной по критериям Российских рекомендаций по ОПП (2020 г.) в 2,5 раза меньше по сравнению с частотой ОБП по критериям KDIGO (2012 г.). Несоответствие критериев в Международных и Российских рекомендациях ведет к невозможности сравнения исследовательских данных по распространенности, исходам, тяжести ОБП, а также расхождению в подходах к старту профилактических и лечебных мероприятий.

## ОСТРАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

ДЕНИСОВА А.Ю., МЕНЗОРОВ М.В., САХАРОВ В.С., ОЛЕЙНИКОВА А.В.,  
КЕРИМОВА С.Ф., ДЕНИСОВ О.Н.

*ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, РФ*

*ГУЗ «ЦКМСЧ им. В.А. Егорова», г. Ульяновск, РФ*

*ГУЗ «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн», г. Ульяновск, РФ*

*ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», г. Ульяновск, РФ*

**Цель.** Оценить частоту, тяжесть, клинические варианты острой болезни почек (ОБП) у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

**Материал и методы.** Обследовано 52 пациента (мужчин – 40 (77%), женщин – 12 (23%), средний возраст –  $63 \pm 11$  лет) с ИМпST, госпитализированных в отделение сердечно-сосудистой хирургии с палатой реанимации и интенсивной терапии ООО «Альянс Клиник Свияга» города Ульяновска с марта 2021 г. по декабрь 2021 г. Диагностика ИМпST, наличие показаний и противопоказаний для проведения чрескожного коронарного вмешательства осуществлялась согласно Рекомендациям Министерства здравоохранения РФ (2020 г.). Острую болезнь почек (ОБП) и клинические варианты диагностировали согласно Рекомендациям KDIGO (2012 г.), стратификацию тяжести осуществляли на основе консенсусного положения экспертов Acute Disease Quality Initiative (ADQI) (2017г.).

**Результаты.** Острая болезнь почек диагностирована у 20 (38%) обследованных. У 17 (85%) из них выявлена 0 стадия тяжести ОБП, у 3 (15%) – 1 стадия, пациентов с 2-3 стадией не было. Преобладал вариант ОБП на фоне предшествующего острого повреждения почек (ОПП) – у 17 (85%) обследованных, ОБП без ОПП выявлена у 3 (15%). У пяти (9,6%) пациентов в анамнезе имелась информация о предшествующей хронической болезни почек (ХБП). В этой связи, наименее распространенной комбинацией вариантов при ИМпST было ОБП на ХБП – у 2 (10%) пациентов, самой часто встречающейся оказалась ОБП «de novo» – 18 (90%) обследованных.

**Выводы.** У пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST наблюдается высокая частота острой болезни почек, которая диагностируется у 38% пациентов и чаще является нетяжелой. Преобладают клинические варианты ОБП «de novo» (90%) и ОБП на ОПП (85%).

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНТРАКОРОНАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ЭПИНЕФРИНА ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ ФЕНОМЕНЕ «NO-REFLOW»

ДИЛЬ С.В., ВЫШЛОВ Е.В., БОГДАНОВ Ю.И., СУЛТАНОВ С.М., РЯБОВ В.В.  
НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, РФ

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность интракоронарного введения эпинефрина у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), осложненным рефрактерным феноменом «no-reflow».

**Материал и методы.** В исследование были включены 90 последовательных пациентов с рефрактерным «no-reflow» во время проведения чрескожного коронарного вмешательства. Пациенты были рандомизированы на две группы: 45 пациентов в группе 1 получали эпинефрин, и 45 пациентов в группе 2 (контроль) получали только стандартное лечение. Основные параметры, оцененные после введения препарата, включали восстановление коронарного кровотока до 3 баллов по шкале TIMI, разрешение подъема сегмента ST, объем микроваскулярной обструкции (МВО) и динамику фракции выброса (ФВ) левого желудочка. Исследование зарегистрировано на ClinicalTrials.gov: NCT04573751. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом (№ 203 от 14.10.2020 г.)

**Результаты.** Группа, получавшая эпинефрин, показала значительное увеличение частоты восстановления коронарного кровотока до уровня TIMI 3 в инфаркт-связанной артерии (56% против 29%,  $p=0,01$ ) и снижение подъема сегмента ST более чем на 50% после ЧКВ (78% против 36%,  $p < 0,001$ ). Объем МВО был значительно ниже в группе эпинефрина по сравнению с контрольной группой (0,9 (0,3; 3,1) % против 1,9 (0,6; 7,9) %,  $p=0,048$ ). Также наблюдалось значительное улучшение ФВ в группе с эпинефрином при выписке ( $p=0,025$ ). Статистически значимых различий в возникновении жизнеугрожающих нарушений ритма и проводимости зарегистрировано не было.

**Выводы.** *Интракоронарное введение эпинефрина во время ЧКВ у пациентов с ИМпST и рефрактерным феноменом «no-reflow» оказалось более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения. Этот подход улучшает коронарный кровоток в инфаркт-связанной артерии, способствует быстрому разрешению подъема сегмента ST, повышает ФВ и снижает объем МВО. Профиль безопасности применения эпинефрина сопоставим с традиционными методами лечения, в отношении возникновения жизнеугрожающих аритмий. Исследование предполагает, что интракоронарное введение эпинефрина может быть эффективной стратегией лечения пациентов с ИМпST и рефрактерным феноменом «no-reflow».*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ**

ДОЧКИНА И.С.

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, РФ*

**Цель.** Изучить функциональную активность у пациентов пожилого и старческого возраста со старческой астенией.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 47 пациентов (22 мужчин и 25 женщин) со старческой астенией, находящихся на госпитализации в терапевтическом отделении. Средний возраст больных – 77,6 [72,5; 87,6] лет. Ведущее место в структуре коморбидной патологии занимают заболевания сердечно-сосудистой системы – 89%, а дыхательной системы – 77%. Функциональная активность пациентов оценивалась по следующим индексам: тест «встань и иди», индекс Бартел, IADL, способность поддержания равновесия, способность выполнения основных функций (мобильность), оценка рисков падения (шкала Морзе).

**Результаты.** Зафиксировано, что среди обследованных мужчин и женщин выраженная зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни выявлена у 8 (17,1%) пациентов, умеренная – у 22 (46,8%), легкая – у 6 (12,7%), а у 11 (23,4%) человек – полная независимость. Снижение повседневной инструментальной активности отмечено у 34 (72,3%) больных. Тест «встань и иди» смогли выполнить все пациенты. Среди больных, выполнивших тест «встань и иди» только 16 (34,1%) имели показатели в пределах нормы, у – 31 (65,9%) выявлен риск падений. При оценке риска падений, по шкале Морзе, установлено, что очень высокий риск падений имели 27 (57,4%) пациентов, низкий – 20 (42,6%). Столько же пациентов (27 (57,4%) больных) отметили эпизоды падений в течение 3 предыдущих месяцев, 16 (34,1%) больных заметили нарушения походки, и абсолютно все пациенты имели сопутствующие заболевания. При оценке способности поддерживать равновесие показано, что большинство – 43 (91,5%) пациента не могут удовлетворительно выполнить данный тест. Способность выполнения основных функций сохранена – у 15 (31,9%) больных, снижена – у 32 (68,1%).

**Вывод.** Установлено, что у большинства пациентов пожилого и старческого возраста наблюдается ограничение функциональной активности, что проявляется умеренной или выраженной зависимостью в посторонней помощи, снижением инструментальной активности и мобильности.

## **ВЛИЯНИЕ ВЕЙПИНГА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

ДУДАРЕВ В.М., ШКЛЯЕВ А.Е., ПАНТЮХИНА А.С. ГАЛИХАНОВА Ю.И.  
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, РФ

**Цель.** Оценить влияние вейпинга на функциональное состояние нижнего пищеводного сфинктера.

**Материал и методы.** Обследовано 80 пациентов без признаков патологии пищеварительной системы, разделенных на 2 группы. В группу 1 (n=40) вошли вейперы со стажем более 1 года в возрасте 24 (22; 25) лет. Группу 2 (n=40) составили здоровые лица без вредных привычек в возрасте 25 (23; 28) лет. Проводилось анкетирование по опроснику GERDQ, суточная рН-импедансометрия, определение уровней мотилина и гастрина в крови. Данные представлены в виде медианы и межквартильного интервала, для межгрупповых сравнений использовали критерий Манна-Уитни, для анализа зависимостей - коэффициент корреляции Спирмена. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФ в рамках научного проекта №23-25-10015.

**Результаты.** У вейперов регистрировались более высокие, в сравнении с контролем, значения баллов по опроснику GERDQ – 5,3 (3,9; 7) и 0 (0; 1) соответственно ( $p < 0,01$ ). Уровень рН в нижней трети пищевода у них был ниже такового в контроле – 4,6 (3,9; 5,7) и 6,8 (6,2; 6,9);  $p < 0,01$ . В группе 1, в сравнении с контролем, регистрировалось большее ( $p < 0,01$ ) суточное количество кислых (57 (41; 73) и 19 (17; 27)), слабокислых (7 (3; 10) и 2 (1; 3)) и щелочных рефлюксов (0,5 (0; 1) и 0 (0; 0)). Пациенты 1 и 2 групп значимо не различались по содержанию гастрин (74,3 (57,1; 96,8) пг/мл и 71,9 (29,6; 91,1) пг/мл) и мотилина (187,6 (116,4; 367,5) пг/мл и 185,3 (99,7; 284,1) пг/мл) в крови, однако, у вейперов зафиксированы корреляции между уровнем мотилина и суточным количеством кислых ( $r_s = -0,41$ ;  $p = 0,025$ ), слабокислых ( $r_s = -0,51$ ;  $p = 0,004$ ) и щелочных ( $r_s = -0,57$ ;  $p = 0,0009$ ) рефлюксов.

**Вывод.** Вейпинг сопровождается нарушением регуляции тонуса нижнего пищеводного сфинктера и может являться фактором риска развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РИСК РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЕВДОКИМОВ Д.С., ЕВДОКИМОВА Е.Д.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

**Цель.** Определить психологические особенности и личностно-адаптационный потенциал пациентов с синдромом такоцубо (СТ) и в контрольной группе (КГ).

На основании полученных результатов с помощью математических методов анализа данных выявить предикторы развития заболевания.

**Материал и методы.** В основную группу вошло 60 пациентов (91,7% женщин) с СТ, верифицированным на основании критериев *interTAK*. В КГ включено 40 человек (97,5% женщин), сопоставимых с группой СТ по полу и возрасту, без острых и хронических сердечно-сосудистых заболеваний. В остром периоде заболевания больным с СТ и членам КГ выполнялось психологическое тестирование при помощи личностного опросника Г. Айзенка; теста жизнестойкости; теста на самооценку стрессоустойчивости личности; шкалы воспринимаемого стресса 10; шкалы психологического стресса PSM-25; шкалы тревоги Спилбергера-Ханина; шкалы тревоги Гамильтона; госпитальной шкалы тревоги и депрессии; шкалы депрессии Бека; шкалы Монтгомери-Асберг. Полученные результаты использовались для получения математической модели прогнозирования риска развития СТ.

**Результаты.** Опросник Г. Айзенка показал, что у пациентов с СТ, в отличие от КГ отмечается достоверно более высокий уровень нейротизма ( $p < 0,01$ ) и склонность к интроверсии ( $p < 0,001$ ). Согласно шкале Спилбергера-Ханина, в группе больных с СТ ( $46,4 \pm 9,1$ ) по сравнению с КГ ( $37,0 \pm 11,4$ ) была выше реактивная тревожность ( $p < 0,0001$ ). Более высокий уровень тревоги у больных с СТ ( $21,8 \pm 4,8$ ) показала также шкала тревоги Гамильтона в сравнении с КГ ( $16,1 \pm 5,4$ ) ( $p < 0,0001$ ). По опроснику Бека у 73,7% больных с СТ были признаки легкой и умеренной депрессии, что было достоверно чаще, чем в КГ ( $p < 0,0001$ ). По шкале Монтгомери-Асберг депрессия встречалась более, чем у 90% больных с СТ ( $p < 0,001$ ). Показатель стрессоустойчивости также оказался достоверно более низким у пациентов с СТ, чем в КГ.

Полученные результаты опросников позволили прогнозировать риск развития СТ и по данным однофакторного анализа и при помощи интегральной модели классификационных деревьев.

**Выводы.** У подавляющего большинства больных с СТ наблюдались тревожные и депрессивные расстройства, а также такие особенности личности, как интроверсия, нейротизм, повышенная восприимчивость к стрессу. Психологические факторы позволяют прогнозировать риск развития СТ.

## **ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА**

ЗЕБРОВА А.А., ВАСИЛЕНКО Е.А., МАКСИМОВА Е.А.

*Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ,  
г. Санкт-Петербург, РФ*

**Цель.** Определить частоту встречаемости ранее неverifiedированной болезни Крона (БК) среди больных различными ревматическими заболеваниями (РЗ) на основании результатов исследования фекального кальпротектина (ФК).

**Материал и методы.** В анализ был включен 271 больной: 37 – ревматоидным артритом (13,7%), 87 – псориатическим спондилитом (ПС, 32,1%) и 147 анкилозирующим спондилитом (АС, 54,2%). Уровень ФК у всех пациентов определяли методом иммуноферментного анализа: <80 мкг/гр – норма (n=102, 37,6%); 80-160 мкг/гр – промежуточный уровень (n=37, 13,7%), >160 – повышение (n=132, 48,7%).

ВидеокOLONоскопию (ВКС) и гистологическое исследование биопсийного материала выполняли 85 больным с повышенными значениями ФК, 3 - с промежуточными значениями и 9 - с нормальным значением данного показателя.

**Результаты.** В когорте пациентов с повышенным показателем ФК в 49,4% случаев (n=42) при ВКС были определены признаки воспалительных изменений, а у 18,8% (n=16) больных установлено наличие БК, подтвержденное гистологическим исследованием. В данной группе больных 87,5% (n=14) страдали АС, 12,5% (n=2) – ПС, у 75% (n=12) присутствовал периферический артрит, у 31,3% (n=5) энтезит, у 12,5% (n=2) увеит, 68,8% (n=11) были позитивны по HLA-B27.

У всех пациентов с промежуточным уровнем ФК при ВКС были выявлены признаки воспаления. При этом у одного HLA-B27 позитивного больного АС с периферическим артритом и энтезитом, была гистологически верифицирована БК.

Из 9 пациентов с нормальным уровнем ФК воспалительные изменения по данным ВКС выявлены у 33,3% (n=3), при этом все они носили неспецифический характер, не соответствующий критериям БК.

**Выводы.** *Выявление повышенного уровня ФК позволило верифицировать гистологически подтвержденную, ранее недиагностированную БК у 18,8% больных различными ревматическими заболеваниями (РЗ). Интересно, что все наблюдаемые с вновь выявленной БК страдали одним из заболеваний группы спондилоартритов: АС (88,2%) и ПС (11,8%), а также в большинстве случаев были позитивны по HLA-B27 (70,6%).*

## **ФЕНОТИПЫ НАРУШЕНИЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИХ АССОЦИИ С КОГНИТИВНЫМ СТАТУСОМ**

ЗЕНКИНА А.Н., ЛАПШИНА Е.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., ГАЛОЧКИН С.А.,  
КОБАЛАВА Ж.Д.

*ФГБОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) и повышение центрального артериального давления (цАД) часто сопутствуют СН, влияя на прогноз.

**Цель.** Охарактеризовать суточный профиль цАД у пациентов с СН, изучить ассоциации выявленных нарушений.

**Материал и методы.** 67 пациентам с ХСН, синусовым ритмом и анамнезом АГ (62,7% мужчин, средний возраст  $71,1 \pm 10,7$  лет) измеряли клиническое и суточное периферическое и цАД (VPLab Vasotens). Повышением цСАД считали значения выше индивидуальной нормы. Когнитивную функцию (КФ) оценивали по тесту MoCa, снижением считали  $<26$  баллов. Анализировали в подгруппах с ФВ  $<40\%$  и ФВ  $\geq 50\%$ . Статистически значимыми считали  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Контроль АД у 70,1%, частота неконтролируемой центральной АГ белого халата (цГБХ) – 7,5%, скрытой неконтролируемой центральной АГ (сцАГ) – 21,2%, изолированного повышения ночного цСАД – 10,4%. У пациентов с ФВ  $<40\%$  (40,3%) по сравнению с ФВ  $\geq 50\%$  (59,7%) были ниже цСАД (98 [93,5; 114], 114,5 [98,8; 125],  $p=0,043$ ), цПД (27 [23; 40], 37 [28; 45,3],  $p=0,031$ ) (мм рт.ст.). Повышение цСАД по сравнению с нормой ассоциировалось со снижением КФ: 18 [15; 21], 22,5 [18,3; 25] ( $p=0,003$ ). В группе с ФВ  $<40\%$  по сравнению с ФВ  $\geq 50\%$  отмечено более низкое цПД за 24 часа (34 [30; 44], 43 [33;58],  $p=0,004$ ); дневное (35 [31; 42], 42 [32; 55],  $p=0,005$ ); ночное (35 [27; 48], 45 [34; 62],  $p=0,013$ ) (мм рт.ст.) соответственно. Группы были сопоставимы по частоте цГБХ, сцАГ, ночной АГ и нон-диппингу. У пациентов с цГБХ по сравнению с группой без нее был ниже балл КФ (11 [7; 18], 21 [18; 24],  $p=0,002$ ).

**Выводы.** Пациенты с ФВ  $<40\%$  в сравнении с ФВ  $\geq 50\%$  характеризуются более низкими клиническим и суточным цАД и центральным суточным ПД. Повышение цСАД и наличие цГБХ ассоциированы с более низким баллом по МОСА.

## **ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ**

ИРКАБАЕВА М.М., МАРТЫНОВ А.Ю.

*ФГАОУ ВО РУДН имени Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Цель.** Изучить факторы риска, особенности клинического течения и прогноз у молодых пациентов с ИМ.

**Материал и методы.** В исследование включено 105 пациентов в возрасте до 45 лет с диагнозом инфаркт миокарда. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 66 (62,8%) пациентов с инфарктом миокарда с обструкцией коронарных артерий (ИМОКА), во вторую группу – 39 (37,1%) пациентов с инфарктом миокарда без обструкции коронарных артерий (ИМБОКА). Всем пациентам проведены: ЭКГ, ЭХО-КГ, 24-часовое мониторирование ЭКГ, ЭКГ высокого разрешения; исследовалась вариабельность сердечного ритма (ВРС).

**Результаты.** Классические факторы риска – артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточная масса тела регистрировались у 32 (48,5%), 14 (21,2%), 10 (15,2%) пациентов с ИМОКА, у 11 (28,2%), 6 (15,4%), 3 (7,7%) с ИМБОКА. Длительный стаж курения был у 56 (84,8%) пациентов группы ИМОКА, и у 29 (74,3%) пациентов с ИМБОКА. Среди женщин длительный стаж курения был у 100% женщин в обеих группах. Злоупотребление алкоголем встречалось у 10 (15,2%) пациентов группы ИМОКА, 13 (33,3%) пациентов группы ИМБОКА. Психоэмоциональный стресс встречался у 24 (36,4%) пациентов группы ИМОКА, 26 (66,7%) пациентов группы ИМБОКА. Нарушения ритма и проводимости выявлены у 20 (30,3%) пациентов с ИМОКА и у 23 (58,9%) пациентов с ИМБОКА. Наличие поздних потенциалов желудочков (ППЖ) выявлено у 10 (15,1%) пациентов с ИМОКА и у 16 (41%) пациентов с ИМБОКА. Вариабельность ритма сердца была снижена у 17 (25,7%) пациентов с ИМОКА и у 14 (35,8%) пациентов с ИМБОКА.

**Выводы.** Мужской пол – основной немодифицируемый фактор риска в обеих группах. Курение – основной модифицируемый фактор риска в обеих группах. Злоупотребление алкоголем встречалось чаще у пациентов группы ИМБОКА. У пациентов группы ИМБОКА чаще встречалось наличие ППЖ и снижение ВРС, что указывает на более высокий риск развития внезапной сердечной смерти у пациентов данной группы.

## **ИДИОПАТИЧЕСКАЯ НОРМОТЕНЗИВНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ С ТРИАДОЙ ХАКИМА-АДАМСА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

ИСАЕВА Т.П., БЕЛОГЛАЗОВА И.П., КАНЕЕВА И.В.

ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», г. Москва, РФ

**Введение.** Представляем клинический случай идиопатической нормотензивной гидроцефалии с классической триадой Хакима-Адамса.

**Описание случая.** Пациент Ш. 78 лет госпитализирован с жалобами на головокружение, снижение памяти, одышку при физической нагрузке. При осмотре: Сознание ясное. Грубые когнитивные нарушения, шкала Мока – 0 баллов. Ориентирован в собственной личности, в месте и времени дезориентирован. Отмечается дурашливость, благодушие, отсутствие критики к собственному состоянию. Обращает на себя внимание нарушение ходьбы с «магнитной походкой» короткими шажками, затруднением поворотов. Кроме того, выявлено недержание мочи, индифферентное отношение к произвольному мочеиспусканию. По остальным органам и системам значимых отклонений не выявлено. Предварительный диагноз: Хроническая ишемия головного мозга 2 стадии, декомпенсация с недостаточностью кровообращения в вертебробазилярной системе. Пациенту было выполнено КТ головного мозга, по данным которой выявлены признаки смешанной сообщающейся гидроцефалии. Индекс Эванса – 40% (нормальные значения для людей старше 60 лет – <30%).

На основании жалоб, физикальных данных, результатов КТ головного мозга выставлен диагноз: Идиопатическая нормотензивная гидроцефалия (синдром Хакима-Адамса).

**Заключение.** Синдром Хакима-Адамса характеризуется триадой симптомов – нарушение походки, деменция, недержание мочи. Классическая триада встречается в 1/3 случаев, у большинства пациентов с нормотензивной гидроцефалией наблюдается сочетание двух симптомов. Неспецифичность симптомов влечет за собой трудность дифференциальной диагностики, что играет роль в значительной гиподиагностике этого заболевания. Около 80% случаев при первоначальном обращении за медицинской помощью остаются нераспознанными. Изучение вопросов диагностики нормотензивной гидроцефалии актуально в практике врача-терапевта в связи с широкой распространенностью симптомов, их неспецифичностью, малой осведомленностью врачей первичного звена о данной нозологии, а также потенциальной возможностью оперативного лечения, что приводит к улучшению качества жизни пациентов и прогноза течения данного заболевания.

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 НА ТРОМБОЦИТАРНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА**

КАДНИКОВ Л.И.

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, РФ*

**Цель.** Выполнить анализ влияния полиморбидности пациентов с COVID-19 на тромбоцитарное звено системы гемостаза.

**Материал и методы.** В исследование включено 50 пациентов. Группа 1 – 9 пациентов с COVID-19 и острым коронарным синдромом (ОКС) с умеренной степенью полиморбидности, Группа 2 – 16 пациентов с COVID-19 и ОКС с высокой степенью полиморбидности, Группа 3 – 10 пациентов с ОКС без COVID-19 с умеренной степенью полиморбидности, Группа 4 – 15 пациентов с ОКС без COVID-19 с высокой степенью полиморбидности. Получено информированное добровольное согласие. Статистическая обработка проводилась в программе «Statistica 13.0.». Работа одобрена ЛЭК ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России протоколом № 9 от 22.10.2021.

**Результаты.** Количество тромбоцитов в Группе 1 составило 204,0 (194,0; 289,0)  $\times 10^9$ /л, в Группе 2 – 229,0 (188,0; 311,5)  $\times 10^9$ /л, в Группе 3 – 227,0 (220,0; 276,0)  $\times 10^9$ /л, в Группе 4 – 209,0 (193,0; 233,0)  $\times 10^9$ /л,  $p=0,495$ . Средний объем тромбоцитов – 10,8 (10,2; 11,0) фл, 10,9 (10,3; 11,9) фл, 10,0 (9,7; 10,3) фл и 10,2 (9,8; 10,7),  $p=0,006$ , соответственно. Ширина распределения тромбоцитов в Группе 1 составила 12,4 (11,7; 13,8) %, в Группе 2 – 12,5 (11,7; 14,7) %, в Группе 3 – 11,8 (11,1; 12,3) %, в Группе 4 – 12,2 (11,2; 12,7) %,  $p=0,202$ . Коэффициент больших тромбоцитов – 31,7 (26,6; 32,8) %, 31,8 (27,0; 39,8) %, 26,1 (23,8; 28,2) % и 27,4 (24,9; 31,0) %,  $p=0,053$ , соответственно. Агрегация тромбоцитов с эпинефрином – 47,0 (36,0; 56,0) % в Группе 1, 36,0 (22,0; 54,0) % в Группе 2, 17,5 (9,0; 22,0) % в Группе 3, 29,0 (15,0; 36,0) % в Группе 4,  $p=0,008$ . Агрегация тромбоцитов с аденозиндифосфатом (АДФ) и коллагеном среди исследуемых групп не различалась.

**Выводы.** Пациенты с COVID-19 и ОКС с высокой степенью полиморбидности имели больший объем тромбоцитов по сравнению с пациентами с умеренной степенью, как в группе с COVID-19 и ОКС, так и в группе пациентов с ОКС без COVID-19. Полученные данные демонстрируют явления иммуотромбоза и тромбовоспаления.

## **ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ СТЕПЕНИ КТ-4, ВЫЗВАННОЕ ВИРУСОМ SARS-COV-2: РЕЗУЛЬТАТЫ ОТДАЛЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

КОМИССАРОВА К.В., ДОРОШЕНКО Д.А., ГОРДЕЕВ И.Г., ГОДЗЕНКО А.В.

ГБУЗ «ГКБ № 15 ДЗМ», г. Москва, РФ

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Оценить отдаленные последствия поражения легких критической степени тяжести (КТ-4), вызванного вирусом SARS-CoV-2.

**Материал и методы.** Исследован 341 пациент (медиана возраста 63 (52-71) года, 173 женщины (50,7%)), выписанный из ГКБ № 15 в периоды с 04.04.2020 г. по 01.07.2020 г., с 01.10.2020 г. по 22.01.2021 г. и с 15.06.2021 г. по 28.08.2021 г. (три волны пандемии) с установленной в стационаре методом компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) степени КТ-4 высокой вероятности COVID-19. На ретроспективном этапе оценены: демографические данные, сопутствующие заболевания, течение острого периода, проводимая терапия. С исследуемыми проводились телефонные контакты. Методом Каплана-Майера изучалась годовая выживаемость. Методом бинарной логистической регрессии определялись факторы, влияющие на выживаемость. Через 6-13 месяцев после выписки 51 пациент выборки (26 (51,0%) женщин, средний возраст – 57±12 (95% ДИ: 53-60 лет)) посетил очный визит, на котором проводилось КТ ОГК, оценка одышки по шкале mMRC и иных симптомов.

**Результаты.** Все летальные исходы по любым причинам наступили в течение полугода после выписки – 52 (15,2%; 95% ДИ: 11,6-19,5). Факторы неблагоприятного прогноза: более старший возраст, коморбидная патология, наличие степени КТ-4 при поступлении в стационар, отсутствие применения ингибиторов интерлейкина-6 в остром периоде. Изменения в легких выявлены у 50 обследованных (98,0%). У 45 (88,2%) пациентов встречались линейные фиброзоподобные изменения. О симптомах, не отмечавшихся до заболевания, сообщало 42 (82,4%, 95% ДИ: 69,1-91,6) пациента. Обследованные не отмечали одышку выше степени 2 по mMRC. У пациентов с одышкой 1 и 2 степеней в 32 (100,0%) случаях выявлялись фиброзоподобные изменения, а со степенью 0 – в 13 случаях из 19 (68,4%),  $p=0,002$ . Методом многофакторного анализа подтверждена взаимосвязь линейных фиброзоподобных изменений на КТ и одышкой выше степени 0.

**Выводы.** Пациенты, перенесшие COVID-19 с КТ-4 в первые месяцы после выписки из стационара уязвимы в отношении летального исхода. У большинства наблюдались стойкие постковидные явления. Через 6-13 месяцев после выписки практически у всех пациентов определялись патологические изменения в легких, наиболее часто – линейные фиброзоподобные, наличие которых ассоциировано с усилением одышки.

## УХУДШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПОСЛЕ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ГОДОВОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

КОНТАРЕВА Н.И., ХРУЛЕВА Ю.В., АНДРИАМАНУЭРИ Р.Т., ЕФРЕМОВЦЕВА М.А., КАРАПЕТЯН Л.В., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.  
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Цель.** Проанализировать частоту, факторы риска неблагоприятных почечных исходов в течение года после острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН).

**Материал и методы.** Включено 108 пациентов с ОДСН. Критерии исключения: терминальная хроническая болезнь почек (ХБП)/СН. Комбинированная конечная точка: прогрессирование стадии ХБП/ развитие ХБП de novo /снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ)  $>5$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> в течение года наблюдения. Проводилось физическое, лабораторное (NT-proBNP, альбумин/креатининурия), инструментальное (протокол VExUS) обследования. Использовались критерии KDIGO для острой болезни почек (ОБП), ХБП.

**Результаты.** 60% (n=64) мужчины, средний возраст 71 (61; 75) лет, фракция выброса левого желудочка 45 (35; 53) %, артериальная гипертензия 92% (n=99), сахарный диабет 35% (n=38), ХБП 26% (n=28).

Частота наступления комбинированного почечного исхода – 42%. Прогрессирование стадии ХБП – 29% (n=13), ХБП de novo – 46% (n=21), снижение СКФ – 49% (n=22), изолированное снижение СКФ – 25% (n=11).

Пациенты, достигшие комбинированной конечной точки, были старше 73 (66; 76) vs 69 (58; 74) лет,  $p=0,013$ , чаще имели ХБП до госпитализации 53% (n=24) vs 6% (n=4),  $p < 0,001$ , госпитальную ОБП 42% (n=19) vs 16% (n=10),  $p=0,002$ , больший застой при выписке (NT-proBNP 1448 (781; 1963) vs 946 (260; 1593) пг/г,  $p=0,05$ ; наличие венозного застоя 38% vs 14%,  $p=0,005$ ) по сравнению с пациентами со стабильной функцией почек. По остальным показателям группы сопоставимы.

По данным логистической регрессии факторами неблагоприятного почечного прогноза являлись: возраст ОР – 1,1; ДИ 1-1,1,  $p=0,017$ , мочевины  $>8,3$  ммоль/л ОР – 3,1; ДИ 1-9,  $p=0,037$ , госпитальная ОБП ОР – 3,6; ДИ 1,3-10,  $p=0,017$ , суточная доза петлевого диуретика (поступление)  $>80$  мг ОР – 3,7; ДИ 1,2-11,  $p=0,019$ , мочевины  $>360$  мкмоль/л ОР – 4,1; ДИ 1,4-12,  $p=0,009$ , NT-proBNP  $>450$  пг/г (выписка) ОР – 4,2; ДИ 1,2-15,  $p=0,025$ , суточная доза петлевого диуретика (выписка)  $>40$  мг ОР – 4,2; ДИ 1,3-13,  $p=0,012$ , застой по VExUS ОР – 5,5; ДИ 1,5-20,  $p=0,008$ , анамнез ХБП ОР – 8,7; ДИ 2,2-35,  $p=0,002$ .

**Выводы.** У 42% пациентов после ОДСН отмечалось прогрессирование или развитие de novo ХБП/ снижение СКФ  $>5$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> за год. Наиболее значимыми факторами риска были ХБП в анамнезе, степень застоя.

## **ГИПЕРГЛИКЕМИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У ЛИЦ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ РАКОМ И БЕЗ УСТАНОВЛЕННОГО ДИАГНОЗА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ**

КОСИМОВ О.У., МОРГУНОВ Л.Ю., БАХОДИРОВ Б.Б.

*ФГБОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

*ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ», г. Москва, РФ*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии и трансфузиологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель.** Проанализировать изменения уровня глюкозы в интерстициальной жидкости в период применения глюкокортикоидов у пациентов, не страдающих сахарным диабетом, получающих химиотерапию по поводу гематологических злокачественных новообразований.

**Материал и методы.** Проведено проспективное пилотное исследование для оценки уровней глюкозы в интерстициальной жидкости у 15 пациентов без сахарного диабета со злокачественными новообразованиями системы кровообращения, которые получали глюкокортикоиды в комбинации с химиотерапией. Исследование было проведено в больнице «Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo». Система флеш-мониторинга использовалась в течение 14 дней для измерения уровня глюкозы в интерстициальной жидкости. Средний возраст и индекс массы тела составили 53 (42; 61) года и 25 (23; 28) кг/м<sup>2</sup> соответственно.

**Результаты.** Уровни глюкозы в интерстициальной жидкости >180 мг/дл (9,99 ммоль/л) продолжительностью не менее одного часа были обнаружены у 60% участников. Параметры профиля интерстициальной глюкозы (медианный и пиковый уровни интерстициальной глюкозы и процент времени, в течение которого уровни интерстициальной глюкозы составляли >180 мг/дл = 9,99 ммоль/л) были значительно ( $p < 0,01$ ) выше во время приема глюкокортикоидов (115 мг/дл = 6,4 ммоль/л, 218 мг/дл = 12,1 ммоль/л и 10% соответственно), чем после отмены глюкокортикоидов (97 мг/дл = 5,4 ммоль/л, 137 мг/дл = 7,6 ммоль/л и 0% соответственно). Средние уровни глюкозы в интерстициальной жидкости повышались днем и ночью во время приема глюкокортикоидов.

**Вывод.** В данном исследовании в котором оценивались уровни глюкозы в интерстициальной жидкости у лиц, не страдающих диабетом, с помощью флеш-мониторинга глюкозы было обнаружено, что применение глюкокортикоидов во время химиотерапии значительно повышает уровень глюкозы в интерстициальной жидкости у этих пациентов.

## **COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА**

КУЛИКОВ А.Н., МУРАВЬЕВА Н.В., БЕЛОВ Б.С.  
*ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, РФ*

**Цель.** Изучить факторы риска госпитализации больных ревматическим заболеваниями (РЗ) с COVID-19, а также возможность применения вакцины Гам-КОВИД-Вак у этих пациентов.

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезни 464 пациентов (женщин – 372, мужчин – 92, средний возраст  $48,6 \pm 13,9$  лет), в том числе с воспалительными заболеваниями суставов 254, системными заболеваниями соединительной ткани – 157, системными васкулитами – 53. 138 больных были госпитализированы в инфекционный стационар по поводу COVID-19, 326 получали лечение амбулаторно. Изучали влияние демографических показателей, типа РЗ, сопутствующих заболеваний и приема иммуносупрессивных препаратов на риск госпитализации с COVID-19.

Эффективность вакцины Гам-КОВИД-Вак оценивали у 291 больного РЗ (221 женщина, 70 мужчин, средний возраст –  $49,3 \pm 15,1$  лет) по частоте случаев COVID-19, подтвержденных методом ПЦР, в период от 31 до 365 дней после вакцинации. Безопасность иммунизации оценивали на группе из 337 пациентов (женщин – 254, мужчин – 83, средний возраст  $49,1 \pm 15,3$  лет) по частоте нежелательных явлений (НЯ) и обострений РЗ.

**Результаты.** Возраст старше 60 лет, гипертоническая болезнь, ожирение, заболевания легких, хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет повышают риск госпитализации больных РЗ с COVID-19 в 3-5 раз. Прием микофенолата мофетила, ритуксимаба или глюкокортикоидов, в том числе в дозе  $\geq 10$  мг в сутки по преднизолону, приводит к нарастанию риска госпитализации в 1,5-4,5 раза.

После вакцинации COVID-19 диагностирован у 29 (10%) больных; 2 пациентам потребовалась госпитализация, у остальных отмечено легкое течение. Какие-либо НЯ легкой или умеренной степени тяжести после введения первого компонента вакцины зарегистрированы у 51% пациентов, второго – у 39%. Поствакцинальное обострение РЗ зафиксировано в 2 (0,6%) случаях. Какие-либо аутоиммунные феномены в поствакцинальном периоде не зарегистрированы ни у одного пациента.

**Выводы.** Согласно полученным результатам, проблема COVID-19 является значимой для пациентов с РЗ. Применение вакцины Гам-КОВИД-Вак у этих пациентов характеризуется достаточной эффективностью и безопасностью.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОЯ И ПРИЗНАКОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ

ЛАПШИНА Е.А., ЗЕНКИНА А.Н., ТРОИЦКАЯ Е.А., КОБАЛАВА Ж.Д., ЛАПШИН А.А., ГАЛОЧКИН С.А.

ФГБОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Цель.** Оценить частоту гиперурикемии (ГУ) и ее связь с параметрами застоя и ремоделирования сердца у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности (ОДСН).

**Материал и методы.** Наличие застоя оценивали по клиническим признакам и инструментальным данным: векторный биоимпедансный анализ (z-импеданс), УЗИ лёгких (В-линии), фиброэластометрия печени и УЗ оценка по протоколу VexUs.

Ремоделирование сердца оценивали при ЭХО-КГ. Под ГУ понимали мочевую кислоту (МК)  $\geq 360$  мкмоль/л;  $p < 0,05$  считали значимым.

**Результаты.** Включены 409 пациентов (58% мужчин,  $70,3 \pm 12,5$  лет, АГ у 92,4%, СД у 33,6%, ФВ 45% (35; 55), NTproBNP 1700 (756,1; 21293,1) пг/мл); СНнФВ 41,3%, СНунФВ 17,4%, СНсФВ 41,3%), ГУ у 297 (72,6%): бессимптомная у 96%, подагра у 4%. Медиана МК при ГУ составила 504,5 (431; 598) мкмоль/л, при нормурикемии – 302,4 (257,5; 323,9) мкмоль/л. У пациентов с ГУ по сравнению с нормурикемией был выше креатинин, ниже рСКФ (112 (92,8; 135,4) против 88 (73,7; 103) мкмоль/л и 51 (40,5; 63) против 63,5 (52,5; 79,3) мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> соответственно), выше общий и прямой билирубин (21,5 (14,2; 27,8) против 14,3 (10,5; 23,3) мкмоль/л и 6,6 (3,5; 10,1) против 3,6 (2,1; 6,3) мкмоль/л соответственно),  $p < 0,05$  для всех, ниже ФВ (44% (32; 54) против 50% (39; 55),  $p=0,008$ ), выше NTproBNP (1870 (923,5; 3346,5) против 1248 (437; 2327) пг/мл,  $p=0,004$ ). Не выявлено различий по частоте клинических признаков застоя. При ГУ были больше плотность печени (12,7 (7,1; 25,1) против 7,2 (5,3; 15,4) кПа,  $p < 0,001$ ), диаметр нижней полой вены (НПВ) (2,3 (2,3; 15,4) против 2 (1,7; 2,4) см,  $p=0,001$ ), количество В-линий (25 (10; 41) против 14 (5,3; 31,5),  $p=0,01$ ) и меньше z-импеданс (457 (389,5; 507,5) vs 489,5 (402,8; 561,6) Ом/м), более выражены признаки ремоделирования (табл.1). Уровень МК коррелировал с ФВ ( $r=0,35$ ), NTproBNP ( $r=0,27$ ), плотностью печени ( $r=0,36$ ), диаметром НПВ ( $r=0,25$ ), z-импедансом ( $r=-0,28$ ), количеством В-линий ( $r=0,18$ ), КДРЛЖ ( $r=0,32$ ), КСО и КДОЛЖ ( $r=0,28$  и  $0,24$ ), ИММЛЖ ( $r=0,18$ ), объемом ЛП ( $r=0,38$ ), поперечным и продольным размерами ПП ( $r=0,29$  и  $r=0,16$ ).

Эхокардиографические показатели у больных СН в зависимости от ГУ.

Параметр	Гиперурикемия	Нормурикемия	$p$
КДР, см	5,3 (4,6; 6,1)	4,9 (4,4; 5,5)	0,01
КДО, мл	128 (91,5; 180)	100 (70; 116)	0,03
КСО, мл	72,5 (44,8; 124,3)	47 (34; 68)	0,04
ИММЛЖ, г/м <sup>2</sup>	140 (106,5; 163,9)	121,1 (105,8; 134,2)	0,03
ПЗР ЛП, мл	4,6 (4,2; 5,1)	4,4 (4; 4,8)	0,01
ОЛП, см	96 (74; 132)	63 (55; 94)	0,01
Поперечный размер ПП, см	3,9 (3,3; 4,4)	3,5 (2,4; 3,8)	0,03
Продольный размер ПП, см	6 (5,3; 6,7)	5,4 (4,8; 5,9)	0,01

**Вывод.** У пациентов, госпитализированных с ОДСН, ГУ – маркер более выраженного ремоделирования сердца и системного и легочного застоя по инструментальным данным.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СТРУКТУРЫ И УРОВНЯ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ ИЛИ COVID-19 НА РИСК РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

МАЙОРОВ В.А., МАЙОРОВ А.А., КУРНИКОВА И.А., МЕЛЕШКЕВИЧ Т.А., ЗАВАЛИНА М.А.

ФГБОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ

**Цель.** Провести корреляционный анализ с оценкой влияния структуры и уровня коморбидности у пациентов с COVID-19 на риск развития хронической болезни почек (ХБП) на этапе госпитализации.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных временного инфекционного госпиталя «Сокольники» на базе ГКБ им. Ф.И. Иноземцева. Анализ охватил период с 1 января по 31 декабря 2020 г. Из 9971 госпитализированного пациента с COVID-19 диагноз ХБП был впервые установлен у 155 (1,5%). Программы статистического анализа - Microsoft Excel, Word и IBM SPSS Statistics. Стадии ХБП определяли в соответствии с Клиническими рекомендациями МЗ РФ (2021 г.), уровень коморбидности - по шкале CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). Группа сравнения - пациенты старше 60 лет с COVID-19 без ХБП (1227 чел.).

**Результаты.** Среди пациентов с ХБП (n=155) было 42,6% мужчин и 57,4% женщин, средний возраст -  $62,7 \pm 3,8$  года. У 73 пациентов (47,1%) диагностирована стадия С2, у 57 (36,8%) – С3а, и у 4-х пациентов (2,6%) – С3б.

У пациентов с ХБП среднее значение показателя CIRS составило  $1,43 \pm 0,87$ , у пациентов без диагностированной ХБП, средний показатель CIRS составил  $1,71 \pm 0,73$ , но различия оказались незначимы ( $p > 0,05$ ). Определяющим фактором был не уровень, а структура коморбидности. Дополнительный анализ показал, что у пациентов с развившейся ХБП на фоне COVID-19 значительно чаще наблюдались сердечно-сосудистые заболевания (98,7% против 89,8%), что подтверждает связь между сердечно-сосудистыми заболеваниями и ХБП, которая усиливается на фоне острой инфекции и повреждения иммунной системы. У пациентов без ХБП чаще отмечались заболевания крови (52,3%) и ХОБЛ (47,1%).

**Выводы.** У пациентов с ХБП на фоне COVID-19 отмечен более высокий уровень коморбидности только по сердечно-сосудистым заболеваниям, а провоцирующим фактором, усиливающим кардиоренальный континуум, является острая вирусная инфекция с повреждением иммунной системы (COVID-19). Несмотря на то, что показатель CIRS немного выше у пациентов без ХБП, вариативность показателей важна для интерпретации, так как более низкое стандартное отклонение у пациентов с ХБП может свидетельствовать о специфическом распределении коморбидности в этой группе.

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК, БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

МИСАН И.А., АРИШЕВА О.С., ГАРМАШ И.В., КОНТАРЕВА Н.И., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.

*ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, РФ*

**Цель.** Изучить функциональное состояние почек, значения мочевой кислоты, а также некоторые показатели воспаления у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** Включено 418 пациентов с ХСН (55,3% мужчин, средний возраст  $71,5 \pm 11,9$  лет, медиана продолжительности ХСН составила 2,0 [1,0; 5,0] года, ФВ ЛЖ 45 [35; 54] %). Всем пациентам проводилось стандартное лабораторно-инструментальное обследование. Для выявления стеатоза проводилось ультразвуковое исследование брюшной полости, с целью оценки степени стеатоза выполняли транзитную эластометрию на аппарате FibroScan® 502 touch (Echosens, Франция). Бессимптомной гиперурикемией считали повышение уровня мочевой кислоты  $>360$  ммоль/л у женщин,  $>420$  ммоль/л у мужчин. Рассчитывали следующие индексы воспаления: нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ), тромбоцитарно-лимфоцитарный индекс (ТЛИ), системный иммуновоспалительный индекс (СИВИ).

**Результаты.** Пациенты с ХСН были разделены на 2 группы: 1-я – 118 пациентов (28,2%) с ХСН и НАЖБП, 2-я – 300 (71,8%) с ХСН без НАЖБП. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ)  $<60$  мл/мин определялось в обеих группах у  $>60\%$  обследованных, не выявлено достоверных различий между группами в отношении частоты и степени этого снижения ( $p > 0,05$ ). В группе с НАЖБП регистрировались достоверно более высокие уровни мочевой кислоты ( $698 \pm 180$  ммоль/л против  $489 \pm 173$  ммоль/л), более частая бессимптомная гиперурикемия (98,1% против 72,3%,  $p = 0,003$ ) по сравнению с группой без НАЖБП. В ходе изучения индексов системного воспаления обнаружено, что в группе с НАЖБП наблюдались достоверно более высокие значения НЛИ (3,4 [2,4; 5,3] против 2,1 [1,6; 3,5]), ТЛИ (166 [127; 243] против 125 [88; 185]), СИВИ (779 [444; 1099] против 510 [344; 759]) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** *Снижение фильтрационной функции почек отмечено более чем у половины пациентов с ХСН независимо от НАЖБП, в то время как бессимптомная гиперурикемия достоверно чаще встречалась у пациентов с ХСН и НАЖБП. В группе с НАЖБП наблюдались достоверно более высокие значения индексов системного воспаления (НЛИ, ТЛИ, СИВИ).*

## ГИПЕРУРИКЕМИЯ «СЕРЕБРЯНОГО ВОЗРАСТА»: ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ СЫВОРОТКИ НА ОСНОВНЫЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

ОБЪЕДКОВ Р.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Изучить влияние гиперурикемии (ГУ) на течение основных гериатрических синдромов (саркопения, старческая астения, деменция, депрессия, остеопороз), а также оценить взаимосвязь ГУ между ними у пациентов старшего и пожилого возраста.

**Материал и методы.** В одноцентровое одномоментное исследование включено 92 пациента (18 мужчин (19,8%) со средним возрастом  $70,1 \pm 7,9$  лет и 73 женщины (80,2%) со средним возрастом  $70,8 \pm 7,8$  лет) в период с октября 2023 по май 2024 гг. Пациентам старше 60 лет, госпитализированным в эндокринологическое отделение ГКБ им. В.М. Буянова, в связи с декомпенсацией углеводного обмена, при поступлении проводилось выявление синдрома старческой астении по опроснику «Возраст не помеха», пациентам, получившим 3 и более балла, проводилась оценка основных гериатрических синдромов: саркопения диагностировалась по данным консенсуса ESWOG 2, риск падений по шкале Морзе, депрессия при помощи гериатрической шкалы депрессии, деменция по критериям краткой шкалы оценки психического статуса MMSE, остеопороз по результатам денситометрии, а синдром мальнутриции оценивался по шкале MNE.

Статистический анализ осуществлялся с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 23.0.

**Результаты.** В группе пациентов с ГУ (41 чел., 45% от общего количества) отмечались значимые различия (здесь и далее результаты представлены в виде средней и стандартного отклонения) данных SPPB-теста ( $5,9 \pm 0,3$  и  $6,7 \pm 0,2$  балла,  $p=0,022$ ), шкалы риска падений Морзе ( $66 \pm 3$  и  $52,2 \pm 2,7$  балла,  $p=0,001$ ), гериатрической шкалы депрессии ( $4 \pm 0,4$  и  $1,3 \pm 0,3$  балла,  $p=0,0001$ ) и краткой шкалы оценки психического статуса MMSE ( $21,5 \pm 0,6$  и  $23,7 \pm 0,5$  балла,  $p=0,005$ ). Различий результатов опросника SARC-F, показателей динамометрии, а также минеральной плотности костной ткани получено не было. Кроме этого, были установлены статистически значимые прямые корреляционные связи значений МК с результатами динамометрии левой и правой руки  $r=0,325$ ,  $p=0,002$  и  $r=0,261$ ,  $p=0,012$  соответственно; шкалой риска падений Морзе  $r=0,301$ ,  $p=0,004$ ; краткой шкалы оценки психического статуса MMSE  $r=0,208$ ,  $p=0,047$ ; гериатрической шкалы депрессии  $r=0,443$ ,  $p=0,0001$ .

**Вывод.** Повышенные значения мочевой кислоты сыворотки ассоциированы с более тяжелым течением гериатрических синдромов (саркопении, увеличением риска падений, депрессии и когнитивных нарушений).

## **ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АМЛОДИПИНОМ/ПЕРИНДОПРИЛОМ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО ФЕНОТИПА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

ПРИБЫЛОВ В.С., МАЛЬ Г.С., ПРИБЫЛОВА Н.Н., ЛЕОНИДОВА К.О., ПРИБЫЛОВ С.А.  
*ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, РФ*

**Цель.** Изучить влияние амлодипина/периндоприла на артериальную и легочную гипертензию, сосудистую жесткость у больных ИБС, АГ в сочетании с ХОБЛ, эмфизематозным вариантом, при комплексной терапии и после коронарного стентирования.

**Материал и методы.** Обследованы 116 пациентов, мужчины, курильщики (97%), 1 группа (n=45) с ИБС ПИКС (35%) с АГ, эмфизематозным типом ХОБЛ I-III ст. после КАГ, коронарного стентирования. 2 группа (n=36) идентичной патологией получала только консервативную терапию. 3 группа сравнения (n=35) ИБС, АГ без ХОБЛ. Пациенты принимали после КАГ базисную терапию ИБС, для лечения АГ назначен амлодипин/периндоприл в дозе 10/10 мг сроком на 3 месяца. В терапии ХОБЛ применяли ингаляции беродуалом, тиотропия бромидом, кислород с помощью концентраторов. Использовалась статистика 10. Определялись параметры сосудистой жесткости объемной сфигмографией, ЭХОКГ, СДЛА, эндотелинзависимая вазодилатация, эндотелин-1.

**Результаты.** Через 3 месяца у пациентов 1 группы нормализовалось АД с  $172\pm 3,8$  до  $115\pm 2,3$  мм рт.ст., снизилась СРПВ с  $12,4\pm 0,6$  до  $7,8\pm 0,2$  м/с, во 2 группе с  $9,2\pm 0,3$  до  $7,8\pm 0,2$  м/с ( $p < 0,01$ ), уменьшился индекс аугментации в 1 группе с  $1,7\pm 0,04$  до  $1,0\pm 0,02$ , в 3 группе с  $1,3\pm 0,01$  до  $1,1\pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ). Улучшилась проходимость дыхательных путей: ОФВ1 с 58 до 79%, ФЖЕЛ с 70 до 82%, СДЛА – депрессия с  $38\pm 4,2$  до  $22\pm 1,1$  мм рт.ст. в 1 группе ( $p < 0,001$ ), в 3 группе с  $28\pm 2,2$  до  $24\pm 1,2$  мм рт.ст. Недостаточная вазодилатация плечевой артерии снизилась в 1 группе с 81 до 22%, в 3 группе с 62 до 10% ( $p < 0,001$ ), во 2 группе без КС сохранялась у 48% больных, эндотелин  $2,5\pm 0,02$  фмоль/л, в 1 группе после КС эндотелин снизился с  $3,8\pm 0,03$  до  $0,28\pm 0,01$  фмоль/л ( $p < 0,001$ ).

**Вывод.** *В терапии пациентов ИБС, АГ, ХОБЛ I-III ст. эмфизематозный вариант, необходимо использовать амлодипин/периндоприл, что способствует снижению жесткости сосудов, нормализации СРПВ, АГ, цСАД, цПАД, САД, СДЛА, уменьшению показателей ФВД, количества приступов стенокардии, особенно после КС.*

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ПРИСЕКО Л.Г.

*ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток, РФ*

**Цель.** Изучить возможности улучшения инструментов прогнозирования кардиоваскулярных заболеваний у условно-здоровых лиц.

**Материал и методы.** Перед началом обследования респондентами было дано информированное добровольное согласие. Обследуемые (153 человека, медиана возраста составила 43 [32; 51] года), соответствующие критериям включения, заполняли анкетные данные. Проводилась антропометрия с подсчетом индекса массы тела, измерение артериального давления и пульса, забор крови натошак для последующего расширенного биохимического анализа, спирометрия без проведения пробы с бронхолитиком (с подсчетом отношения объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ)). Кардиоваскулярный риск (КВР) рассчитан по шкале Framingham-30, которая подходит для расчета рисков у молодых лиц. Проводился статистический анализ полученных количественных и категориальных данных. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Выявлены достоверные прямые корреляционные связи между весом, окружностями талии и бедер и ФЖЕЛ, ОФВ1, что говорит о возможном вкладе потери массы тела при ее исходных нормальных значениях в ухудшение показателей воздушного потока. Обнаружены достоверные ( $p < 0,001$ ) прямые корреляционные связи: наличие и прогрессирование гипергликемии, гиперурикемии и воспалительного компонента способно повышать риски развития КВЗ у бессимптомных лиц. Проведенный корреляционный анализ взаимосвязей значения риска по шкале Framingham-30 и показателями спирометрии (ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ, максимальная объемная скорость при выдохе 75% ФЖЕЛ) демонстрирует наличие достоверных ( $p < 0,05$ ) обратных связей, что позволяет сделать вывод о связи повышенного рисков с угнетением функции внешнего дыхания.

**Вывод.** *Учитывая данные спирометрии в комплексе с другими предикторами (антропометрическими, биохимическими) и дополнив известные прогнозные шкалы возможно улучшить качество оценки рисков возникновения кардиоваскулярной патологии, которая занимает одну из ведущих позиций в структуре заболеваемости и смертности трудоспособного населения.*

## ПРОВЕДЕНИЕ УГЛУБЛЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РОССИИ В 2022 И 2023 ГОДАХ

РАКОВСКАЯ Ю.С., ДРОЗДОВА Л.Ю., ДРАПКИНА О.М.  
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, РФ

**Цель.** Провести анализ выполнения плана проведения углубленной диспансеризации (УД), частоты направления на 2 этап и его завершения по Российской Федерации в 2022 и 2023 гг.

**Материал и методы.** Анализ произведен на основании данных отчетной формы, разработанной при участии экспертов ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. Сбор формы осуществлялся в 85 субъектах РФ и велся в рамках деятельности территориальных органов Росздравнадзора и при непосредственном участии главных внештатных специалистов по медицинской профилактике Минздрава России.

**Результаты.** В 2022 г. на территории страны выполнение плана УД достигло 72,6%, в 2023 году – 99,7%.

Распределение обследованных по группам приоритета в 2022 г. соответствовало следующим значениям: 1 группа – 26%, 2 группа – 59,5%, оставшаяся группа составила 14,5%. В 2023 году доля граждан, прошедших УД и относящихся к 1 группе составила 24,6%, доля 2 группы оказалась на 19,8% меньше, чем в 2022 г., и составила 47,7%. Оставшаяся группа в 2023 г. составила 27,6%, что на 90,3% выше, чем за предыдущий год. В 2022 г. направление на 2 этап УД составило 13,2%, что на 18,9% больше, чем в 2023 г. (10,7%). В оба года чаще всего направлялись на 2 этап УД пациенты, относящиеся ко 2 группе приоритета (в 2022 году – 45,5%, в 2023 – 38,8%). В 2022 г. доля граждан 1 группы составила 34,8%, а остальные пациенты – 19,7%, в 2023 г. частота направления в этих группах была приблизительно одинаковой (31,6% и 29,8% соответственно).

Завершили 2 этап УД в 2022 и 2023 г.г. приблизительно одинаковая доля пациентов из числа направленных (78,1% и 72,2%). В оба года чаще всего завершали 2 этап УД пациенты из 2 группы приоритета: в 2022 г. 46,9%, в 2023 – 38,8%. Однако в 2022 г. доля завершивших из числа 1 группы была выше, чем среди остальной группы пациентов (32,7% и 20,4% соответственно), в 2023 г. – превалировала остальная группа (31,4%) против 1 группы (29,9%).

**Вывод.** *Результаты УД связаны как с наличием ограничений проведения профилактических мероприятий в отдельных субъектах РФ, так и тяжестью течения новой коронавирусной инфекции в определенный период, что определяет частоту обращения граждан за оказанием медицинской помощи в случае заболевания.*

## ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

РЕБРОВСКАЯ М.М., ЕФРЕМОВА Е.В., ШУТОВ А.М., СЕРЕБРЯКОВА Т.А.  
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, РФ  
ГУЗ «ГКБ св. ап. Андрея Первозванного», г. Ульяновск, РФ

**Введение.** Артериальная гипертензия (АГ) при беременности – одна из самых частых экстрагенитальных патологий, представляющих опасность для здоровья беременной и плода, повышая риск осложнений периода гестации и родов. Кроме того, АГ повышает сердечно-сосудистые риски в отдаленном прогнозе, поэтому актуальным является вопрос её рациональной терапии. Однако, в реальной клинической практике ведение беременных с АГ вызывает затруднения, особенно у начинающих специалистов-терапевтов.

**Описание случая.** На приёме у врача-терапевта беременная К., 34 лет, беременность вторая, 28 недель. Предыдущие беременность, роды и послеродовый период – без осложнений. С 16 недели отмечает эпизоды повышения АД до 145/90 мм рт.ст., самостоятельно принимала метилдопа 250 мг нерегулярно. До беременности привычное АД 120/80 мм рт.ст., однако также отмечала редкие подъемы до 140/90 мм рт.ст. (за медицинской помощью не обращалась, лечения не получала). Вредные привычки и прием других лекарственных препаратов отрицает. Диагностический поиск исключил наличие поражения органов-мишеней. С учетом подъемов АД до 20 недели у пациентки хроническая форма АГ, прием метилдопы 250 мг показан при повышении АД  $\geq 150$  и/или 95 мм рт.ст. Даны рекомендации: контроль АД с ведением дневника, мягкая дыхательная гимнастика ежедневно, дозированная физическая нагрузка. На приеме через месяц: данные исследований соответствуют физиологии беременности. Женщина отмечает улучшение самочувствия, отсутствие повышения АД с необходимостью приема препаратов. Пациентке разъяснены ситуации, когда необходимо обратиться к врачу.

**Заключение.** *Согласно актуальным клиническим рекомендациям по терапии АГ у беременных немедленное начало медикаментозной терапии показано не всем и зависит от формы АГ и стадии. Корректный выбор тактики ведения особенно важен в связи с риском опасного влияния гипотензивных препаратов на течение беременности и состоянии маточно-плацентарного кровотока. Продемонстрирована возможность контроля АД у беременных без медикаментозной терапии при проведении корректной диагностики (исключения поражения органов-мишеней и наличия ассоциированных клинических состояний) и соблюдении принципов немедикаментозной коррекции АГ.*

## СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

РЫЖОВ А.В., МЯКУШИН С.С., ШУТОВ М.В., ВЛАСОВА Т.И.  
ФГБОУ ВО МГУ им. Н. П. Огарева, г. Саранск, РФ

**Цель.** Изучить состояние сосудистой стенки у молодых мужчин с избыточной массой тела при помощи метода фотоплетизмографии (ФПГ).

**Материал и методы.** Для оценки состояния сосудистой стенки использовался метод фотоплетизмографии (ФПГ). Время записи 2 минуты. Для записи показателей использовалось отечественное оборудование AngioCode-301 с программным обеспечением «AngioCode Professional». Методом рандомизации с учетом значений индекса массы тела (ИМТ) из общей выборки отобрано 80 мужчин (средний возраст  $20,0 \pm 0,1$ ). Мужчины были разделены на две группы: контрольная группа – 47 мужчин с нормальной массой тела, и основная группа – 33 мужчины с избыточной массой тела и ожирением I степени. Статистический анализ проводился при помощи программы Microsoft Excel 2010. Для параметрического анализа использовался t-критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** По данным антропометрии площадь поверхности тела у мужчин в основной группе на 13,5% выше, чем у мужчин из контрольной группы ( $p < 0,001$ ); окружность талии и бедер у мужчин с избыточной массой превышала контроль на 20,1% и 14,1% ( $p < 0,001$ ) соответственно. Показатели артериального давления (АД) и ЧСС не выявляли достоверных отличий между группами, процент лиц с артериальной гипертензией (АГ) в группах был сопоставим. При этом оценка данных ФПГ у мужчин выявила, что индекс наполнения пульса (ИНП) у мужчин с избыточной массой тела выше на 72,3%, чем у мужчин с нормальной массой тела ( $p < 0,05$ ). Также изменялись скоростные характеристики микрогемодинамики: момент наибольшей скорости изменения кровенаполнения капилляров пальца (TdVMax) у мужчин из основной группы был ниже на 11,8%, чем у мужчин из контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** При избыточной массе тела у молодых мужчин состояние сосудистой стенки не отличается от референсных значений, что связано с состоятельностью систем компенсации. Показатель среднего АД у молодых мужчин с избытком массы тела значимо не коррелировал с параметрами пульсовой волны и состояния сосудистой стенки, что свидетельствует о вторичности изменений данных характеристик в патогенезе АГ у этого контингента лиц.

## ВАЛИДАЦИЯ АНКЕТЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА И СВЯЗАННЫХ С НИМ СОСТОЯНИЙ

САВИНА А.Д., ГЕОРГИНОВА О.А., ГАББАСОВА Л.А., КРАСНОВА Т.Н.

МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва, РФ

**Цель.** Валидация и апробация опросника для выявления факторов риска суставной патологии и связанных с этим состояний.

**Материал и методы.** В работе использовалась анкета, разработанная в МГУ им. М.В. Ломоносова: «Анкета для выявления факторов риска суставного синдрома и связанных с ним состояний с использованием Визуализации» (АРТРОВИЗ). На первом этапе работы проводили оценку лицевой валидности тест-версии опросника в фокус-группе респондентов (n=20), пришедших на диспансеризацию в МНОЦ МГУ. По результатам оценки были выявлены сложные для понимания вопросы и внесены первичные исправления в формулировки 10 вопросов. На втором этапе работы в опросе участвовал 41 респондент, наблюдающийся у врача-ревматолога. На третьем этапе в опросе участвовали 828 респондентов, проходивших плановую диспансеризацию. После второго и третьего этапа оценивалась надежность анкеты, лицевая и дискриминативная валидности, проводилось определение чувствительности и специфичности опросника, а также выбор порогового значения по методу ROC-кривых.

**Результаты.** При оценке лицевой валидности количество пропущенных ответов на всем массиве анкеты составило 3,4%, полностью на все вопросы ответили 62,9% респондентов. Продемонстрирована хорошая дискриминативная валидность опросника. Надежность опросника (коэффициент  $\alpha$ -Кронбаха), составила 0,798. При построении ROC-кривой выявлено высокое соответствие между результатом анкетирования и наличием ревматологического заболевания: площадь под кривой (AUC) составила 0,884. Выбрано оптимальное пороговое значение – 10 баллов, которое позволит определить наличие суставного синдрома или повышенный риск его развития при прохождении анкеты.

**Выводы.** Проведена апробация и стандартизация анкеты по выявлению факторов риска суставного синдрома и связанных с ним сопутствующих состояний. Валидность и надежность анкеты, а также чувствительность и специфичность для выбранного порогового значения были оценены положительно. Анкета может использоваться как для самодиагностики, так и во время приема врача общей практики, что позволит сократить время на общие вопросы, и сконцентрироваться на детальном расспросе и осмотре пациента. Это, в свою очередь, уменьшит задержку в оказании первичной помощи, будет способствовать своевременной маршрутизации пациента к врачу-ревматологу.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В ЯРОСЛАВСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

САМАРИНА Е.И., РОМАЩЕНКО О.В.

ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, г. Ярославль, РФ

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, РФ

**Цель.** Определить доминирующий тип и параметры образовательной среды (ОС) в Ярославском государственном медицинском университете (ЯГМУ) с точки зрения ректора, представителя администрации, преподавателей и студентов.

**Материал и методы.** Диагностику ОС проводили по методу Ясвина В.А. (2001) путём анкетирования ректора, представителя администрации, преподавателей различных дисциплин (n=6) и студентов (n=37) с применением ряда валидизированных опросников. Материалы обрабатывали статистически.

**Результаты.** При детальном анализе мнения различных субъектов образовательного процесса обнаружена их неоднозначная позиция в отношении определения типа образовательной среды в ЯГМУ: с точки зрения ректора и представителя администрации в вузе доминирует творческая среда (коэффициент модальности (КМ) составил 1,3), с точки зрения преподавателей – карьерная (КМ=1,0), а с точки зрения студентов – догматическая среда (КМ=0,9).

Обнаружены также различия в количественных параметрах оценки ОС в ЯГМУ: максимально ВУЗ оценивают ректор и представитель администрации, которые открывают перспективы развития образовательного учреждения, преподаватели занимают промежуточное значение, а студенты оценивают его гораздо скромнее, ощущая внешнее давление и авторитарность учреждения. Получены следующие характеристики ВУЗа с точки зрения ректора, представителя администрации, преподавателей и студентов: широта 7,0-3,1-3,4-1,6 баллов; интенсивность 10,0-3,9-3,2-3,9 баллов; осознаваемость 8,1-5,3-2,7-2,2 баллов; обобщённость 11,7-10,7-4,8-3,0 баллов; эмоциональность 3,5-2,2-1,2-0,9 баллов; доминантность 13,0-8,5-6,1-3,1 баллов; когерентность 5,0-5,1-3,0-2,0 баллов.

**Выводы.** Образовательная среда в ЯГМУ представляется различной для формирующих ее субъектов. Наилучшим образом её оценивают ректор и представитель администрации, характеризуя как творческую, наполненную активностью и перспективой развития, преподаватели оценивают образовательную среду в вузе как карьерную, а студенты как догматическую.

## ВКЛАД ИММУННЫХ И НЕИММУННЫХ МЕХАНИЗМОВ В РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ

СТАНЧУЛЯК А.Е., КРАСНОВА Т.Н.

МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва, РФ

**Цель.** Оценка вклада иммунных и неиммунных механизмов в развитие хронических гломерулонефритов.

**Материал и методы.** Исследованы 119 пациентов с диагнозом хронического гломерулонефрита, проведен анализ влияния иммунных и неиммунных факторов на показатели функции почек и на морфологическую картину почечных биоптатов. Для статистического анализа использовались t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена.

**Результаты.** Пациенты с артериальной гипертензией (АГ) имели худшие, чем пациенты без АГ, показатели азотвыделительной функции (большие значения мочевины крови, на 24% меньшую скорость клубочковой фильтрации (СКФ)), более высокую степень протеинурии; у пациентов с АГ степень склероза клубочков была значимо выше, а интерстициальная инфильтрация встречалась чаще.

Наличие метаболического синдрома (МС), наличие сахарного диабета (СД), наличие ожирения связаны с более высоким уровнем суточной протеинурии (СПУ). У пациентов с каждой из этих патологий чаще выявляется утолщение мембран по данным биопсий. У пациентов с СД чаще встречается утолщение мембран клубочков, увеличение клубочков. При этом не установлено влияние наличия этих патологий на показатели азотвыделительной функции, встречаемость электролитных нарушений, степень склероза клубочка и других отклонений.

Степень активности воспаления в значительной степени определяет тяжесть хронической болезни почек (ХБП), коррелируя с уровнем мочевины, СКФ, величиной протеинурии, эритроцитурии. Степень активности воспаления также коррелирует со степенью склероза клубочков (коэф. корреляции Спирмена 0,325,  $p < 0,001$ ).

Степень склероза клубочков в наибольшей степени коррелирует с уровнем мочевины крови (коэф. корреляции Спирмена 0,4  $p < 0,001$ ) и СКФ (коэф. корреляции Спирмена - 0,505,  $p < 0,001$ ).

Не обнаружено влияния МС как такового, а также ожирения и сахарного диабета по отдельности на параметры азотвыделительной функции почек, хотя и установлена связь этих состояний с повышением протеинурии и изменениями в морфологической картине.

**Выводы.** Степень склероза клубочков является параметром, в наибольшей степени ассоциированным с азотвыделительной функцией почек. Степень активности воспаления в значительной степени определяет тяжесть ХБП. Наличие АГ ведет к ухудшению показателей функции почек, ухудшению морфологической картины почечных биоптатов. Наличие МС, СД, ожирения имеет ограниченное влияние.

## ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ И РИСК СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

СУМОРОКОВА Е.Ю., КИТАЕВА Ю.С.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, РФ

**Цель.** Оценить степень нарушений гормонального фона и минеральной плотности костной ткани (МПК) у пациентов с лимфомой Ходжкина (ЛХ) после применения курсов полихимотерапии.

**Материал и методы.** Из 90 человек, включенных в исследование, 30 здоровых лиц составили контрольную группу; вторая группа была представлена 60 пациентами с ЛХ после проведенной патогенетической терапии. У всех участников исследования изучены антропометрические показатели, а также гормональный профиль и денситометрия костной ткани. После сбора данных была проведена обработка данных с использованием методов статистики (критериев Шапиро-Уилка, Манна-Уитни и  $\chi^2$  Пирсона).

**Результаты.** По данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии костной ткани, у пациентов с ЛХ во всех областях исследования отмечено значимое снижение МПК, по сравнению с группой сравнения. В группе пациентов с ЛХ остеопения и остеопороз чаще наблюдались в проксимальном отделе бедра. У участников группы контроля показатели МПК оставались в пределах нормальных значений.

В развитии вторичного остеопороза у пациентов с ЛХ важная роль отводится гормональным нарушениям. В этой связи всем участникам исследования проведена оценка гормонального фона.

Лица с ЛХ после патогенетической терапии имеют более выраженные изменения тиреоидного статуса (23 (38%)). У пациентов с ЛХ, получивших патогенетическую терапию, достоверно отмечаются изменения показателей иммунореактивного инсулина (ИРИ) и инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) в сравнении с группой контроля. Понижение уровня ИФР-1, соматотропного гормона (СТГ), ИРИ наблюдается в равном количестве у пациентов с ЛХ после проведения противоопухолевой терапии (17 (29%), 19 (32%) и 16 (27%) соответственно), что ассоциируется с уменьшением пролиферации костной ткани. Снижение значений ИФР-1 обуславливает активацию резорбционных процессов в кости, что повышает риск развития остеопороза.

**Выводы.** *Изменение гормонального статуса у пациентов с ЛХ, получивших противоопухолевую терапию, характеризуется снижением показателей ИФР-1 и ИРИ, а также активности гормонов щитовидной железы, что ассоциируется с повышением риска развития остеопоротического процесса и его осложнений.*

## МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

ЦАРЕГОРОДЦЕВА А.А.

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, РФ*

**Актуальность.** В настоящее время активное применение лекарственных средств (ЛС) приводит к повышению риска развития осложнений фармакотерапии и развитию нежелательных лекарственных реакций (НЛР) (Сычев Д.А. и др., 2021; Beniwal, R. et al., 2019). Распространенность реакций лекарственной гиперчувствительности (ЛГ), как проявления НЛР, составляет более 7% среди населения и ежегодно возрастает (Tanno, LK. et al., 2018). Среди причин, влияющих на развитие реакций ЛГ, большое внимание уделяют группе факторов, связанных с пациентом, в т.ч. структуре коморбидности (Kühl, J. et al, 2023).

**Цель.** Определить структуру мультиморбидности пациентов с реакциями ЛГ.

**Материал и методы.** Проведено сплошное ретроспективное исследование, включавшее 346 пациентов, обратившихся к врачам аллергологам-иммунологам и врачам-дерматовенерологам поликлиники в 2022 г. с подозрением на ЛГ, клинически проявлявшейся крапивницей, ангиоотеками, анафилаксией, бронхоспазмом и др. типами реакций. При оценке индекса коморбидности Charlson показатели 0 и 1 балл оценивали, как низкий уровень коморбидности и риска смерти в течение года. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.5.0 (разработчик - ООО "Статтех", Россия). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

**Результаты.** В представленной выборке наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями, сопровождавшими ЛГ, стали сердечно-сосудистые болезни (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и др.), что составило 43,8% (n=151), кислото-зависимые заболевания (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастрит и др.) – 23,8% (n=82), неврологические болезни (мигрень, эпилепсия и др.) – 23,7% (n=82). Среди заболеваний аллергологического профиля преобладали пищевая непереносимость – 12,6% (n=43), крапивница и ангиотеки – 9,9% (n=34), а также аллергическая бронхиальная астма – 9,6% (n=33). Оценка индекса коморбидности Charlson выявила, что более половины пациентов – 66,9% (n=222) – имеют низкий уровень коморбидности, что объясняется преобладанием в выборке пациентов средней возрастной группы, а также отсутствием в критериях оценки некоторых заболеваний, в т.ч. аллергологического профиля.

**Вывод.** *Полученные нами данные свидетельствуют о широком спектре коморбидных заболеваний, с преобладанием сердечно-сосудистой патологии, у пациентов с ЛГ, что требует дальнейших исследований роли ЛГ в формировании приверженности больных к медикаментозной терапии.*

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРОСНИКА SARC-F ДЛЯ СРИНИНГА САРКОПЕНИИ

ЧУХАРЕВА К.С.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, РФ

ГАУЗ СО ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург, РФ

**Цель.** Определить диагностическую значимость опросника SARC-F (A Simple Questionnaire to Rapidly Diagnose Sarcopenia) для скрининга саркопении.

**Материал и методы.** В исследование включены 70 женщин в возрасте от 61 до 82 лет. С помощью опросника SARC-F пациентки разделены на 2 группы. 1 группа (n=51) – нет саркопении (0-3 балла), 2 группа (n=19) – вероятная саркопения (4 балла и более). Всем пациенткам проведены тесты оценки мышечной силы - кистевая динамометрия, определение скорости ходьбы на 4 метра, подъемы со стула. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica, 13.0. Применялись критерии Манна-Уитни,  $\chi^2$ - Пирсона, двусторонний точный критерий Фишера. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ . Исследование было одобрено Локальным Этическим комитетом от 27.10.2023 г. (протокол №7).

**Результаты.** Группы сопоставимы по антропометрическим показателям и возрасту. В группе 1 медиана возраста 73 года (69; 75), в группе 2 – 74 года (70; 77),  $p=0,110$ . Медиана индекса массы тела (ИМТ) в 1 группе 27,7 (25,2; 30,1), во 2 группе 30,0 (26,4; 35,5),  $p=0,052$ . Абдоминальное ожирение выявлено (объем талии (ОТ)  $\geq 80$  см) у 42 и 19 участниц,  $p=0,188$ . По результатам динамометрии вероятная саркопения диагностирована в 6 и 4 случаях,  $p=0,323$ . По скорости ходьбы в 13 и 9 случаях,  $p=0,079$ . При пятикратном вставании со стула признаки саркопении (более 15 секунд) выявлены у 12 и 12 женщин,  $p=0,019$ .

**Выводы.** Опросник SARC-F обладает слабой диагностической значимостью для скрининга саркопении. Необходимо разрабатывать новые методы скрининга для раннего выявления заболевания у женщин. Данное исследование имеет ряд ограничений. Малый размер выборки мог повлиять на полученные результаты. Необходимо расширить размер когорты и продолжить исследование.

## **АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДСЕРДНЫХ ТАХИАРИТМИЙ (РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА РРАТИТ)**

ЭШМАТОВ О.Р., БАТАЛОВ Р.Е., ХЛЫНИН М.С., АРЧАКОВ Е.А.

*НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, РФ*

**Цель.** Изучить отдаленный клинический профиль безопасности и эффективности антикоагулянтной терапии у пациентов с предсердными тахикардиями после интервенционного лечения.

**Материал и методы.** Проанализированы 5611 историй болезни пациентов, прошедших стационарное лечение в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции НИИ кардиологии Томского НИМЦ с 01.01.2017 г. по 31.12.2019 г., из них в исследование было включено 1342 больных в возрасте от 21 до 90 лет с различными формами предсердных тахикардий, которым было проведено интервенционное лечение. Всем больным было выполнено РЧА/криоабляция предсердных тахикардий. Через 12, 24, 36 месяцев после выписки из стационара установлен контакт с пациентами. Пациенты были разделены на пять групп, в каждой группе выделены две подгруппы: больные с эффективным и неэффективным катетерным лечением.

**Результаты.** Эффективность катетерного лечения через 12, 24 и 36 месяцев у пациентов 1 группы составила 69%, 73,8% и 69%, 2 группы – 46,4%, 57,1% и 57,1%, 3 группы – 73,1%, 68,6% и 70,9%, 4 группы – 62,5%, 66,6% и 64,9%, 5 группы – 60,9%, 52,3% и 53,4%. При успешном интервенционном лечении ОНМК за период наблюдения случилось в 3 случаях. По одному у больных 3-5 групп на фоне терапии АСК, ривароксабаном и апиксабаном. Если же вмешательство было безуспешным, то ОНМК было значительно чаще и составило 0,3%, 1,3%, 2,2% и 1,3% у пациентов 1, 3-5 групп соответственно. Практически во всех случаях, кроме 2 больных из 5 группы, пациенты принимали АТТ. Еще одним немаловажным фактом является то, что при неуспешном катетерном лечении ОНМК в большинстве случаев приводило к летальному исходу. Возникновение других ТЭО случалось реже и было диагностировано только у пациентов 2 и 4 групп, при этом также чаще в случае неэффективного лечения. ТЭО в основном были представлены тромбозом ушка ЛП, реже тромбозом вен верхних или нижних конечностей. Малые кровотечения встречались во всех группах, в основном носовое или десневое.

**Выводы.** Антикоагулянтная терапия в сочетании с интервенционным лечением у пациентов с предсердными тахикардиями является безопасной – не увеличивается риск возникновения больших и малых кровотечений, а в случае эффективного вмешательства позволяет значительно снизить риск ишемического инсульта и практически полностью исключить возникновение других ТЭО.