

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Правительство Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургское отделение РАН
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова
Российское научное медицинское общество терапевтов
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина
Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов
Ассоциация ревматологов России
ОО «Человек и его здоровье»



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией
академика РАН Мазурова В.И., профессора Трофимова Е.А.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2025

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
профессора Трофимова Е.А.
СПб.: 2025. – 318 с.

Рецензент: Тыренко В.В.

д.м.н., профессор, начальник кафедры и клиники факультетской терапии
им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,
главный кардиолог Министерства обороны Российской Федерации

Подготовлено на основе материалов, присланных авторами.

Редакция не несет ответственности за содержание опубликованной информации.

ISBN 978-5-6051524-5-3

АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОЖИРЕНИЕМ

Аляви А.Л.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Определение агрегации тромбоцитов у пациентов ишемической болезнью сердца с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 120 больных страдающих ИБС. Средний возраст больных составил $64,9 \pm 0,9$ года, среди больных было 55% (66 пациента) мужчин, 45% (54 пациента) женщин. Определяли агрегацию тромбоцитов крови оптическим методом Борна и О'Брайена в двухканальном лазерном анализаторе Алат – 2 Биола (БИОЛА НПФ, Россия) с последующим компьютерной обработкой по программе AGGR. $ИМТ = \text{вес, кг} / \text{рост, м}^2 \times 100$.

Результаты. Полученные результаты показали, что у больных ИБС ССН II-III ФК, страдающих ожирением, наблюдалась значительно более высокая спонтанная агрегация тромбоцитов и АДФ-индуцированная агрегация. Стоит отметить, что показатели спонтанной агрегации (соответственно $1,71 \pm 0,09$ и $1,48 \pm 0,07$, $p < 0,05$) и 5,0 мкмоль АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов была статистически достоверно высокой, у больных с ожирением по сравнению с лицами без выявленного ожирения (соответственно $63,13 \pm 3,25$ и $43,47 \pm 2,5$, $p < 0,05$). Корреляционный анализ, проведенный в группе больных с избыточной массой тела показал, что существует достоверно слабо положительная корреляция между спонтанной агрегацией и индексом массы тела ($r = 0,249$, $p < 0,05$), а также средняя положительная корреляция с 5,0 мкмоль АДФ индуцированной агрегацией тромбоцитов и индексом массы тела ($r = 0,433$, $p < 0,05$).

Выводы. Отмечается влияние некоторых факторов сердечно-сосудистого риска у больных ИБС на агрегационную способность тромбоцитов. При наличии ожирения наблюдалось повышение спонтанной агрегации и 5,0 мкм АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов. Показатели гиперагрегации тромбоцитов имеют положительную корреляцию с индексом массы тела.

ПРОФЕССОР С.П. БОТКИН ОСНОВАТЕЛЬ КРЫМСКОЙ КЛИМАТОТЕРАПИИ

Абазова С.В., Власенко С.В., Османов Э.А.

Научно-исследовательский институт
детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации,
Евпатория

Благотворное влияние на организм человека различных природных факторов – солнечных лучей, свежего воздуха, морской воды и т.д. – отмечалось еще в глубокой древности. Научные исследования влияния метеорологических факторов на организм человека приняли особенно широкий размах с середины XIX века.

Отечественные врачи также придавали этому большое значение. Первый русский профессор медицины С.Г. Зыбелин (1735-1802) пропагандировал необходимость изучения климатических факторов, первый русский физиолог Ф.И. Барсук-Моисеев (1768-1811) опубликовал работу, посвященную влиянию «воздуха, времен года и метеоров на здоровье человека». Профессор П.П. Заболотский-Десятовский (1814-1882) в работе «О влиянии климата на здоровье человека» (1851) указывал на роль влияния климатических и метеорологических факторов в предотвращении туберкулеза. Ведущие ученые М.Я. Мудров, А.А. Остроумов, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин учили использовать силы природы для оздоровления человека.

Первое знакомство профессора С.П. Боткина (1832-1889) с Крымом состоялось в период войны 1853-1856 гг, именно тогда он оценил благоприятный климат для лечения «легочных болезней». Боткин неоднократно писал о неповторимом южнобережном воздухе, напоенном ароматами хвойных деревьев, горных трав и цветов, о «блестательном действии морских купаний», о том, как после них он «...мог без утомления не только гулять, но и подниматься на порядочные горы». В 1872 году профессор, лейб-медик Сергей Петрович Боткин сопровождает лечение императрицы Марии Александровны в Ливадии. Подтверждая положительный эффект от климатолечения реализовывает создание пульмонологического курорта, который привлекает преимущественно больных чахоткой – легочными формами туберкулеза. В 1915 году на Курортном съезде в Петрограде был представлен ряд докладов, отражающих большую ценность Крыма как климатического курорта. 21 декабря 1920 года принят декрет «Об использовании Крыма для лечения трудящихся», с которого началось рекреационное освоение полуострова. Создается научно-исследовательская база для изучения природных лечебных факторов, научно обосновывается климатическое лечение. Происходит освоение новых крымских курортов.



Идея Боткина воплотилась в открытие многочисленных здравниц, санаторно-курортных комплексов, определила специфику региона в сфере рекреации. В крымских лечебно-профилактических учреждениях лечение, профилактика и медицинская реабилитация производится с использованием природных лечебных физических факторов в сочетании с искусственными факторами, лечебной физкультурой, лечебным питанием и другими методами в условиях специально организованного режима.

Таким образом, именно профессор С.П. Боткин ввел климатолечение. На основе его крымской практики сегодня разработаны и активно используются современные методики климатотерапии такие, как талассотерапия, азотерапия, гелиотерапия, терренкур при заболеваниях органов дыхания, кожи, крови, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата.

На 2024 год В Республике Крым функционирует 91 санаторно-курортный комплекс. Благоприятные климатические особенности полуострова привлекают все большее количество людей на оздоровление бесценными природно-рекреационными ресурсами, усиливающими медицинский эффект.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ГИПОНАТРИЕМИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Абакаров Р.М.¹, Рамазанов Н.С.¹, Фарманов А.Г.¹,
Бирг А.Б.², Кудрявцева А.В.²

¹Ильинская больница,
Московская область,

²Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
Москва

Введение/Background. Гипонатриемия считается самым распространенным электролитным нарушением в клинической практике и диагностируется при уровне натрия в крови <136 ммоль/л. Однако, данных о встречаемости нарушений обмена натрия в отечественных источниках недостаточно.

Цель исследования/The research focus. Изучить встречаемость гипонатриемии среди госпитализированных больных в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы/The research methods and materials used. Проведен ретроспективный анализ историй болезни всех пациентов старше 18 лет, находившихся на стационарном лечении с 01.01 по 31.12.2023 г. Были отобраны электронные истории болезни с наличием хотя бы одного анализа с определением уровня натрия в крови. При значении хотя бы одного анализа натрия крови 135 ммоль/л и менее, пациент определялся в группу гипонатриемии.

Результаты/Results. Уровень натрия крови определялся у 1176 пациентов, а общее количество тестов – 5388, что составляет 4,5 теста на одного пациента. Гипонатриемия выявлена у 440 пациентов (37,4%). Среди них: гипонатриемия легкой степени (130-135 ммоль/л) – 343 пациентов (78%); гипонатриемия средней степени (120-129 ммоль/л) – 89 пациентов (20,2%); тяжелой степени (<120 ммоль/л) – 8 пациентов (1,8%).

Выводы/Conclusions. Гипонатриемия является частым электролитным расстройством, встречаемость которой составляет не менее 37%. При этом тяжелой – 1,8%. Полученный результат говорит о необходимости дальнейших исследований о встречаемости и клиническом значении гипонатриемии, а также повышенной настороженности специалистов различного профиля.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Абдуазизова Н.Х., Мухаммадиева С.М.,
Шарапов З.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

SARS-CoV-2 респираторный коронавирус, вызывающий COVID-19, при котором чаще всего поражается легочная ткань, однако нередко происходит повреждение множества других клеток и органов, что приводит к системным поражениям в организме. В течение четырех лет, прошедших с начала пандемии COVID-19, было выявлено множество фундаментальных исследований. Среди них важную позицию занимают аутоиммунные ревматические заболевания, в том числе и ревматоидный артрит (РА).

Цель исследования. Изучить клинко-иммунологические показатели у больных ревматоидным артритом перенесших COVID-19.

Материалы и методы. В исследовании были включены пациенты с РА перенесших COVID-19, проходившие медицинское обследование в период с 2020 по 2022 г. Обследовано 120 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет, находящихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Больные были разделены на 2 группы: перенесшие COVID-19 (n=60) и не перенесшие COVID-19 (n=60). Всем больным проводили клинко-иммунологические анализы и сравнительный анализ содержания интерлейкинов 17 (ИЛ-17) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α) в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. У больных РА перенесших Covid-19 средней и высокой степени активности клиника протекала с лихорадкой – 27,4%, кашлем – 46,7%, клиникой ринофарингита – 35,7%, артритом – 87,5%,

утренней скованностью – 92,7%. Из лабораторных показателей выявлено склонность к лимфопении, повышением СРБ >10 мг/л и снижением ПТИ <78%. При тяжелой форме (11,5%) отмечено двустороннее поражение легких, кашель 52,1%, выраженная одышка – 45,1%, снижение SpO₂ в среднем до 86,5%. Лабораторная характеристика тяжелой формы определялась выраженной лимфопенией – 17,4%, повышением показателей СРБ в 5 раз, ЛДГ в 3 раза, маркеров гиперкоагуляции D-димер в 2,5 раза. У больных РА перенесших Covid-19 отмечено повышение уровня IL-17 в 2,7 раз (p=0,05), ФНО-α – в 2,1 раза (p=0,05).

Вывод. Таким образом, изучение анамнеза, клинических проявлений, лабораторных и иммунологических показателей поможет ранней диагностике и персонализированный подход к лечению. Увеличение провоспалительных цитокинов ИЛ-17, ФНО-α приводит к обострению РА и является важным биомаркером для прогнозирования суставного синдрома.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА НА КЛИНИКО- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Абдуазизова Н.Х., Мухаммадиева С.М.,
Сагатова Д.Р., Шарапов З.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

В настоящее время псориаз рассматривается как системное аутоиммунное заболевание, клинические проявления псориаза разнообразны. В патологический процесс могут быть вовлечены опорно-двигательная система, пищеварительный тракт, сердечно-сосудистая и нервная система. В настоящее время установлено, что генетический компонент в развитии псориаза составляет 60-70%. Одним из наиболее тяжелых клинических проявлений является псориатический артрит (ПА). Частота артрита у больных псориазом, по данным разных авторов, составляет от 7% до 29%.

Цель. Изучить влияние базисного препарата метотрексат на клинико-рентгенологическое прогрессирование у больных псориатическим артритом в сравнении с другими базисными противовоспалительными препаратами.

Материалы и метод. В исследование было включено 57 больных с достоверным диагнозом ПА. Возраст больных, участвующих в исследовании колебался от 18 до 70 лет, средний возраст составил 46 лет. У больных наряду с суставным синдромом отмечалось характерное поражение кожи. Диагноз ПА был установлен согласно рекомендациям EULAR и GRAPPA. Всем больным проводились клинико-лабораторные, и рентгенологические исследования.

Результаты. III рентгенологическая стадия ПА по Штейнбрökerу наблюдалась у 37,4% больных, а II стадия у 45,5%. У 4,6% больных выявлены костные анкилозы. Среди наблюдавшихся больных у 54,9% выявлены признаки сакроилита. При этом II стадия сакроилита наблюдалась у 39,3% больных, а у 8 больных III-IV стадия. Функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата преимущественно II степени наблюдалась у 32,6% больных, а I и III степени у 13,6% и 7,8% больных, соответственно. В зависимости от вида терапии все больные были разделены на 3 группы. Больным, входившим в 1-ю группу, назначался сульфасалазин в дозе 3 г/сут. Во 2-ю группу были включены больные, принимавшие метотрексат 10-25 мг/нед. 3-ю группу составили больные, принимавшие лефлуномид по схеме: 100 мг/сут в течение 3 дней и далее по 20 мг/сут.

Выводы. Таким образом, длительное применение метотрексата с постепенным снижением дозы является высокоэффективным (84,5%), безопасным, патогенетическим методом, позволяющим достичь быстрого регресса симптоматики и осуществлять длительный контроль над заболеванием.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАННИМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение/цель. Остеоартрит (ОА) – хроническое заболевание суставов, характеризующееся необратимыми дегенеративно-деструктивными изменениями в суставном хряще, сопровождающееся болью, нарушением функций, а также развитием умеренно выраженного синовита.

Цель исследования. Изучение показателей качества жизни (КЖ) больных с ранней стадией остеоартрита коленных суставов с использованием опросника Short Form Medical outcomes Study (SF-36).

Материал и методы. Нами было обследовано 73 пациента с первичным остеоартритом коленных суставов (59 женщин и 14 мужчин), удовлетворяющих критериям гонартроза Американской коллегии ревматологов, а также критериям, разработанным Институтом ревматологии РАМН. Средний возраст больных – 47,9 ± 9,6 лет, средняя продолжительность заболевания – 9,6 ± 5,4 мес. 66 больных (90,4%) из числа вошедших в исследование пациентов впервые обратились к врачу по поводу боли в коленных суставах. 45 больных (61,6%) из общего числа имели двусторонний ранний остеоартрит коленных суставов.

По результатам артросонографии были выделены две группы больных: I-группа, 36 больных – без синовита, II-группа, 37 больных – с синовитом коленных суставов. В качестве контроля выступили 50 здоровых добровольцев. Для оценки КЖ использовали опросник SF-36.

Результаты/обсуждение. Все показатели КЖ были ниже у больных ранним остеоартритом коленных суставов по сравнению с группой контроля. Достоверно отличались физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), социальное функционирование (СФ) и ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) ($p < 0,05$). Больные II группы имели достоверно более низкие показатели РФФ и РЭФ по сравнению с пациентами I группы ($p < 0,05$).

Выводы/заключение. Заключение. КЖ больных гонартротом ухудшается на ранних стадиях процесса, что требует назначения адекватной терапии в наиболее ранние сроки с момента постановки диагноза раннего остеоартрита коленных суставов.

ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛИ И МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аболёшина А.В., Зоткин Е.Г., Коваленко П.С.,
Мовсесян А.А., Молова К.М., Макоева М.А.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Популяция пожилых людей с ревматоидным артритом (РА) состоит из пожилых пациентов с началом РА после 60 лет (с поздним дебютом заболевания) и из пациентов, у которых РА был диагностирован в более раннем возрасте и которые состарились с течением времени. В зависимости от возраста дебюта РА имеет различные клинико-лабораторные характеристики, отличается активностью течения, ответом на терапию и исходами, что позволяет предположить наличие особого фенотипа РА с началом болезни в пожилом возрасте. Известно, что распространенность сопутствующих заболеваний, среди пациентов с началом РА в пожилом возрасте выше, чем в общей популяции пожилых людей. Наиболее часто у пациентов с РА встречаются: сердечно-сосудистые заболевания, болезни легких, злокачественные опухоли, остеопороз, нервно-психические заболевания, эндокринные патологии, инфекции, катаракта. Оценка уровня боли у пожилых пациентов с РА неоднозначна: у пациентов с поздним дебютом заболевания могут наблюдаться низкие показатели боли на фоне худшего показателя функционального статуса (определяемого по индексу HAQ), а также уровень боли может не иметь отличий при сравнении двух групп пожилых пациентов.

Цель. Оценить интенсивность боли и структуру мультиморбидной патологии у пациентов с поздним началом РА, а также выявить ассоциации между мультиморбидностью, возрастом дебюта заболевания и уровнем боли.

Материалы и методы. В исследование включено 90 пациентов старше 60 лет с достоверным диагнозом РА. Группа №1 – пациенты с ранее диагностированным и длительным РА, $n = 38$. Группа №2 – пациенты с поздним началом РА, длительностью до 3 лет, $n=52$. Оценку активности заболевания осуществляли по индексу DAS28 (СРБ), интенсивность боли оценивали по ВАШ (мм), мультиморбидность – по данным медицинской документации и стандартного обследования.

Средний возраст начала заболевания в группе 1 составил $47 \pm 8,8$ лет, в группе 2 – $67 \pm 6,3$ лет ($p=0,00$). Длительность заболевания составляла $17,6 \pm 9$ лет в 1 группе и $1,5 \pm 0,7$ лет во 2 группе пациентов ($p=0,00$). Показатели активности были сопоставимы в обеих группах (DAS28 в 1 группе – $4,6 [4; 5,3]$, во 2 группе – $4,8 [4,2; 5,5]$, $p>0,05$).

Результаты. Пациенты с поздним началом РА имели более низкую интенсивность боли, чем пациенты с длительным РА (ВАШ боли в группе 1 составил $60 [50; 70]$, в группе 2 – $50 [30; 60]$, $p=0,02$).

Асептический некроз достоверно чаще встречался у пациентов с длительным РА (31,5% против 9,6%, $p=0,019$), как и гиперлипидемия (86,8% против 61,5%, $p=0,009$). В отношении других мультиморбидных заболеваний статистически значимых отличий получено не было.

Пациенты с поздним началом РА и интенсивной болью (ВАШ > 40 мм) чаще страдали от нарушений сердечного ритма (29,41% против 0, $p=0,011$) и реже от онкологических заболеваний (5,88% против 33,33%, $p=0,011$).

Корреляционный анализ в группе пациентов с поздним РА и выраженной болью (ВАШ > 40 мм) выявил, что ишемическая болезнь сердца ($r=0,365$), хроническая сердечная недостаточность ($r=0,365$) и инфаркт миокарда ($r=0,350$) ассоциированы с эрозивным артритом, инсульт связан с наличием онкологических заболеваний ($r=0,559$), а гиперлипидемия отрицательно коррелировала с наличием РФ ($r=-0,353$).

У пациентов с длительным РА и выраженной болью (ВАШ > 40 мм) ишемическая болезнь сердца была отрицательно связана с наличием онкологического процесса ($r=-0,380$), также как и позитивность по АЦЦП с артериальной гипертензией ($r=-0,482$). В то же время гиперлипидемия имела прямую связь с наличием РФ ($r=0,425$).

Выводы. У пациентов с поздним началом РА интенсивность боли по шкале ВАШ была ниже, чем у пациентов с длительным РА. Вероятно, это связано с выявленными отличиями в структуре мультиморбидной патологии: асептический некроз достоверно чаще встречался у пациентов с длительным РА.

Гиперлипидемия также чаще встречалась у длительно болеющих пациентов с РА, однако группы не отличались в отношении других мультиморбидных заболеваний (в том числе сердечно-сосудистых).

Интенсивная боль (ВАШ>40 мм) ассоциировалась с нарушениями ритма в группе пациентов с поздним дебютом РА, а наличие онкологического заболевания в данной группе больных ассоциировалось с меньшей интенсивностью боли (ВАШ<40 мм).

Корреляционный анализ выявил специфические ассоциации мультиморбидных заболеваний с длительностью РА и уровнем боли, что может иметь клиническое значение при ведении пациентов и выборе стратегии лечения.

ОСТЕОСАРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Адамова И.Г.¹, Тараки Б.М.¹, Пшенникова И.Г.²,
Ильченко Л.Ю.¹, Никитин И.Г.¹

¹РНИМУ имени Н.И. Пирогова,
²Городская клиническая больница
имени В.М. Буянова,
Москва

Цель исследования. Диагностика саркопении и остеопении у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП).

Материалы и методы. МАЗБП представляет собой широко распространенное заболевание, которое ассоциировано с ожирением, сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью, дислипидемией и др. В ранее проведенных исследованиях была установлена двунаправленная связь МАЗБП со вторичной саркопенией. Кроме того, саркопения и остеопения являются значимыми факторами, определяющими качество и прогноз жизни у этих пациентов. В наше исследование включены 130 пациентов (79 мужчин и 51 женщина) с хроническими заболеваниями печени. Протокол обследования и используемые опросники были утверждены локальным этическим комитетом Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (протокол № 235 от 18.12.2023). Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании и анализ их данных. Fatty liver index (индекс стеатоза печени) превышал 60 у 43/130, ниже 60 – у 6/130 пациентов, получавших гиполлипидемическую терапию. Возраст больных варьировал от 34 до 84 лет, среднее значение индекса массы тела (ИМТ) составило 32,8 кг/м² и 36,4 кг/м² у мужчин и женщин, соответственно. Все пациенты были обследованы в первые три дня госпитализации. На первом этапе исследо-

вания для выявления вероятной саркопении и оценки мышечной функции заполнялись опросники SARC-F (Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs, Falls) и SPPB (Short Physical Performance Battery), а также проводилась антропометрия (измерение роста, веса, окружности талии и бедер) и динамометрия (измерение мышечной силы путем кистевой динамометрии). На втором этапе исследования, помимо рутинных клинико-биохимических показателей, в сыворотке крови определяли содержание холекальциферола (витамин D), общий и ионизированный кальций, гликированный гемоглобин. Методом одноволновой рефлексивной фотометрии на анализаторе PocketChem BA в капиллярной крови исследовали уровень аммиака. На третьем этапе были проведены биоимпедансный анализ состава тела (БИАСТ) и денситометрия. Аппендикулярную скелетную мышечную массу рассчитывали с помощью уравнения Sergi (2014 г.). Снижение минеральной плотности костной ткани (в частности, остеопения) оценивалось с помощью определения Т-критерия (от -1 до -2,5).

Результаты и обсуждение. У 49 пациентов анализируемой группы преобладали жалобы на повышенную утомляемость, снижение работоспособности и слабость. По данным опросника SARC-F, у всех пациентов установлено превышение референсного значения (более 4 баллов), что свидетельствует о вероятной саркопении. Средний уровень гликированного гемоглобина составил $8,9 \pm 2,2\%$. Содержание аммиака капиллярной крови увеличивалось в зависимости от стадии саркопении, максимально достигая 248 мкмоль/л ($N > 60$ мкмоль/л). Обнаружен дефицит витамина D. Среднее значение этого показателя не превышало 16,2 нг/мл у мужчин и 24,6 нг/мл – у женщин ($N < 30$ нг/мл). Уровень общего и ионизированного кальция у пациентов в исследуемой группе приближался к референсным значениям. Снижение аппендикулярной скелетной мышечной массы, по данным уравнения Sergi, выявлено у 21/49 пациента. Из них: снижение мышечной силы установлено у 17/49 пациентов по результатам динамометрии, а сочетание сниженной мышечной силы и функции – у 4/49. На основании проведенного обследования среди пациентов со сниженной мышечной массой ($n=21$) у 4 – выявлена пресаркопения, у 13 – саркопения и у 4 – тяжелая саркопения. По данным денситометрии, у 26/49 пациентов с МАЗБП зарегистрирована остеопения, у остальных 23 – отклонений не выявлено. Остеосаркопеническое ожирение, характеризующееся наличием остеопении и саркопении в сочетании с ожирением, установлено у 13/49 пациентов. Генез саркопении и остеопении может иметь смешанный характер среди обследованных с МАЗБП, относящихся к старшей возрастной группе.

Заключение. МАЗБП относится к прогрессирующим заболеваниям, приводящим к развитию кардиоваскулярных осложнений, полиорганным проявлениям, инвалидности, ухудшению качества и уменьшению продолжительности жизни. Взаимосвязь МАЗБП и саркопении осуществляется по оси мышцы-печень-жировая

ткань и имеет многофакторный характер. Ожирение и инсулинорезистентность – основные механизмы развития и прогрессирования этих состояний. А хроническое воспаление, а также гипергаммонемиия и др. компоненты являются значимыми патофизиологическими механизмами взаимодействия между жировой тканью и скелетными мышцами и играют важную роль в формировании и прогрессировании МАЖБП и саркопении. Ожирение маскирует потерю мышечной массы и уменьшение минеральной плотности костной ткани при МАЖБП. Уровень гипергаммонемиии коррелирует с тяжестью саркопении у пациентов с жировой болезнью печени. Коррекция гипергаммонемиии, дефицита витамина D – возможные терапевтические подходы при МАЖБП у пациентов с наличием остеосаркопенического ожирения.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТОЙКОЙ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ АССОЦИИРОВАННОЙ С COVID-19

Адамова А.С., Клочева Е.Г., Голдобин В.В.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. В эпоху пандемии XXI века внимание врачей было обращено на обонятельную дисфункцию (ОД), так как было доказано, что нарушение обоняния является маркером инфицирования SARS-CoV-2. В начале обонятельную дисфункцию рассматривали как транзиторное состояние, однако, чем больше времени с начала пандемии проходило, тем чаще в медицинской литературе встречались статьи, посвященные обонятельной дисфункции, сохраняющейся более месяца, что позволило рассматривать данное состояние как «персистирующую ОД». В виду того, что обонятельный анализатор является наименее изученным из органов чувств, а также терминологическую гетерогенность в отношении описания обонятельных нарушений, практикующие клиницисты имеют низкую настороженность, а также сложность в интерпретации жалоб пациентов, что затрудняет подбор правильной терапии и определения прогноза течения заболевания.

Этиология обонятельных нарушений многообразна и включает в себя: синоназальную ОД, посттравматическую, связанную с неврологическими заболеваниями (болезнью Паркинсона и Альцгеймера), на фоне возрастных изменений, а также поствирусную, в том числе ассоциированную с COVID-19.

В 2023 году международным обществом ринологов было опубликовано консенсусное заявление рабочей группы по клиническому обонянию, которое утвердило общепринятую терминологию в отношении описания обонятельных нарушений. Согласно заявлению обонятельные нарушения принято разделять на качественные и количественные. Под количественны-

ми нарушениями понимается использование терминов: «гиперосмия», «гипосмия», «аносмия». Для описания качественных нарушений обоняния рекомендовано использовать термины: «паросмия», «фантосмия» и «обонятельная непереносимость».

Обонятельная дисфункция, ассоциированная с COVID-19, проявляется не только количественными нарушениями, но и качественными; встречается как транзиторный вариант течения, так и персистирующий, сохраняющийся более 1 месяца. В международной медицинской литературе клиницисты, описывая ОД возникшую на фоне инфицирования SARS-CoV-2 чаще всего делают акцент на длительность течения и нейровизуализационные особенности, которые выявлялись по данным МРТ или КТ, не затрагивая описания самой клинической картины заболевания.

Цель исследования. Выявить особенности течения стойкой обонятельной дисфункции, ассоциированной с COVID-19.

Материалы и методы. Было проведено ретро- и проспективное исследование 120 пациентов, которые были разделены на основную группу 62 пациента (39 женщин, 23 мужчин) и группу контроля – 58 пациентов (42 женщины, 16 мужчин). Средний возраст пациентов в основной группе составил 30 ± 11 , в группе контроля 25 ± 6 , $p \leq 0,033$. В основную группу были включены пациенты, имеющие стойкую обонятельную дисфункцию (более 1 месяца) после перенесенной COVID-19. В группу контроля, были включены пациенты, у которых на момент обследования не была выявлена anosmia/гипосмия, но они являлись реконвалесцентами COVID-19.

Обонятельная функция у пациентов исследовалась с помощью системы Sniffing Stix Test, включающей исследование порога обоняния (Т), дискриминации (D) и идентификации (I). На основании суммарного показателя TDI, делался вывод о наличии у пациента обонятельной дисфункции и степени ее выраженности.

Результаты и обсуждение. В основной группе 60 пациентов имели гипосмию, у 2 пациентов – anosmia, средний балл TDI составил $26,4 \pm 4,6$, в группе контроля все пациенты имели нормосмию $33,9 \pm 2,1$, $p \leq 0,001$. Средний балл Т (порога обоняния) в основной группе – $5,73 \pm 2,13$, в группе контроля – $8,06 \pm 1,45$, $p \leq 0,001$. Средний балл D (дискриминации) в основной группе – $10,71 \pm 1,89$, в группе контроля – $13,02 \pm 1,52$, $p \leq 0,001$. Средний балл I (идентификации) в основной группе – $9,89 \pm 2,46$, в группе контроля – $12,86 \pm 1,39$, $p \leq 0,001$.

В основной группе 35% пациентов отмечали наличие обонятельных галлюцинаций (фантосмии), в контрольной группе – 6,9%, $p \leq 0,001$.

Как в основной, так и в контрольной группе пациенты страдали от наличия извещенного восприятия аромата (паросмии). При этом статически значимыми ароматами являлись: запах мяса, человеческого пота, духов и лука (40% и 14% $p \leq 0,001$; 27% и 1,7%, $p \leq 0,001$; 21% и 6,9%, $p \leq 0,025$; 13% и 1,7% $p \leq 0,033$, соответственно). При этом извращенное восприятие аромата яиц в основной группе встречалось у 18%,

в группе контроля 6,9% и не смотря, что извращение этого аромата встречалось чаще, чем аромата лука, статической значимой разницы между группами выявлено не было ($p \leq 0,073$).

Полученные данные о встречаемости качественных нарушений не только в основной группе, но и в группе контроля (паросмии и фантосмии) коррелируют и с данными зарубежных коллег Karamali K et al. Согласно данным Watson, наиболее частыми ароматами, имеющими сложность в распознавании, являлись запахи: кофе, лука, чеснока, мяса и цитрусовых, а также туалетные принадлежности, что частично согласуется с результатами проведенного исследования.

Выводы. Для обонятельной дисфункции, ассоциированной с COVID-19, характерно наличие варианта стойкой обонятельной дисфункции, которая затрагивает не только количественные показатели, но также и качественные характеристики. Наиболее частыми ароматами, вызывающими сложность в идентификации в повседневной жизни, являются ароматы мяса, человеческого пота, духов, яиц и лука, что значительно влияет на повседневную жизнь пациентов и формирует новые устойчивые пищевые привычки.

ТЕМОЗОЛОМИД В ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Азимова О.Т.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Аденомы гипофиза представляют собой разнообразную группу новообразований, большинство из которых поддаются традиционным методам лечения, таким как хирургическое вмешательство, радиотерапия и медикаментозная терапия. Однако существует подгруппа опухолей, известных как агрессивные аденомы гипофиза (ААГ), которые демонстрируют инвазивный рост, высокий риск рецидива и устойчивость к стандартным методам лечения. Эти опухоли представляют значительную проблему для клинической практики, так как их неконтролируемый рост может привести к серьезным неврологическим и эндокринным нарушениям.

Несмотря на развитие медицины, прогноз для пациентов с ААГ остается неблагоприятным, поскольку эффективность хирургического удаления и лучевой терапии зачастую ограничена. В таких случаях требуется поиск альтернативных терапевтических стратегий, которые позволили бы контролировать рост опухоли и повышать качество жизни пациентов. Одним из наиболее

перспективных методов лечения ААГ является химиотерапия с использованием темозоломида. Этот препарат, относящийся к группе алкилирующих агентов, продемонстрировал эффективность при лечении злокачественных опухолей мозга, а также при агрессивных формах аденом гипофиза.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности химиотерапии с применением темозоломида у пациентов с агрессивными аденомами гипофиза и выявления прогностических факторов, влияющих на результаты лечения.

Материал и методы исследования. В исследование включены пациенты, получавшие терапию в период с 2022 по 2024 годы в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре эндокринологии им. акад. Ё.Х. Туракулова. Диагноз ААГ устанавливался на основании критериев European Society of Endocrinology, включающих наличие инвазивного роста опухоли, выраженной клинической симптоматики и резистентности к стандартным методам лечения. Данные о пациентах включали демографические характеристики, анамнез заболевания, биохимические и гормональные показатели, результаты визуализирующих исследований и предшествовавшие методы лечения. Темозоломид назначался в стандартной дозировке 150-200 мг/м² в течение 5 дней каждые 28 дней. Продолжительность лечения варьировалась от 6 до 12 циклов, в зависимости от индивидуальной переносимости и ответа на терапию.

Результаты. В исследование включены 24 пациента, из которых 17 (70,8%) были мужчины и 7 (29,1%) женщины. Средний возраст составил 46,6 года. Большинство пациентов имели кортикотропные (5 случаев) и лактотропные опухоли (6 случаев). У 21 пациента (87,5%) выявлена инвазия в кавернозный синус, а у 9 (37,5%) – степень инвазии по Knosp 4.

Средний размер опухоли до начала лечения составлял 10,7 см³. Через 3 месяца терапии наблюдалось уменьшение размера до 7,6 см³, через 6 месяцев – до 4,2 см³, а через 12 месяцев – до 2,9 см³. Таким образом, у большинства пациентов зафиксировано значительное сокращение размеров опухоли в течение года терапии.

Гормональный ответ на терапию показал, что полный ответ зафиксирован у 4 пациентов (16,7%), частичный ответ наблюдался у 12 пациентов (50,0%), стабилизация заболевания отмечена у 5 пациентов (20,8%), а прогрессирование опухоли произошло у 3 пациентов (12,5%). Наибольшую чувствительность к терапии продемонстрировали пролактиномы, в то время как кортикотропные опухоли оказались менее чувствительными.

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности темозоломида в лечении агрессивных аденом гипофиза. Оптимальная схема лечения составляет 6-12 циклов по 150-200 мг/м² каждые 28 дней. Несмотря на положительные результаты, у части пациентов наблюдается прогрессирование заболевания, что требует дальнейшего изучения механизмов резистентности и поиска биомаркеров эффективности терапии.

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ АГРЕССИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Азимова О.Т., Халимова З.Ю.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
эндокринологии имени академика Я.Х Туракулова,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Аденомы гипофиза представляют собой одну из наиболее распространенных опухолей в области нейроэндокринологии, и их агрессивные формы могут вызывать серьезные клинические осложнения. Сложность диагностики и необходимость своевременного выявления инвазивных аденом подчеркивают важность оптимизации методов нейровизуализационной оценки. Эффективная визуализация этих опухолей может значительно улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов.

Цель. Оптимизация подходов нейровизуализационной оценки агрессивных аденом гипофиза представляет собой важное направление исследований в области нейроэндокринологии. Это включает в себя разработку новых методов визуализации для более точной диагностики и оценки агрессивности опухолей гипофиза.

Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов с клинически подтвержденным диагнозом аденомы гипофиза (основная группа) и 83 практически здоровых человека (контрольная группа). МРТ исследование проводилось с использованием контрастного вещества.

Результаты. Нейровизуализационная оценка показала, что при инвазивных аденомах 3-4 степени (группа ПБ) в 97,4% случаев ($n=38$) наблюдается компрессия хиазмы, 77% – очаговая эрозия основной пазухи и рост более 20% за последние 6 месяцев соответственно. Эти критерии в меньшей степени наблюдались при инвазивных аденомах 1-2 степени (группа ПА) и почти не встречались при неинвазивных аденомах (группа I). Более того, оценка однородности структуры аденом и четкости краев показала, что при истинных инвазиях 3-4 степени в 82,1% случаев ($n=32$) аденомы имеют неровные края и в 84,6% ($n=33$) – неоднородную структуру; в группах I и ПА эти критерии наблюдались примерно в два раза реже. Интенсивность аденом в различных режимах МРТ (T1 и T2) продемонстрировала, что в режиме T1 у пациентов группы I изоэхогенность патологического участка была отмечена в 51,4% случаев, гипоехогенность – в 37,1%, тогда как в группе ПА гипоехогенность наблюдалась у 61,5%. В режиме T2 интенсивность инвазивных аденом значительно возросла: гиперинтенсивность была выявлена у 69,2% ($n=18$) пациентов с инвазией 1-2 степени и у 64,1% ($n=25$) с инвазией 3-4 степени.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ 12-НЕДЕЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Айрапетян А.В., Барсуков А.В.,

Глебова С.А., Борисова Е.В.

КардиоКлиника,

Санкт-Петербург

Цель. Исследовать диастолическую функцию левого желудочка (ДФЛЖ) в состоянии покоя и в условиях стресс-эхокардиографии у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), осложненной сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ), в динамике 12-недельного наблюдения на фоне применения двух альтернативных схем лечения.

Материал и методы. Обследовали 129 больных (40 мужчин и 89 женщин, средний возраст $73,16 \pm 8,89$ лет) с ГБ, осложненной СНсФВ, которых разделили на две группы – основную (активной терапии, содержащей эмпаглитозин 10 мг/сут, $n=67$) и контрольную (стандартного лечения, $n=62$). Всем участникам исследования на исходном этапе, а также через 12 недель лечения выполнили эхокардиографию и диастолический стресс-тест (ДСТ), определили уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP) в крови. Осуществили сравнительную оценку донагрузочных и постнагрузочных параметров ДФЛЖ у лиц основной и контрольной групп до и на фоне лечения. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета Statistica 13.0. Достоверность различий средних величин устанавливали с помощью непараметрического критерия Манн-Уитни.

Результаты. Пациенты основной и контрольной групп на начальном этапе достоверно не различались по возрасту, полу, индексу массы тела, доле лиц с ожирением, длительности анамнеза ГБ и одышки, спектру принимаемых антигипертензивных препаратов, уровню BNP в крови и толерантности к физической нагрузке (ФН) (на основе данных теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ)), а также по всем показателям, характеризующим размеры левых отделов сердца, состояние диастолической и систолической функций ЛЖ. У лиц основной и контрольной групп первичный ДСТ сопровождался выраженным приростом давления наполнения ЛЖ (E/e'), скорости трикуспидальной регургитации (ТР) ($p < 0,001$ для каждого показателя). Через 12 недель терапии пациенты группы эмпаглитозина в состоянии покоя обладали достоверно меньшими значениями соотношения скоростей раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ (E/A), показателя E/e' ($p=0,006$; $p=0,03$ соответственно) и несколько меньшими величинами скорости ТР ($p > 0,05$) по сравнению с лица-

ми группы контроля. ДСТ, выполненный через 12 недель лечения у пациентов группы эмпаглифлозина, привел к достоверно более высокому, чем при первичном ДСТ, возрастанию соотношения E/A ($p=0,01$) и достоверно меньшему приросту давления наполнения ЛЖ (E/e') ($p=0,04$). У испытуемых группы контроля стресс-индуцированное увеличение параметра E/A при повторном ДСТ оказалось существенно выше, чем при ДСТ до начала лечения ($p<0,001$), а динамика остальных параметров ДФЛЖ оказалась сопоставимой ($p>0,05$) при первичной и повторной диастолической стресс-эхокардиографии. Пациенты группы эмпаглифлозина продемонстрировали через 12 недель снижение содержания BNP в крови, а пациенты группы стандартного лечения показали тенденцию к его увеличению (различия между дельтами: $p<0,001$). Пациенты основной группы на фоне терапии, содержащей эмпаглифлозин, относительно лиц группы контроля, получавших стандартное лечение, показали увеличение дистанции в ТШХ (различия между дельтами: $p<0,001$).

Заключение. У пациентов с ГБ, осложненной СНсФВ, дозированная ФН на велоэргометре приводит к достоверному увеличению давления наполнения ЛЖ (E/e') и скорости ТР. Применение на протяжении 12 недель эмпаглифлозина ассоциировано с увеличением толерантности к ФН, снижением базального уровня в крови BNP и улучшением ДФЛЖ в состоянии покоя. Повторно проводимый через 12 недель лечения, содержащего эмпаглифлозин, ДСТ индуцирует существенно меньший относительно первичного ДСТ прирост давления наполнения ЛЖ.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДЕКСА СИСТЕМНОГО ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Александров А.В.¹, Александров В.А.²,
Скляров П.Э.², Сибирская Ю.В.²

¹НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Воспалительные процессы, наряду с нарушением регуляции иммунных реакций, играют решающую роль в возникновении, развитии и прогрессировании ревматоидного артрита (РА). Точный мониторинг интенсивности воспаления и статуса заболевания важен при наблюдении за больными РА в условиях стационара.

В последние годы пополнить немногочисленный список неинвазивных и экономически эффективных биомаркеров для использования при различных воспалительных и аутоиммунных заболеваниях предлагается за счет индексов, полученных из общего анализа крови (ОАК), таких как соотношение нейтрофилов и лимфоцитов (NLR), соотношение моноцитов и лимфоцитов (MLR), соотношение тромбоцитов и лимфоцитов (PLR), а также индекса системного иммунного воспаления (systemic immune-inflammation index, SII) и индекса системной воспалительной реакции (system inflammation response index, SIRI).

Цель исследования. Определение показателей индекса системного иммунного воспаления у пациентов с активным РА в процессе стационарного лечения и изучение связи данного индекса с клинико-лабораторными параметрами заболевания.

Материалы и методы. В рамках ретроспективного исследования были собраны данные клинико-лабораторного обследования 43 пациентов с активным РА (55,8% мужчин и 44,2% женщин) в возрасте от 22 до 78 лет преимущественно с высокой активностью заболевания (88%) и серопозитивных по IgM-ревматоидному фактору (90,1%), проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении ГУЗ «ГКБСМП №25» (г. Волгоград).

Активность РА оценивалась с использованием шкалы активности заболевания DAS28, которая классифицировала пациентов с оценкой от 3,2 до 5,0 как умеренно активных (5 человек, 12%) и пациентов с оценкой $>5,1$ как высокоактивных (38 человек, 88%). Средние значения DAS28 составили $5,44 \pm 0,53$ балла (при минимальных значениях 3,8 балла и максимальных – 7,45 баллов). Системные проявления РА были отмечены в 49% случаев. Во время исследования все пациенты принимали нестероидные противовоспалительные препараты.

Результаты лабораторных исследований ОАК, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), содержания С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови были собраны при поступлении пациентов на стационарное лечение и при выписке. Также были рассчитаны индексы SII, SIRI и определены соотношения NLR, PLR и MLR.

Результаты и обсуждение. У больных РА при поступлении на стационарное лечение общепризнанные маркеры воспаления (СОЭ и СРБ) коррелировали между собой ($rs=0,64$). Из всех изучаемых индексов только PLR достоверно коррелировал с СОЭ ($rs=0,37$) и СРБ ($rs=0,43$). SII сильно коррелировал с NLR ($rs=0,85$) и PLR ($rs=0,86$), умеренно с MLR ($rs=0,49$), но не с SIRI ($p>0,05$). Также была обнаружена умеренная корреляция между SIRI и NLR ($rs=0,47$), SIRI и MLR ($rs=0,48$).

При обработке данных ОАК пациентов после стационарного лечения (при выписке) новые значения изучаемых индексов продемонстрировали следующее: сохранение на одном уровне связи SII с NLR ($rs=0,80$) и PLR ($rs=0,82$), при уменьшении силы связи с исходными показателями (для NLR $rs=0,34$, для PLR $rs=0,53$); усиление связи между SIRI и MLR ($rs=0,85$); индекс

NLR достоверно коррелировал со всеми другими индексами (r_s от 0,31 до 0,8). Показатели общепринятых маркеров воспаления (СОЭ и СРБ), полученные на данном этапе, не коррелировали с изучаемыми индексами (кроме выявленной связи между СРБ и MLR, $r_s=0,38$).

На следующем этапе были проанализированы различия в результатах лабораторных исследований, полученные при поступлении пациентов с РА на стационарное лечение и при выписке. Из всех рассмотренных показателей только СРБ и индекс системного иммунного воспаления (SII) продемонстрировали достоверное снижение ($p=0,24$ и $p=0,43$, соответственно).

В повседневной практике наиболее часто для оценки патологических процессов в динамике используются два маркера – СОЭ и СРБ, причем последний также часто используется и для оценки системного воспаления при РА. Повышенные уровни СРБ у пациентов с РА указывают на более высокую степень активности заболевания, которую также можно оценить и подтвердить с помощью компонентов индекса DAS28.

Индекс SII объединяет прогностическое значение трех параметров циркулирующих воспалительных клеток крови из ОАК и считается (по данным литературы) не только более мощным для прогнозирования воспаления, чем однокомпонентные или двухкомпонентные воспалительные маркеры, но и может, как показывают результаты нашего исследования, стать ценным инструментом для мониторинга воспаления и прогрессирования заболевания у пациентов с РА.

Выводы. Наряду с определением СРБ индекс системного иммунного воспаления (SII) может быть востребован в качестве потенциального биомаркера для определения результатов стационарного лечения пациентов с РА. Несмотря на простоту и доступность индексов, полученных из ОАК, практические врачи пока еще крайне редко используют их при изучении гемограмм, возможно, потому, что они не знакомы в полной мере с возможностью их практического применения при конкретных заболеваниях.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ КАРБОКСИПЕПТИДАЗЫ АЗ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ COVID-19: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ

Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Определить участие СРАЗ (карбоксипептидаза АЗ) тучных клеток в развитии поражения легких у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. В исследование включены образцы аутопсийного материала легких, полученные от пациентов, умерших от COVID-19 тяжелого течения ($n=30$: 13 (43%) – мужчин, 17 (57%) – женщин; средний возраст – $61,1 \pm 11,9$ лет), и лиц, умерших от внешних причин ($n=9$: 4 (44%) – мужчин, 5 (56%) – женщин; средний возраст – $60,9 \pm 10,1$ года), с последующей подготовкой гистологических препаратов, анализом дегрануляционной активности СРАЗ-позитивных тучных клеток (ТК). Также проводился корреляционный анализ протеазного профиля и клинко-лабораторных показателей.

Результаты и обсуждение. У пациентов с COVID-19 общее количество СРАЗ-позитивных ТК, СРАЗ-позитивных ТК с признаками дегрануляции и совместно прилежащих СРАЗ-позитивных ТК, было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля ($p=0,01$; $p=0,001$; $p=0,0001$). Установлены: положительные корреляционные связи между общим количеством СРАЗ-позитивными ТК, дегранулирующими СРАЗ-позитивными ТК и совместно прилежащими СРАЗ-позитивными ТК с общим белком ($p=0,020$; $p=0,015$; $p=0,013$); СРАЗ-позитивными ТК с признаками дегрануляции и общим количеством СРАЗ-позитивными ТК с уровнем АЧТВ ($p=0,021$; $p=0,045$). Отрицательные корреляционные связи: между совместно прилежащими СРАЗ-позитивными ТК с эозинофилами в крови ($p=0,023$). Эти изменения могут быть связаны, с тем, что СРАЗ имеет потенциальное значение для развития легочного фиброза, хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы, так как регулирует сокращение гладкой мускулатуры, регулирует тонус кровеносных сосудов и сосудистый кровоток посредством протеолитической модификации, например, эндотелина-1, ангиотензина I, аполипопротеина В и нейротензина, также SARS-CoV-2 инфекция значительно влияет на структурный мембранный гомеостаз эритроцитов на уровнях белка и липидов. В эритроцитах пациентов с COVID-19 были повышены уровни промежуточных продуктов гликолиза, что сопровождается окислением и фрагментацией мембранных белков. Цитокиновый шторм, который наблюдается при COVID-19 играет фундаментальную роль в развитии осложнений, связанных с COVID-19, таких как острый респираторный дистресс-синдром, который является основной причиной смерти у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2.

Выводы. Проанализировав различия между группами с помощью корреляционного анализа протеазного профиля, было выявлено: отрицательные и положительные корреляционные связи между СРАЗ-позитивными ТК и уровнем эозинофилов, общим белком, а также АЧТВ. Обнаружено статистически значимое повышенное общее количество СРАЗ-позитивных ТК, СРАЗ-позитивных ТК с признаками дегрануляции и совместно прилежащих ТК в основной группе по сравнению с группой контроля. Рассматривается потенциальное участие СРАЗ в развитии поражения

легких при COVID-19, а именно в изменении гематологических параметров и показателей свертываемости крови, легочном фиброзе, хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы и органной недостаточности, наблюдаемых при COVID-19.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАРБОКСИПЕПТИДАЗЫ АЗ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Определить участие СРА3 (карбокси-пептидаза А3) тучных клеток в легких в патогенезе COVID-19.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, умершие от COVID-19 ($n=30$: 13 (43%) – мужчин, 17 (57%) – женщин; средний возраст – $61,1 \pm 11,9$ лет) с установленным диагнозом COVID-19 тяжелого и крайне тяжелого течения, подтвержденным методом полимеразной цепной реакции, с развитием двусторонней вирусной внебольничной пневмонии, острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), которые проходили лечение в БУЗ ВО «ВГКБСМП №1», БУЗ ВО «ВОКБ № 1» в отделениях COVID-19 в период с сентября 2021 г. по март 2022 г. и умерших в результате COVID-19. Забор аутопсийного материала легких в этом случае осуществлялся в БУЗ ВО «Воронежское областное бюро СМЭ». Затем провели количественное исследование СРА3-позитивных ТК, а также степень их дегрануляции. Статистический анализ проводился с помощью программы Statgraphics Centurion XV. Корреляционный анализ оценивался в зависимости от соответствия параметрического распределения с использованием коэффициента корреляции Спирмена и Пирсона. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У пациентов, умерших в результате от COVID-19 общее количество СРА3-позитивных ТК, СРА3-позитивных ТК с признаками дегрануляции и совместно прилежащих СРА3-позитивных ТК, было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля. Установлены: положительные корреляционные связи между общим количеством СРА3-позитивными ТК и дегранулирующими СРА3-позитивными ТК с содержанием гемоглобина крови ($p=0,008$; $p=0,004$), COVID-19, как опасное для жизни инфекционное заболевание, вызывает повреждение эндотелия, активацию свертывания и внутрисосудистое отложение фибрина, у пациентов наблюдается тромбоцитопения, повышенный уровень D-димера,

что позволяет предположить, что смерть пациентов с COVID-19 может быть связана с ДВС-синдромом, также у пациентов с COVID-19 эритроциты в крови, могут быть неспособны реагировать на изменения насыщения кислородом гемоглобина при попадании из легких в кровоток и могут иметь сниженную способность транспортировать и доставлять кислород. Отрицательные корреляционные связи между общим количеством СРА3-позитивными ТК и уровнем МНО ($p=0,050$), отдельно лежащих СРА3-позитивными ТК с количеством моноцитов ($p=0,044$), это говорит о том, что инфицированные SARS-CoV-2 моноциты, макрофаги и ТК могут вырабатывать большое количество многочисленных типов провоспалительных цитокинов и хемокинов, которые способствуют локальному воспалению тканей и опасной системной воспалительной реакции, называемой цитокиновым штормом.

Выводы. Таким образом активация и дегрануляция СРА3-позитивных ТК в легких пациентов, умерших от COVID-19 тяжелой степени тяжести, коррелирует с уровнем моноцитов, гемоглобином, а также МНО. Все это приводит к изменению гематологических параметров и показателей свертываемости крови, участию в воспалении, развитию органной недостаточности, наблюдаемые при COVID-19. Исследование карбоксипептидазы А3 в лабораторных показателях крови, может в дальнейшем иметь существенное значение в оказании специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи больным с COVID-19.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ТУЧНЫХ КЛЕТОК С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Предположить участие трансформирующего фактора роста- β (TGF- β - transforming growth factor- β) в поражении легких у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, умершие от COVID-19 ($n=30$: 13 (43%) – мужчин, 17 (57%) – женщин; средний возраст – $61,1 \pm 11,9$ лет) с установленным диагнозом COVID-19 тяжелого и крайне тяжелого течения, подтвержденным методом полимеразной цепной реакции, с развитием двусторонней вирусной внебольничной пневмонии, острым респираторным дистресс-синдромом, которые проходили лечение в БУЗ ВО «ВГКБСМП

№1», БУЗ ВО «ВОКБ № 1» в отделениях COVID-19 и умерших в результате COVID-19. Забор аутопсийного материала легких в этом случае осуществлялся в БУЗ ВО «Воронежское областное бюро СМЭ». Затем провели количественное исследование TGF- β -позитивных клеток. Статистический анализ проводился с помощью программы Statgraphics Centurion XV. Корреляционный анализ оценивался в зависимости от соответствия параметрического распределения с использованием коэффициента корреляции Спирмена и Пирсона. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В тканях легких у пациентов, умерших от COVID-19 обнаружено обширное представительство TGF- β -позитивных клеток. Выявлена отрицательная корреляционная связь: между TGF- β -позитивными клетками и содержанием палочкоядерных нейтрофилов крови ($p=0,033$); между TGF- β -позитивными клетками и уровнем С-реактивного белка по результатам биохимии крови ($p=0,013$). Имеются данные, которые подтверждают, что TGF- β повышался преимущественно при тяжелой бронхиальной астме и коррелировал со степенью обструкции дыхательных путей. Выявлена положительная корреляционная связь между TGF- β -позитивными клетками с содержанием тромбоцитов крови ($p=0,012$); TGF- β -позитивными клетками с уровнем скорости оседания эритроцитов ($p=0,025$). Ангиогенез и коагуляция при COVID-19 рассматривается не только как проявление респираторной инфекции, но и как гематологическая патология из-за его значительного воздействия на систему кровотока. Также была выявлена положительная корреляционная связь между TGF- β -позитивными клетками и наличием кашля у пациента в начале госпитализации ($p=0,046$). Наиболее частыми клиническими и лабораторными проявлениями COVID-19 были лихорадка, сухой кашель, интерстициальные изменения в легких и лимфопения. Основные и второстепенные симптомы непосредственно вызваны нарушением равновесия цитокинов при COVID-19. Таким образом, повышенное количество TGF- β , экспрессируемого в дыхательных путях, может быть связано с ремоделированием стенки дыхательных путей при хроническом кашле.

Выводы. Резюмируя вышеизложенное, стоит отметить, что активация TGF- β -позитивных клеток в легких пациентов, умерших от COVID-19, коррелирует с уровнем нейтрофилов, тромбоцитов, СОЭ, СРБ и наличием кашля у пациента. Все это играет важную роль в поражении легких при COVID-19, приводя к цитокиновому шторму, синдрому системного воспалительного ответа и полиорганной дисфункции с неблагоприятным исходом заболевания COVID-19, также воздействуя на систему кровотока, являясь источником возникновения тромбоэмболических осложнений. Получение новых сведений позволит рассматривать возможности таргетного применения препаратов, оказывающих регуляторное воздействие на TGF- β .

СКОРРЕЛИРОВАННОСТЬ ПОДАГРЫ И ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Алиева К.К., Хамраев А.А., Турсунова М.У.,
Амиркулова Ф.Д.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить взаимосвязи и взаимовлияния патологии гепатобилиарной системы и разных вариантов течения подагры.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 106 мужчин с тофусной и без тофусной формой подагры в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст – $41,3 \pm 2,1$ год). Пациенты были разделены на две группы: I группа (53 больных) – с хроническим вариантом течения болезни с тофусами, II группа (53 больных) – с хроническим вариантом течения болезни без тофусов. Для верификации патологии гепатобилиарной системы анализировали холестерин, липопротеиды, АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, билирубин. Для выявления структурных признаков фиброза ткани печени выполняли ультразвуковую эластометрию печени.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки поражения печени и билиарного тракта определены у 85% обследованных из I группы, у 40% – из II группы. При биохимическом исследовании крови повышение показателей АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, билирубина отмечалось в I группе – в 42% случаев, во II – в 16,7% случаев. Содержание общего холестерина было достоверно выше ($p < 0,01$) от показателей II группы на 28,7%. У 42,5% случаев с тофусной формой подагры при повышенном уровне холестерина крови наблюдались изменения соотношения липопротеидов в пользу преобладания ЛПНП и ЛПОНП по сравнению II группы. По данным ультразвуковой эластометрии: слабо-выраженный фиброз (F1) определен у 29% пациентов I группы, у 16,7% больных II группы. Выраженный фиброз (F3) определен только у 12% пациентов I группы и не выявлен у больных II группы ($p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, с учетом полученных результатов у пациентов с хронической тофусной формой подагры высока частота неалкогольной жировой болезни печени, начальных признаков фиброза печени в сочетании с патологией билиарной системы.



РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И АСПЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В ГОРОДЕ ДОНЕЦКЕ В 2012-2022 ГГ.

Андреев Р.Н.¹, Андреева В.И.²,
Мельник В.А.³, Лыгина Ю.А.³

¹Территориальный отдел Управления
Роспотребнадзора по ДНР в городе Донецк
и Красноармейском,
Донецк,

²Территориальный отдел Управления
Роспотребнадзора по ДНР в городе Макеевка
и Ясиноватском районе,
Макеевка,

³Донецкий государственный университет
имени М. Горького,
Донецк

Цель. Изучить многолетнюю динамику эпидемического процесса ветряной оспы (далее – ВО) и установить его современные характеристики в промышленном регионе на примере г. Донецка.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ по материалам официальной регистрации заболеваемости ВО за период 2012-2022 гг. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Кроме того, проанализированы данные официальной заболеваемости ВО в Донецкой области за период 1971-2022 гг. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ Microsoft Office 2010.

Результаты. Проведенный ретроспективный анализ показателей заболеваемости ВО населения Донецкой области за 42-летний период наблюдения (1971-2012 гг.) свидетельствует о волнообразной динамике эпидемического процесса этой инфекции. В условиях естественного развития эпидемического процесса распределение заболеваемости по годам было неравномерным и находилось в пределах от 197,9 на 100 тыс. населения в 1997 г. до 747,4 на 100 тыс. населения в 1986 г.. Среднеголетний показатель заболеваемости ВО составлял $460,6 \pm 134,66$ на 100 тыс. населения. Наблюдалась умеренная тенденция к снижению (средний темп прироста равнялся – 1,83%).

В многолетней динамике ВО нами было выделено два периода: первый (1971-1993 гг.) характеризовался высоким уровнем заболеваемости, средний показатель составил $567,8 \pm 81,89$ на 100 тыс. населения в течение второго периода (1994-2012 гг.) Уровень заболеваемости ВО был в 1,6 раз ниже ($354,1 \pm 76,02$ на 100 тыс. населения) по сравнению с первым ($p < 0,05$).

В многолетней динамике заболеваемости ВО выявлены циклические колебания. В первый период отмечено 7 подъемов заболеваемости ВО, интервал между ними составлял 3 года. Во второй период рост показателей заболеваемости регистрировался каждые 4-5 лет. Возможно, происхождение циклических колебаний связано с нарастанием заболеваемости в фазе подъема, когда формируется и растет прослойка иммунных лиц (за счет переболевших в текущий период подъема заболеваемости). Увеличение доли иммунных к вирусу ВО лиц в общей популяции населения приводит к исчерпанию вирулентного потенциала возбудителя и снижению заболеваемости этой инфекцией. Фаза снижения заболеваемости соответствует времени, в течение которого происходит накопление в популяции необходимой и достаточного количества восприимчивых к ветряной оспе человек.

Периодичность в многолетней динамике заболеваемости ВО связано не только с накоплением восприимчивых лиц в популяции, но и с экзогенными факторами, имеющими глобальное значение – такими, как магнитные бури и колебания магнитного поля Земли. Динамика заболеваемости ВО находится в противофазе с динамикой количества магнитных бурь. Таким образом, на популяционном уровне высокие параметры магнитного поля Земли в эти годы могут быть ассоциированы с низкими параметрами заболеваемости ВО населения региона, в связи с тем, что магнитные бури и повышенная активность магнитного поля Земли негативно влияют на распространение возбудителя ВО.

Заболеваемость ВО в г. Донецке за период наблюдения 2012-2022 гг. составила в среднем $325,8 \pm 22,6$ на 100 тыс. населения. Рост заболеваемости на 113,9% с 2012 по 2013 гг., в 3,2 раза на протяжении 2015-2016 гг., на 52% – в 2016-2017 гг. связан с периодичностью, свойственной данной инфекции. Это следует из анализа динамики эпидемического процесса ВО в регионе за ряд лет, которая характеризуется периодами подъема заболеваемости этой инфекцией на протяжении каждые 2-3 лет.

В общей структуре инфекционных заболеваний удельный вес ВО составлял 4,4%. Эпидемический процесс ВО реализовался в основном за счет детского населения: 92,8-93,3% заболевших составляли дети в возрасте до 17 лет, из них 90,3% – из организованных коллективов. В детских дошкольных и школьных образовательных учреждениях регистрировались очаги ВО, в которых был от 5 до 40 заболевших. ВО в отдельные годы также регистрировалась как внутрибольничная инфекция – 3,0% в общей структуре инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в 2017 г., 10,6% – в 2016 г.

Выводы. Таким образом, заболеваемость ВО в настоящее время является актуальной проблемой Донецкого региона. В эпидемическом процессе ВО за последние годы отмечается рост заболеваемости, что определяет необходимость оптимизации и повышения эффективности проводимого ранее комплекса

профилактических и противоэпидемических мероприятий. Для предотвращения заноса, возникновения и распространения ВО в качестве внутрибольничной инфекции медицинские работники должны строго выполнять санитарно-противоэпидемические мероприятия в очагах ВО - как в организованных, так и в квартирных. Оптимальной была бы их своевременная вакцинация против ВО.

ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Антонович М.Н.¹, Антонович Л.Л.²,
Вашкевич Т.А.², Абражевич Е.К.², Гучик М.Ф.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Городская клиническая больница №6,
Минск, Беларусь

Залогом эффективного лечения, предупреждения развития осложнений и снижения летальности является ранняя диагностика нарушения функции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Цель исследования. Определить зависимость стадии хронической болезни почек (ХБП) от этиологии ХСН. ХБП – это повреждение почек либо снижение их функции в течение 3 месяцев и более. Современная основана на 2 показателях: скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и признаках почечного повреждения – альбумин/креатиновое соотношение в моче. Выделяют: 5 стадий ХБП; 5 индексов альбумин/креатинового соотношения в моче (А0-А4 мг/г) и 5 типов кардиоренального синдрома.

Материал и методы. Исследование проводилось в условиях кардиологического отделения № 1 УЗ «6 ГКБ» г. Минска. Было включено 102 пациента с ХСН (26 мужчин и 76 женщин). Средний возраст составил 71,53±10,83 лет. Пациентов с сахарным диабетом в исследование не включали. У всех пациентов была перманентная форма фибрилляции предсердий и второй тип кардиоренального синдрома. Стадии ХБП определяли по расчетной СКФ и альбумин/креатининовому соотношению в моче. СКФ определяли по формуле CKD-EPI.

Результаты. По этиологии ХСН было 91% пациентов (93 чел.) с артериальной гипертензией в сочетании с ИБС и 9% (9 чел.) – с ИБС. Пациенты с ХСН по функциональным классам (ФК) распределились следующим образом: ФК I – 3,4%; ФК II – 20,6%; ФК III – 46,7%; ФК IV – 29,3%. Кардиоренальный синдром второго типа при ХСН ведет к повреждению и дисфункции почек вследствие низкого сердечного выбро-

са, эндотелиальной дисфункции, прогрессирующего атеросклероза, увеличения сосудистого сопротивления в почках и повышения уровня венозного давления. Распределение пациентов по ФК ХСН и стадиям ХБП было следующим: ХСН ФК I была ХБПс3А у 5 (4,9%); ХСН ФК II была ХБПс3Б у 4 (3,9%); ХСН ФК III была ХБПс3Б у 30 (29,4%), а ХБПс4 – у 34 (33,3%); ХСН ФК IV была ХБП с4 у 29 (28,5%) пациентов. У пациентов с ХСН, обусловленной артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, были ФК ХСН III и IV, а ХБП стадия 3Б и 4. Пациенты с ХСН, обусловленной ИБС имели ХБП стадию 3А и 3Б.

Заключение. Пациенты с ХСН, обусловленной артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, имели (ХБП СЗБ и ХБПС4) более тяжелые стадии ХБП, что требует интенсивного воздействия на управляемый фактор риска ИБС – артериальную гипертензию с достижением целевого уровня артериального давления.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОДЕРЖАНИЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И АКТИВНОСТЬЮ КОМПЛЕМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ

Антонович М.Н.¹, Антонович Л.Л.²,
Вашкевич Т.А.², Абражевич Е.К.², Гучик М.Ф.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Городская клиническая больница №6,
Минск, Беларусь

Введение. Артериальная гипертензия – это многофакторное заболевание, в патогенезе которого важную роль играет развитие эндотелиальной дисфункции. Главное звено патогенеза эндотелиальной дисфункции – это дисбаланс между продукцией вазодилатирующих, ангиопротективных, антипролиферативных факторов, с одной стороны, и вазоконстриктивных, протромботических, пролиферативных факторов, – с другой стороны. При артериальной гипертензии (АГ) происходит повреждение стенки эндотелия. Это в свою очередь приводит к высвобождению из эндотелиоцитов γ -кетоальдегидов. В результате классического и альтернативного пути активации комплемента происходит высвобождение анафилатоксинов C3a и C5a, повышающих проницаемость сосудистой стенки и индуцирующих образование медиаторов воспаления. Также, C5a является хемоаттрактантом, привлекающим фагоциты к сосудистой стенке. Это приводит к воспалительной инфильтрации и развитию эндотелиальной дисфункции с увеличением прессорных влияний на стенку сосудов. Кроме того, в орга-

низме больных АГ происходит усиленное образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), которые могут вызвать острую воспалительную реакцию с повышенной секрецией лимфокинов, вазоконстрикторов и антиагрегантов.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между содержанием ЦИК в венозной крови пациентов с АГ первой степени и активностью комплемента.

Материалы и методы. Исследование проводилось в УЗ «БГКБ» г. Минска. С информированного согласия пациентов в условиях кардиологического отделения было сформировано 4 опытные группы: 1 группа – 40 здоровых мужчин с нормальным артериальным давлением; 2 группа – 29 мужчин с АГ 1 степени риск 2; 3 группа – 30 мужчин с АГ 1 степени риск 3; 4 группа – 30 мужчин с АГ 1 степени риск 3, но после перенесенной коронавирусной инфекции. Средний возраст составил $48,4 \pm 0,7$ лет. Диагноз «артериальная гипертензия» установлен в условиях стационара по критериям ЕОК/ЕОАГ с учетом факторов риска и поражения органов-мишеней. Критерием исключения из исследования было наличие симптоматической АГ, ассоциированных клинических состояний и психических расстройств. Материалом для исследования была венозная кровь пациентов. Концентрацию и размер ЦИК определяли методом преципитации. Также, в сыворотке крови определяли содержание С3 и С5 компонентов комплемента. Статистическая обработка данных проводилась в пакете программ Statistica 10.0. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с АГ 1 степени риск 3 с перенесенной коронавирусной инфекцией содержание и размер ЦИК статистически значимо выше, чем у здоровых лиц и у пациентов с АГ 1 степени риск 2. Кроме того, у пациентов с АГ 1 степени риск 3 концентрация в сыворотке крови ЦИК выше, чем у 2 группы, а размер ЦИК хотя и незначительно, но меньше.

Пациенты с АГ 1 степени риск 3 и пациенты с той же степенью и риском, но после перенесенной коронавирусной инфекции имели достоверно более низкие концентрации С3, в сравнении со здоровой группой (таб. 1). У 2, 3 и 4 группы концентрация С5 оказалась достоверно ниже по сравнению со здоровыми лицами, но у пациентов с перенесенной коронавирусной инфекцией содержание С5 выше, чем у пациентов с АГ 1 степени риск 2 и риск 3 (таб. 1).

Вывод. Артериальная гипертензия сопровождается активацией системы иммунитета. Повреждение эндотелиальной стенки приводит к активации гуморального иммунитета и продукции антител, которые связываются с антигенами с образованием ЦИК, которые оседают на стенках сосудов и в органах-мишенях. Относительная, по сравнению со здоровыми лицами, недостаточность компонентов комплемента приводит к невозможности полностью и эффективно удалять ЦИК и развитию эндотелиальной дисфункции с продукцией вазоконстрикторных факторов.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Аралова Ю.А., Перцев А.В., Гречкин В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель работы. Изучить структуру лихорадки у пациентов терапевтического профиля и оценить возможности ранней дифференциальной диагностики на первичном и стационарном этапах оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В исследование включено 117 пациентов от 25 до 52 лет (43 мужчины и 74 женщины, средний возраст $42,5 \pm 7$ лет) с лихорадочным синдромом продолжительностью более 5 дней, госпитализированных в терапевтическое, кардиологическое и пульмонологическое отделения. Всем пациентам проводится стандартный комплекс диагностических процедур, включающий анализы крови и мочи, биохимические исследования, а также, по показаниям, УЗИ внутренних органов, рентгенографию или КТ органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что среди 117 пациентов с лихорадкой, находящихся на стационарном лечении. В 50 случаях была диагностирована пневмония различной степени тяжести, 17 из которых были диагностированы на первичном этапе. Также было зафиксировано 12 случаев бронхита. Среди пациентов кардиологического профиля обнаружено 18 случаев инфекционного эндокардита. В исследуемой группе выявлены пациенты с хроническим алкогольным гепатитом (12 человек), системной красной волчанкой и псевдосептической формой ревматоидного артрита (по 2 случая), острым пиелонефритом (13 случаев) и опухоли различной локализации (17 случаев). Важно отметить, что у 86% пациентов пульмонологического профиля в течение первых трех суток была обнаружена инфильтрация легких. При этом у 78% из них при первом анализе крови был выявлен нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы.

Вывод. Крайне важно на амбулаторных и стационарных этапах лечения выявлять группы риска и проводить всестороннюю лабораторно-инструментальную диагностику, основываясь на клинической картине заболевания у пациентов. Это необходимо для точной и своевременной дифференциальной диагностики. Такой подход поможет улучшить прогноз заболевания и сократить время реабилитации для данной категории пациентов.

СЛОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА

Арлова Ю.А., Перцев А.В., Гречкин В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Изучить структуру заболеваний, методы их диагностики у пациентов с систолическим шумом на верхушке сердца.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 60 пациентов в возрасте от 19 до 57 лет с систолическим шумом, локализованным на верхушке сердца, находившимся на лечении в кардиологическое отделение. Всем больным проводились ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование.

Результаты и их обсуждение. Самой частой причиной систолического шума на верхушке сердца оказался пролапс митрального клапана, он был выявлен у 26 больных. Аускультативно у 9 пациентов определялся систолический шум, у 6 – систолический щелчок и поздний систолический шум, у 4 – изолированный систолический щелчок, у остальных изменений аускультативной картины не было. При ультразвуковом исследовании сердца у 16 пациентов выявлен пролапс передней створки митрального клапана, у 5 – задней створки, у 8 – пролапс обеих створок митрального клапана. Ультразвуковая диагностика обнаруживает среднесистолическое, позднее систолическое и голосистолическое провисание створок митрального клапана; пролабирование одной или обеих створок при исследовании парастернальным и апикальным доступами; позднюю митральную регургитацию при доплеровском исследовании. Вторая по частоте причина систолического шума на верхушке сердца – недостаточность митрального клапана. На была выявлена у 22 больных: в 4 случаях оказался сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности, в 3 – инфекционный эндокардит, в 9 – относительная митральная недостаточность, в 4 – миксоматозная дегенерация створок митрального клапана, в 2 – ишемическая дисфункция папиллярных мышц. При аускультации ослабление I тона выявлено у 14 больных, дующий систолический шум – у 10, систолический шум низкого тембра – у 7, шум слабой интенсивности – у 3. У 8 пациентов шум занимал начало систолы, у 15 – примерно половину систолы, у 2 больных шум был пансистолическим. В 9 случаях выслушивался протодиастолический галоп за счет наличия патологического III тона. При рентгенологическом исследовании увеличение I дуги на левом контуре сердца выявлено у 12 больных, а III и I дуг – у 3 пациентов.

Выводы. Причиной систолического шума на верхушке сердца в 26 случаях явился пролапс митрального клапана, в 22 – недостаточность митрального клапана той или иной этиологии. Дифференциальная диагностика должна базироваться на тщательном анализе клинической картины, данных инструментальных методов исследования.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Арлова Ю.А., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у больных с метаболическим синдромом, выявить факторы риска развития ХОБЛ у пациентов с метаболическим синдромом

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 70 пациентов (45 мужчин (64%) и 25 женщин (36%)), проходивших диспансеризацию в поликлинике №10 г. Воронежа в период с июля по ноябрь 2024 года. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа (n=40): пациенты в возрасте от 40 до 75 лет с ранее установленным диагнозом ХОБЛ и сопутствующей коморбидной патологией (метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), сахарный диабет, избыточный вес или ожирение). Вторая группа (n=30): пациенты в возрасте от 40 до 75 лет с метаболическим синдромом (ИМТ ≥ 25) при отсутствии ранее установленного диагноза ХОБЛ.

В рамках диспансеризации каждый участник исследования заполнял анкеты для выявления хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска.

Для выявления факторов риска развития заболеваний оценивались следующие параметры: наличие ожирения, артериальной гипертензии (АД $>140/90$ мм рт. ст. в покое или медикаментозная терапия АД), дислипидемия (по результатам биохимического анализа крови) и курение. Всем пациентам была проведена спирометрия с использованием спирометрической компьютерной системы «Спиро-Спектр» (Нейрософт).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что у коморбидных пациентов с ХОБЛ и МС наблюдаются общие факторы риска. Наиболее значимыми являются нарушения липидного обмена (90% в первой группе и 100% во второй), повышенное артериальное давление (70% в первой и 33,3% во второй группах) и курение (82,5% в первой и 26% во второй группах). Уровень глюкозы в венозной крови был статистически значим только для второй группы пациентов.

У пациентов с коморбидным (мультиморбидным) течением ХОБЛ всегда были выявлены дыхательные нарушения смешанного типа. Но значительное снижение ЖЕЛ от должного значения отмечалось только у 30 человек (75%). При этом у 70% пациентов из второй группы с имеющимся МС, при нормальном значении ОФВ1/ЖЕЛ (>70%), и сохраненной ЖЕЛ, наблюдались рестриктивные изменения, что подтверждается снижением ЖЕЛ на спирограмме

Выводы. Ранняя диагностика и лечение как ХОБЛ, так и метаболического синдрома имеют решающее значение для улучшения прогноза. У пациентов с ХОБЛ и пациентов с метаболическим синдромом достоверно часто встречаются общие факторы риска, которые характеризуются нарушением липидного обмена, артериальной гипертензией и наличием факта курения. Общность факторов риска и звеньев патогенеза, подтверждается тенденцией к снижению функции внешнего дыхания у пациентов с метаболическим синдромом, что требует пристального внимания врачей-терапевтов.

РОЛЬ Т-ЛИМФОЦИТОВ В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Арсентьева Н.А., Коробова З.Р.

НИИ эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,

ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Введение. Постковидный синдром развивается у 10-20% лиц, перенесших COVID-19. Эта патология неспецифична, для нее характерна совокупность длительно продолжающихся симптомов, которые могут возникать в ассоциации с перенесенным COVID-19. Основными проявлениями постковидного синдрома являются: чувство усталости, одышка и когнитивные нарушения. Ключевыми противовирусными эффекторными клетками и регуляторами иммунного ответа являются Т-лимфоциты. При острой вирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2, отмечаются нарушения иммунной регуляции, которые могут сохраняться длительное время после перенесенного заболевания. Предположительно, иммунологические нарушения лежат и в основе развития постковидного синдрома.

Цель исследования. Провести анализ содержания малых субпопуляций Т-лимфоцитов у лиц с постковидным синдромом.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с диагнозом «постковидный синдром», наличие которого определялось персистенцией комплекса психоневрологических и соматических симптомов более 12 недель, которые развились во время или после COVID-19; больные в острой фазе COVID-19; реконвалесценты в фазе полного выздоровления и

условно-здоровые доноры в качестве контрольной группы. Методом проточной цитофлюориметрии в периферической крови проводили оценку содержания субпопуляций Т-лимфоцитов: проведен анализ субпопуляций Т-лимфоцитов в зависимости от стадии дифференцировки, на основании экспрессии хемокиновых рецепторов CCR4, CCR6, CXCR5 и CXCR3 произведена оценка «поляризованных» Т-лимфоцитов: субпопуляций цитотоксических Т-клеток: Tc1, Tc2, Tc17 и Т-хелперных клеток: Th1, Th2, Th17, Т-фоликулярных хелперных клеток.

Результаты. Несмотря на нормальное содержание основных субпопуляций Т-лимфоцитов в исследуемых группах, обнаружены значимые изменения в субпопуляционном составе Т-хелперов и цитотоксических Т-лимфоцитов. Обнаружено повышенное содержание Th1 и Th2 и сниженное содержание Th17 у пациентов с постковидным синдромом. При анализе цитотоксических Т-лимфоцитов выявлено перераспределение субпопуляций Т-клеток, находящихся на различных стадиях дифференцировки: сниженное содержание наивных Т-лимфоцитов и повышенное количество терминально-дифференцированных клеток. Выявлены особенности в субпопуляционном составе «поляризованных» Т-лимфоцитов, характерные для постковидного синдрома.

Выводы. Как и острый COVID-19, постковидный синдром – это иммунодисрегуляторное состояние, которое сопровождается специфическими отклонениями со стороны Т-лимфоцитарного звена иммунной системы.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ТУЧНЫХ КЛЕТОК СЕРДЦА И ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ИХ ПРОТЕАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Архипова Е.Д., Будневский А.В., Шишкина В.В.,
Черник Т.А., Первеева И.М., Токмачев Р.Е.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Оценить и сравнить протеазный профиль тучных клеток (ТК) в тканях сердца и легких у пациентов, погибших вследствие новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Материалы и методы. Сформированная выборка состояла из 40 пациентов, госпитализированных с диагнозом COVID-19 тяжелого и крайне тяжелого течения, погибших вследствие диффузного альвеолярного повреждения. Диагноз подтверждался методом полимеразной цепной реакции. Доля мужчин составляла 52,5% (n=21), женщин – 47,5 (n=19), средний возраст

обследованного контингента равнялся $66,65 \pm 7,40$ года. Среди сопутствующих патологий артериальная гипертензия была выявлена у 77,5% включенных пациентов, стабильная стенокардия напряжения у 2,5%, постинфарктный кардиосклероз у 2,5%, хроническая сердечная недостаточность у 22,5%, хронический пиелонефрит у 5%, хроническая болезнь почек у 10%, ожирение у 15% пациентов.

Аутопсийный материал тканей сердца и легких был использован для окрашивания гематоксилином, эозином и по Пикро–Маллори, а также для проведения иммуногистохимического анализа. Проводился подсчет общего числа ТК с учетом степени дегрануляции, а также количественный анализ протеазного профиля (триптаза, химаза, карбоксипептидаза АЗ (СРАЗ)) на 1 мм^2 .

Результаты и обсуждение. ТК всех фенотипов преобладали в тканях легких ($p=0,0000$). В обоих исследуемых органах наибольшее количество ТК относились к триптаза-позитивному фенотипу, а наименьшее – к химаза-позитивному фенотипу.

Наибольшие различия между сердцем и легкими наблюдались в отношении триптаза-позитивных ТК: медианы составили 2,39 [1,795; 3,42] на 1 мм^2 и 23,87 [14,8; 34,53] на 1 мм^2 соответственно ($p=0,0000$). Количество химаза позитивных ТК в сердце равнялось 0,34 [0,00; 0,85] на 1 мм^2 и 0,73 [0,36; 1,45] на 1 мм^2 в легких ($p=0,0000$). Медиана количества СРАЗ-позитивных тучных клеток в тканях сердца составила 1,2 [0,51; 2,135] на 1 мм^2 и 2,97 [0,43; 6,8] на 1 мм^2 в легких. Дегранулированные ТК преобладали во всех исследованных фенотипах.

Проведенный корреляционный анализ не установил связей между количеством ТК, полом пациентов и регистрируемыми сопутствующими патологиями. Была определена слабая прямая корреляционная связь между возрастом пациентов и общим количеством СРАЗ-позитивных ТК сердца ($r=0,3789$; $p=0,0180$). Так же был найден ряд положительных корреляционных связей между количеством ТК в исследуемых органах. Была установлена прямая связь средней силы между общим количеством СРАЗ-позитивных ТК в сердце и легких ($r=0,5056$; $p=0,0319$), а также слабые прямые связи между триптаза-позитивными ТК с признаками дегрануляции ($r=0,4711$; $p=0,0001$), всеми группами химаза-позитивных ТК (для дегранулированных: $r=0,3671$; $p=0,0023$, для недегранулированных: $r=0,2499$; $p=0,0379$, для общего количества: $r=0,4094$; $p=0,0007$), СРАЗ-позитивных ТК с признаками дегрануляции ($r=0,4054$; $p=0,0387$) и СРАЗ-позитивных ТК без признаков дегрануляции ($r=0,3899$; $p=0,0468$) в тканях сердца и легких.

Выводы. Полученные в ходе корреляционного и сравнительного анализов данные могут свидетельствовать об опосредованном ТК поражении сердца, в том числе в рамках системного воспалительного процесса, как об одном из возможных механизмов развития повреждения миокарда при COVID-19.

РОЛЬ ХИМАЗА-ПОЗИТИВНЫХ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МИОКАРДА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Архипова Е.Д., Будневский А.В., Шишкина В.В.,
Черник Т.А., Первеева И.М., Токмачев Р.Е.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Проанализировать результаты корреляционного анализа химаза-позитивных тучных клеток (ТК) тканей сердца у пациентов, погибших вследствие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с результатами клинико-лабораторных показателей.

Материалы и методы. В исследование было включено 40 пациентов, госпитализированных с COVID-19 тяжелого и крайне тяжелого течения. Половой состав выборки был представлен 52,5% мужчин ($n=21$) и 47,5% женщин ($n=19$). Средний возраст обследованных пациентов составил $66,65 \pm 7,40$ лет. В структуре сопутствующей патологии у исследованного контингента артериальная гипертензия была выявлена у 77,5%, стабильная стенокардия напряжения у 2,5%, постинфарктный кардиосклероз у 2,5%, хроническая сердечная недостаточность у 22,5%, хронический пиелонефрит у 5%, хроническая болезнь почек у 10% и ожирение у 15% пациентов.

Обследование пациентов включало сбор объективных данных и оценку показателей общего анализа крови. Лабораторные показатели оценивались в первый день госпитализации.

Аутопсийный материал тканей сердца был окрашен гематоксилином, эозином и по Пикро–Маллори, а также подвергнут иммуногистохимическому анализу. Проводился подсчет числа химаза-позитивных ТК с учетом степени дегрануляции на 1 мм^2 с анализом не менее 50 полей зрения.

Результаты. Медиана количества дегранулированных химаза-позитивных ТК в тканях сердца составила 0,34 [0,00; 0,68] на 1 мм^2 , химаза-позитивных ТК без признаков дегрануляции – 0,00 [0,00; 0,085] на 1 мм^2 и общего количества химаза-позитивных ТК – 0,34 [0,00; 0,85] на 1 мм^2 . Таким образом, преобладали дегранулированные клетки.

Результаты корреляционного анализа позволили установить наличие положительных связей между палочкоядерными нейтрофилами, общим количеством химаза-позитивных ТК ($r=0,71$; $p=0,0133$), химаза-позитивными ТК с признаками дегрануляции ($r=0,67$; $p=0,0194$) и химаза-позитивными ТК без признаков дегрануляции ($r=0,57$; $p=0,0464$), а также скоростью оседания эритроцитов, общим количеством химаза-позитивных ТК ($r=0,33$; $p=0,0480$) и дегранулиро-

ванными химаза-позитивными ТК ($r=0,34$; $p=0,0434$). Также были выявлены положительные корреляционные связи между температурой тела накануне летального исхода, общим количеством химаза-позитивных ТК ($r=0,33$; $p=0,0445$) и дегранулированными химаза-позитивными ТК ($r=0,36$; $p=0,0275$). Связей количества химаза-позитивных ТК с полом, возрастом, длительностью заболевания и наличием сопутствующих патологий найдено не было.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволили определить ряд положительных корреляционных связей между показателями, характеризующими воспаление и количеством химаза-позитивных ТК в тканях сердца в исследуемой выборке. Полученные данные могут указывать на возможное опосредованное химаза-позитивными ТК вовлечение сердца в системный воспалительный процесс при COVID-19.

УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ GAS5, MALAT1, TUG1, FOXP3 И RORC В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Аторин Д.А.¹, Жулай Г.А.¹, Топчиева Л.В.¹,
Курбатова И.В.¹, Дуданова О.П.

¹Карельский научный центр РАН,
²Петрозаводский государственный университет,
Петрозаводск

Язвенный колит (ЯК) – хроническое аутоиммунное заболевание толстой кишки, характеризующееся воспалением ее слизистой оболочки. Предположительно, в основе патогенеза ЯК лежит нарушение баланса провоспалительных Т-эффекторных (Th17) и противовоспалительных Т-регуляторных (Treg) клеток. Транскрипционный фактор RAR-related orphan receptor gamma (ROR γ), кодируемый геном RORC, играет ключевую роль в дифференцировке и поддержании эффекторных субпопуляций Th17. Ключевым транскрипционным фактором для Treg-клеток является forkhead box P3 (FOXP3), кодируемый геном FOXP3. FOXP3 играет важную роль в развитии и функционировании Treg клеток. Регуляция экспрессии этих генов осуществляется на транскрипционном и посттранскрипционном уровне и, вероятно, опосредована эпигенетическими механизмами, в частности, участием в этих процессах длинных некодирующих РНК (днРНК). ДнРНК относятся к классу некодирующих РНК, способных контролировать уровень транскриптов генов, вовлекаясь в ремоделирование хроматина, процессы альтернативного сплайсинга, модулирование экспрессии микроРНК. ДнРНК GAS5, MALAT1 и TUG1 способны регулировать экспрессию генов, ответственных за реализацию процессов воспаления при ряде иммунновоспалитель-

ных заболеваний. Вероятно, они также могут контролировать уровень транскриптов генов FOXP3 и RORC. Однако сведений относительно количества днРНК GAS5, MALAT1 и TUG1 у больных ЯК и их связи с экспрессией указанных генов практически нет в имеющейся на данный момент литературе.

Цель исследования. Изучить уровень длинных некодирующих РНК GAS5, MALAT1, TUG1, относительную экспрессию генов FOXP3 и RORC в лейкоцитах периферической крови при язвенном колите и оценить возможную связь между ними.

Материалы и методы. В исследование включены условно здоровые люди ($n=18$) и пациенты с диагнозом ЯК ($n=27$). Диагноз ЯК устанавливали общими методами диагностики согласно критериям Truelove-Witts. Больные ЯК находились на базисной терапии производными 5'АСК (сульфасалазин, салафальк), их средний возраст составил 43 ± 5 года. В группу контроля были включены 18 условно здоровых людей (средний возраст – 42 ± 4 года).

Использовали периферическую кровь, взятую натощак. Тотальную РНК (тотРНК) выделяли из лейкоцитов периферической крови (ЛПК) фенол-хлороформным методом с помощью коммерческих реагентов. кДНК синтезировали с использованием MMLV транскриптазы. Уровень транскриптов генов изучали методом ПЦР в режиме реального времени. Каждую ПЦР повторяли не менее 2-х раз.

Статистическая обработка данных выполнена в пакете программ GraphPad Prism (version 7.0). Значимость различий средних величин оценивали с помощью U-критерия Вилкоксона-Манна-Уитни. Проведен корреляционный анализ по Спирмену. Различия в экспрессии генов между группами исследования считались значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Обнаружено увеличение относительного уровня мРНК гена FOXP3 у больных ЯК ($p=0,02$) по сравнению с условно здоровыми людьми. Выявлено повышение относительного содержания транскриптов генов RORC ($p=0,01$); GAS5 ($p=0,004$); MALAT1 ($p=0,0002$) и TUG1 ($p=0,0007$) в ЛПК больных ЯК при сравнении с условно здоровыми людьми. Проведен ранговый корреляционный анализ по Спирмену. Обнаружена тесная корреляционная связь между относительным уровнем транскриптов генов FOXP3 и RORC ($r=0,82$; $p<0,001$); GAS5 и MALAT1 ($r=0,79$; $p=0,001$); GAS5 и TUG1 ($r=0,81$; $p<0,001$) в группе больных ЯК. Количество транскриптов гена FOXP3 в ЛПК больных людей положительно коррелировало с уровнем экспрессии GAS5 ($r=0,44$; $p=0,0232$); MALAT1 ($r=0,58$; $p=0,0089$). В этой же группе обследованных выявлена умеренная связь между относительным количеством GAS5 и уровнем MALAT1 ($r=0,79$; $p=0,001$), GAS5 и TUG1 ($r=0,81$; $p<0,001$). Не выявлено корреляционных связей уровня мРНК гена RORC с содержанием транскриптов GAS5, MALAT1, TUG1. Вероятно, выявленная положительная корреляция между количеством транскриптов FOXP3 и изученных днРНК свиде-

тельствует о том, что при ЯК они участвуют в регуляции экспрессии гена FOXP3 и возможно в изменении баланса Th17/Treg. В группе условно здоровых людей корреляционных связей между относительными уровнями экспрессии генов FOXP3, RORC, GAS5, MALAT1 и TUG1 в ЛПК не выявлено.

Выводы. Уровень экспрессии генов GAS5, MALAT1, TUG1, FOXP3 и RORC в лейкоцитах периферической крови больных язвенным колитом выше, чем в ЛПК условно здоровых людей. В группе больных ЯК обнаружена корреляционная связь между относительным содержанием в ЛПК мРНК гена FOXP3 и уровнем транскриптов днРНК GAS5, MALAT1 и TUG1.

СИНДРОМ MDDS И КОМОРБИДНАЯ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Ахмедова К.Н., Мирзаева Л.М.,
Константинов А.О., Воронов В.А.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Головокружение и нарушения равновесия – это одни из наиболее распространенных жалоб, с которыми пациенты обращаются к неврологам и другим специалистам. Эти состояния могут значительно ухудшить качество жизни и затруднить выполнение повседневных задач. Причины головокружения могут быть разнообразными и включают как физические, так и психические факторы.

Однако не все причины головокружения являются очевидными. Одно из редких и недооцененных состояний – синдром Mal de débarquement (MdDS), который может развиваться после длительных поездок. Пациенты с этим синдромом могут испытывать постоянное ощущение движения, что требует особого внимания со стороны специалистов. Психогенные причины головокружения, такие как тревожные расстройства или панические атаки, также играют важную роль в диагностике.

Дифференциальная диагностика головокружения должна включать в себя различные методы обследования. К ним относятся магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ), которые позволяют визуализировать структуру головного мозга и выявить возможные патологии. Аудиометрические тесты помогают оценить состояние слухового аппарата, а вестибулярные пробы позволяют проверить функцию вестибулярного аппарата. Эти исследования помогают врачу составить полную картину состояния пациента и определить наиболее вероятную причину головокружения и выявить имеющиеся коморбидные заболевания.

Важно помнить, что подход к лечению головокружения должен быть индивидуальным и учитывать все аспекты здоровья пациента. В некоторых случаях

может потребоваться применение антидепрессантов или анксиолитиков для улучшения психоэмоционального состояния пациента. Физиотерапия и специальные вестибулярные упражнения также могут значительно улучшить состояние больного и восстановить его качество жизни. Комплексный подход к диагностике и лечению головокружения и нарушений равновесия способен не только облегчить симптомы, но и помочь пациенту вернуть уверенность в своих силах и улучшить общее качество жизни.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости синдрома MdDS, его коморбидность с другими заболеваниями, сопровождающимися головокружением.

Материалы и методы. Было обследовано 2700 пациентов с головокружениями на отделении оториноларингологии в СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2022 по 2024 год.

Результаты. Средний возраст всех пациентов составил 52,4 года. Из 2700 пациентов MdDS страдали 16 человек (0,2%), из них 94,3% женщины (15 пациентов), 5,7% – мужчины (1 пациент). У большинства пациентов с данным синдромом отмечалась коморбидность с персистирующим постурально-перцептивным головокружением (ПППГ) (87,5%), 38,7% пациентов с MdDS страдали от вестибулярной пароксизмии, 10,1% имели доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (ДППГ), 4,5% – вестибулярную мигрень.

Выводы. Специфические симптомы определяют необходимость проведения дифференциальной диагностики этого редкого синдрома с ДППГ, вестибулярной мигренью, ПППГ. Поэтому пациентам с MdDS рекомендуется проведение нейровизуализационных исследований, вестибулярных тестов для исключения болезни Меньера, ДППГ и других отоневрологических расстройств.

ИЗМЕНЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОВТОРНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ

Бажанова В.В., Леонова И.А., Хворик Ф.Д.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выполнение баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий на сегодняшний день является наиболее эффективным методом лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Несмотря на значительный прогресс в методике проведения вмешательства, появлении новых типов стентов, проблема развития рестеноза коронарного стента и прогрессирования коронарного атеросклероза остается актуальной, в связи с чем цель нашего исследования –

на основании данных историй болезни пациентов с острыми, либо хроническими формами ИБС, подвергнутых повторному ангиографическому вмешательству, оценить частоту, сроки развития рестеноза коронарного стента, либо прогрессирования коронарного атеросклероза, а также оценить характер поражения коронарных артерий (класс по классификации Mehran, количество пораженных сосудов, наиболее часто поражаемые коронарные артерии).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 5288 историй болезни пациентов, госпитализированных в плановом и экстренном порядке в кардиологическое отделение клиники Петра Великого Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова в 2020-2022 гг. Среди них отобрано 445 историй болезни пациентов с ИБС, у которых по данным повторной коронароангиографии (КАГ) диагностировано прогрессирование коронарного атеросклероза, рестеноз коронарного стента, либо сочетание прогрессирования атеросклероза и коронарного рестеноза. В исследование включались пациенты, имеющие как стентирование, так и шунтирование коронарных артерий в анамнезе.

С учетом изменений по результатам повторной КАГ/коронарошунтографии (КШГ) было сформировано 3 группы пациентов: первую группу составили пациенты с доказанным ангиографически прогрессированием коронарного атеросклероза: увеличение выраженности имевшегося ранее гемодинамически незначимого стеноза до 50% и более, либо формирование стеноза de novo более 50% (56,2% случаев); вторую группу составили пациенты с прогрессированием коронарного атеросклероза в сочетании с рестенозом в стенте/шунте (25,2% случаев); третью группу – пациенты с изолированным рестенозом в стенте, либо шунте (18,6% случаев).

Результаты и обсуждение. Среди пациентов, включенных в исследование, преобладали лица мужского пола – 310 человек (69,7%). Средний возраст пациентов составил 66,5 лет (возрастной диапазон – от 37 до 90 лет). В 66% случаев повторная КАГ выполнялась в плановом порядке в связи с рецидивом клиники стенокардии напряжения, в 44%-в экстренном порядке в связи с развитием острого коронарного синдрома. При оценке рентгеноморфологических особенностей рестеноза согласно классификации Mehran были получены следующие результаты: наиболее часто встречался класс II (48,6%), немного реже – класс IC (22,7%), далее следует класс IB (15,2%), III, IV классы (по 6% в каждой группе), класс ID (1,5%).

Среди пациентов первой группы частота раннего прогрессирования коронарного атеросклероза (до 12 месяцев) составила 10,2%, позднего прогрессирования (более 12 месяцев) – 89,8% случаев.

Среди пациентов второй группы изменения в коронарных артериях чаще были диагностированы спустя 12 месяцев и более после первичной КАГ (75,8% случаев).

Проанализировав третью группу пациентов, можно сделать вывод о том, что чаще наблюдался рестеноз одной коронарной артерии (62% случаев).

Локализация рестеноза наиболее часто наблюдалась в бассейне правой коронарной артерии (ПКА) (47%), рестеноз передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) наблюдался в 44%, огибающей артерии (ОА) – в 17% случаев, маргинальной ветви (МВ) – в 3,8%, диагональной ветви (ДВ), ствола ЛКА, задне-боковой ветви (ЗБВ), ветви тупого края (ВТК) – по 1,3% случаев; рестеноз шунта – в 3,8% случаев. Многососудистое поражение с подсчетом индекса SYNTAX было выявлено в 2,2% случаев.

Чаще рестеноз коронарных артерий был диагностирован по прошествии первых 12 месяцев после стентирования (68,7% случаев).

Выводы. Среди пациентов, включенных в исследование преобладали пациенты мужского пола с прогрессированием коронарного атеросклероза в отдаленном периоде (более 12 месяцев). Частота развития рестеноза коронарного стента наблюдалась в 43,8% случаев, чаще рестеноз сочетался с прогрессированием коронарного атеросклероза в артериях, не подвергнутых ранее стентированию. Наиболее часто встречался вариант рестеноза, соответствующий классу II по классификации Mehran (диффузный «in-stent» рестеноз (протяженность более 10 мм), не выходящий за пределы стента).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МНОЖЕСТВЕННОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЗРОСЛЫХ: СЕРИЯ ИЗ 15 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Бандурко Е.П.¹, Петухова А.А.², Гайдукова И.З.¹

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

²Ломоносовская МБ,

Санкт-Петербург

Введение. Хронический множественный небактериальный остеомиелит (ХМНО) – это орфанное аутовоспалительное заболевание костей и суставов неясной этиологии, сопровождающееся формированием множественных очагов остеоита, рефрактерных к хирургическим методам лечения и антибактериальной терапии. Ввиду орфанного характера заболевания и редкости его дебюта у взрослых, вопрос эффективности консервативного лечения ХМНО взрослых представляет большую проблему для широкого круга специалистов.

Цель работы. Оценить эффективность консервативного лечения ХМНО взрослых по результатам одного года наблюдения.

Дизайн исследования. Анализ литературных источников и обобщенный ретроспективный опыт ведения 15 пациентов с ХМНО взрослых (многоцентровое исследование).

Материалы и методы. 15 пациентов в возрасте ≥ 18 лет с гистологически подтвержденным диагнозом «ХМНО» находились под наблюдением у лечащего врача. Регистровали клинико-демографические и лабораторные данные пациентов.

Результаты. В исследуемой группе было 7 (46,67%) женщин и 8 (53,33%) мужчин, средний возраст пациентов составил $34,48 \pm 15,32$ года.

Заключение. В типичной по половозрастной структуре группе взрослых пациентов с ХМНО консервативное лечение с применением иммуносупрессивных препаратов позволяет достичь контроля над активностью заболевания в виде отсутствия рецидивов остейта и достоверно значимого снижения оцениваемых клинико-лабораторных параметров воспалительной активности.

ИММУНОГЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПО ДАННЫМ ФГБНУ НИИР ИМ. В.А. НАСОНОВОЙ

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С.,
Тарасова Г.М., Сергеева М.С.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить безопасность, иммуногенность, эффективность 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакциной (ППВ-23) у больных воспалительными заболеваниями суставов (ВЗС): ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС) и псориатическим артритом (ПсА), а также у больных системной красной волчанкой (СКВ) и антифосфолипидным синдромом (АФС), наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

Материалы и методы. В открытое проспективное исследование было включено 97 пациентов с РА, 52 – АС, 27 – ПсА, из них женщин – 99, мужчин – 77, в возрасте от 20 до 79 лет, а также 78 больных СКВ, в том числе 18 (23%) в сочетании с АФС, и 13 пациен-

тов с первичным АФС, из них женщин – 78, мужчин – 13, в возрасте от 19 до 68 лет, получающих различную противоревматическую терапию. ППВ-23 вводили в количестве 1 дозы (0,5 мл) внутримышечно. На каждом из 3-х визитов (исходный, через 1-3 и 12 мес. после вакцинации ППВ-23) определяли суммарный уровень стрептококковых антител (АТ) IgG методом иммуноферментного анализа при помощи наборов EIA PCP IgG (Test Line Clinical Diagnostics, Чехия). Также оценивали клиническую эффективность и безопасность ППВ-23, в т.ч. влияние на активность РА, АС, ПсА, СКВ и АФС по динамике стандартных индексов активности DAS28, BASDAI, DAPSA и SLEDAI2K.

Результаты. После вакцинации отмечено значимое повышение уровня АТ (Ед/мл) у больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ). К визиту III (12 мес. после вакцинации) отмечалось некоторое снижение иммунного ответа, однако, уровень АТ оставался достоверно выше исходного. «Ответчиками» на вакцину, т.е. пациентами, у которых в ходе наблюдения было выявлено как минимум двукратное повышение уровня АТ к пневмококку по сравнению с исходным уровнем, были 56 (88%) больных РА (n=64), 24 (62%) больных АС (n=39), 16 (73%) больных ПсА (n=22), 32 (55%) больных с СКВ без АФС (n=58), 10 (59%) больных с СКВ и вторичным АФС (n=17) и у 2 (15,4%) больных с первичным АФС (n=13). Клиническая эффективность вакцинации по результатам годичного наблюдения составила 98% у больных ВЗС и 86% больных СКВ и АФС.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о достаточной иммуногенности и эффективности ППВ-23 у больных ИВРЗ, в том числе на фоне проводимой иммуносупрессивной терапии. Дальнейшие исследования необходимы для оценки влияния различных противоревматических препаратов на иммуногенность, а также для подтверждения высокой безопасности ППВ-23.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФА-ГЛИТАМИЛ-ТРИПТОФАНА

Барышникова Н.В.¹, Успенский Ю.П.²,
Фоминых Ю.А.², Петленко С.В.³,
Краснов А.А.⁴, Апрятина В.А.⁵

¹ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова,

²Санкт-Петербургский педиатрический университет,

³Научно-клинический центр токсикологии
имени В.И. Голикова,

⁴РГПУ имени Герцена,

⁵Институт трансляционной биомедицины,
Санкт-Петербург

Введение. Профилактика рака желудка, как первичная, так и вторичная, является чрезвычайно важным

компонентом ведения гастроэнтерологических пациентов, особенно больных хроническим атрофическим гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*. Эффективным является применение гастропротекторных средств у лиц с этим потенциально предраковым состоянием.

Цель. Оценить эффективность альфа-глутамил-триптофана в качестве гастропротектора в сравнении с контрольной группой (плацебо) в составе комплексной терапии хронического атрофического гастрита, ассоциированного с *H. pylori*.

Материалы и методы. Мы провели двойное слепое плацебо-контролируемое многоцентровое исследование для оценки эффективности и безопасности альфа-глутамил-триптофана, выпускаемого в виде порошка для приготовления геля для приема внутрь, при лечении хронического атрофического гастрита. В общей сложности в трех исследовательских центрах был обследован 121 пациент с хроническим атрофическим гастритом, ассоциированным с хеликобактер пилори (*H. pylori*).

До и после лечения были проведены исследования: анализ крови с определением уровня пепсиногена I, пепсиногена II, эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта с биопсией из зоны атрофированной слизистой оболочки для гистологического исследования, быстрый уреазный тест для выявления *H. pylori* и 24-часовой мониторинг pH. Все пациенты получали стандартную схему эрадикации *H. pylori* (омепразол 20 мг, амоксициллин 1000 мг, кларитромицин 500 мг два раза в день 10 дней). После успешной эрадикации *H. pylori* пациенты были рандомизированы на две группы. Основная группа (n=61) получала исследуемый препарат, контрольная группа (n=60) получала плацебо дважды в день за 20-30 минут до завтрака и перед сном в течение 28 дней.

Результаты. Использование альфа-глутамил-триптофана способствовало статистически значимому: 1. увеличению количества желез на 1 мм² слизистой оболочки желудка на 26,1% по данным морфометрического исследования, 2. восстановлению выработки соляной кислоты, о чем свидетельствует значительное улучшение кислотности в желудке: сдвиг в 1,6 раза в кислую сторону среднего значения pH и увеличение индекса кислотности (по сравнению с исходными показателями увеличение в 5,4 раза, по сравнению с группой плацебо увеличение в 2,9 раза), 3. восстановлению нормального соотношения пепсиногена I/пепсиногена II, 4. снижению количества клеток воспалительной инфильтрации на 1 мм² слизистой оболочки желудка, включая эозинофильные гранулоциты (уменьшение в 3 раза), нейтрофильные лейкоциты (уменьшение в 4 раза), макрофаги (уменьшение в 1,5 раза), лимфоциты (уменьшение на 28,2%) и плазматические клетки (снижение на 29,6%), 5. уменьшению выраженности отека слизистой оболочки желудка (p=0,008), суммарных признаков острого воспаления (p=0,006) и доли случаев с отрицательным прогрессированием воспалительного процесса (p=0,038).

Заключение. Альфа-глутамил-триптофан продемонстрировал высокий регенераторный и противовоспалительный эффект по сравнению с плацебо при лечении хронического атрофического гастрита, ассоциированного с *H. pylori*, что позволяет рассматривать это вещество в качестве мощного локального цитопротектора и потенциального средства для профилактики рака желудка.

ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН И ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: РОЛЬ ПОЛА И ВОЗРАСТА В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ

Бедина С.А.^{1,2}, Папичев Е.В.^{1,2}, Короткова В.А.¹,
Алютов О.Ю.¹

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,
Волгоград

Сахарный диабет (СД), особенно 2 типа, является ведущей причиной заболеваемости и смертности в мире. Значимость поддержания гликемического контроля в пределах целевых уровней продемонстрирована в многочисленных исследованиях. В настоящее время показатель гликированного гемоглобина широко используется как наиболее надежный способ оценки хронической гликемии с целью контроля эффективности лечения и прогнозирования рисков развития осложнений. Кроме того, появляется все больше доказательств влияния пола и возраста больных на развитие и исходы СД 2 типа и необходимости учитывать эти факторы при проведении терапии.

Цель исследования. Оценить концентрацию глюкозы плазмы крови натощак и уровень гликированного гемоглобина у больных СД 2 типа, провести сравнительный анализ гликемии натощак и показателей среднесуточной гликемии по расчетной таблице гликированного гемоглобина, изучить влияние пола и возраста на гликемические показатели.

Материалы и методы. Исследование было проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации WMA. Определение уровня глюкозы натощак выполнялось в плазме крови, концентрации гликированного гемоглобина проводилось в цельной крови методом количественного турбидиметрического иммуноанализа с ингибированием. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием программы «STATISTICA 10.0» для Windows. Количественные показатели, подверженные нормальному распределению, представлены в формате M±St. Dev. [95%ДИ], ненормальному - Me (Q1-Q3). В качестве критического уровня значимости принято p<0,05.

Результаты и обсуждение. В исследование включены 30 больных СД 2 типа, диагностированным на основании диагностических критериев Комитета экспертов Всемирной Организации Здравоохранения по сахарному диабету (1999-2013). Среди больных было 11 (37%) мужчин и 19 (63%) женщин, средний возраст пациентов составил $62,3 \pm 8,4$ года [59,2-65,4]. 93% больных СД 2 типа имели множественные осложнения. Гликемия натощак составила $8,37 \pm 1,24$ [7,91-8,83], гликированный гемоглобин – 8,0 (7,5-8,4)%, среднесуточная гликемия по расчетной таблице гликированного гемоглобина – 10,2 (9,4-10,9) ммоль/л. Среднесуточная гликемия по расчетной таблице гликированного гемоглобина была статистически значимо выше, чем гликемия натощак (Wilcoxon's $T=19,0$; $p<0,0001$). В тоже время, среднесуточный уровень гликемии коррелировал с возрастом пациентов ($r=0,52$; $p=0,003$), а шанс более высокой гликемии в 2,6 раз выше среди лиц мужского пола ($OR=2,56$ (95% ДИ 1,14-5,77)). Полученные данные показывают, что среднесуточная гликемия у больных СД 2 типа значительно превышает показатели глюкозы натощак. Это может указывать на недостаточный контроль за уровнем гликемии у данной группы больных и свидетельствовать о том, что уровень глюкозы натощак не всегда отражает реальное состояние метаболического контроля, т.к. подвержен влиянию разных факторов, включая, диету, стресс, физическую активность и другие. В то время, как гликированный гемоглобин является более стабильным и объективным критерием, учитывающим средние значения глюкозы за длительный период, что делает его более предпочтительным для мониторинга состояния пациентов. Зависимость среднесуточного уровня гликемии от возраста может говорить об ухудшении контроля гликемии с увеличением возраста, что требует более тщательного мониторинга и индивидуализированного подхода к лечению. Учитывая эти данные, важно разрабатывать стратегии, направленные на улучшение контроля гликемии у пожилых пациентов, что может значительно повлиять на их общее состояние здоровья и качество жизни. Риск более высокой гликемии у лиц мужского пола может обусловлен несколькими факторами: гормональным фоном, влияющим на метаболизм глюкозы; абдоминальным ожирением у мужчин, ассоциированным с более высоким риском инсулинорезистентности; образом жизни; режимом питания; отношением к лечению и профилактике.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования подчеркивают важность регулярного контроля гликированного гемоглобина для более точной и долгосрочной оценки гликемического контроля и своевременной коррекции терапевтических подходов у пациентов с СД 2 типа, что может способствовать снижению риска развития осложнений и улучшению качества жизни пациентов. У лиц пожилого возраста больных СД 2 типа, а также мужского пола, чаще подверженных риску развития инсультов и сердечно-сосудистых заболеваний, необходим более тщательный контроль гликемии.

СТРУКТУРА НЕ ЭКСТРЕННЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ИЗ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ

Бейлина Н.И.

Казанская государственная медицинская академия,
Казань

Введение. Профилактические и реабилитационные мероприятия играют важную роль в формировании качественной жизни пациентов с хорошим прогнозом.

Цель. Выяснить причины, возраст, гендерные различия при не экстренных госпитализациях пациентов поликлиники.

Материалы и методы. Формы N057/у-04 (направление на госпитализацию), выданные в городской поликлинике N8 г. Казань за 2024 год. Статистическая обработка – критерий Стьюдента для несвязанных совокупностей, критерий χ -квадрат, точный критерий Фишера.

Результаты. Всего за год было направлено в стационар 732 человека, в т.ч. 289 мужчин. Средний возраст госпитализируемых жен. – $66,98 \pm 0,88$ лет, муж. – $59,42 \pm 1,11$ лет ($p<0,05$). По не экстренным причинам (стационарный этап лечения, реабилитация, гериатрические койки и койки отделения высокого риска обострений хронических неинфекционных заболеваний) поступили в стационар по направлениям из поликлиники 124 жен. (28% от всех госпитализированных женщин) и 87 муж. (30% от всех госпитализированных мужчин): на стационарный этап лечения (СЭЛ) – 63,7% жен. (от числа жен. с не экстренными показаниями к госпитализации) и 75,9% муж. (от числа муж. с не экстренными показаниями); в отделения высокого риска (ОВР) – 12,1% жен. и 11,5% муж.; на реабилитацию (Р) – 7,3% жен. и 3,4% муж.; на гериатрические койки (ГК) – 16,9% жен. и 9,2% муж. Гендерные различия отсутствуют ($p>0,05$).

Средний возраст пациентов ОВР: $73,47 \pm 2,33$ года у жен. и $70,20 \pm 3,98$ лет у муж. ($p>0,05$).

Средний возраст пациентов на ГК: $79,67 \pm 2,06$ лет у жен. и $82,88 \pm 3,94$ года у муж. ($p>0,05$).

Однако, средний возраст пациентов ОВР и на ГК, как среди женщин, так и среди мужчин, выше, чем средний возраст, госпитализированных по всем причинам ($p<0,05$).

Средний возраст пациентов на Р: $70,00 \pm 3,29$ лет у жен. и $57,00 \pm 6,04$ лет у муж. ($p>0,05$).

Средний возраст пациентов на СЭЛ: $63,73 \pm 1,88$ года у жен. и $57,38 \pm 2,19$ лет у муж. ($p<0,05$).

В структуре причин для СЭЛ наиболее часто встречаются: сердечно-сосудистые заболевания – 25,3% у жен. и 21,2% среди муж. ($p>0,05$); неврологические заболевания – 22,8% жен. и 15,2% муж. ($p<0,05$); эндокринные заболевания – 16,5% жен. и 7,6% муж. ($p>0,05$). Мужчины чаще, чем женщины госпитализировались с гастроэнтерологическими за-

болеваниями (12,1% и 2,5% соответственно – $p < 0,05$) и по поводу урологических заболеваний (10,6% и 6,3% соответственно – $p > 0,05$).

Вывод. По не экстренным причинам госпитализировались 28% женщин и 30% мужчин. Средний возраст пациентов ОВР и на ГК выше, чем госпитализированных в стационар по всем причинам. Женщины, направленные на СЭЛ, старше мужчин. Неврологические заболевания у женщин чаще становятся причиной госпитализации, чем у мужчин. Мужчины по поводу гастроэнтерологических заболеваний чаще госпитализируются.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ К ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ГЕНОТИПОВ ГЕНА α -TNF -308 G>A (RS 1800629)

Бекенова Г.Т., Толипов У.У., Аскаров Н.Л.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение особенностей встречаемости генотипов гена α -TNF -308 G>A (rs 1800629) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и взаимосвязи между их наличием и приверженностью пациентов к фармакотерапии.

Материалы и методы. Исследование проведено у 100 пациентов с диагнозом РА, верифицированным согласно общепринятым стандартам диагностики заболевания. Приверженность к терапии изучалась с использованием теста Мориски-Грина. Исследование гена α -TNF -308 G>A (rs 1800629) проводилось методом молекулярной генетики после предварительной изоляции ДНК из клеток крови пациентов. Генетические исследования выполнялись с учетом согласия пациентов. В качестве контрольной группы использованы данные 100 условно здоровых лиц. Полученные данные обработаны с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Результаты. У пациентов с ревматоидным артритом распределение генотипов было следующим: GG – 75%, GA – 22%, AA – 3%. В группе лиц без ревматоидного артрита (контрольной) частоты генотипов составили: GG – 83,9%, GA – 16,1%, AA – 0%. В обеих группах наиболее часто встречается генотип GG, содержащий «дикий» аллель G. Кроме того, если в контрольной группе AA-генотип, содержащий «мутационный» аллель A, не обнаружен, то у пациентов с РА этот генотип встречается у 3% больных. Доля пациентов с ревматоидным артритом с GA-генотипом на 37,5% выше, чем в контрольной группе. Таким образом, для РА характерна относительно высокая частота генотипов AA и GA, содержащих «мутационный» аллель A. Как видно из представленных данных, как в группе пациентов с РА, так и в контрольной группе по мере

увеличения баллов приверженности к терапии (по шкале Мориски-Грина) частота носительства GG-генотипа гена α -TNF -308 G>A (rs 1800629) имеет тенденцию к увеличению. В частности, среди пациентов с РА с приверженностью «3» частота встречаемости GG-генотипа на 23,5% выше, чем среди пациентов с приверженностью «0». Следовательно, существует прямая взаимосвязь между частотой встречаемости GG-генотипа гена α -TNF -308 G>A (rs 1800629) и степенью приверженности к фармакотерапии чем выше уровень приверженности, тем чаще встречается GG-генотип. Аналогичная картина наблюдается и в контрольной группе (лиц без РА). В контрольной группе, независимо от уровня приверженности, генотип AA практически не встречается. Среди пациентов с РА, в отличие от GG-генотипа, GA-генотип имеет обратную зависимость от уровня приверженности. Среди пациентов с РА с приверженностью «0» доля носителей GA-генотипа гена α -TNF -308 G>A (rs 1800629) в 2,7 раза выше, чем среди пациентов с приверженностью «3». В группах с приверженностью «1» и «2» частота GA-генотипа выше в 1,3 и 2 раза соответственно. Однако такая зависимость не наблюдается среди лиц без РА.

Вывод. Наши результаты показывают, что у пациентов с РА, в отличие от лиц без этого заболевания, существует четкая обратная зависимость между частотой носительства GA-генотипа исследуемого гена и уровнем приверженности к терапии. Таким образом, проведенный анализ частотных характеристик генотипов гена α -TNF -308 G>A (rs 1800629) у пациентов с РА, а также выявление зависимости степени приверженности пациентов с РА к терапии от носительства определенных генотипов, указывает на наличие определенной взаимосвязи.

ФУНКЦИОНАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Бекенова Г.Т., Толипов У.У., Аскаров Н.Л.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. У пациентов с системной склеродермией (ССД) часто наблюдаются поражения сердца и сосудов. С учетом этого, целью исследования является выявление изменений на электрокардиограмме (ЭКГ), параметров variability сердечного ритма, а также других возможных отклонений на ЭКГ у данных пациентов.

Материалы и методы. В исследование были включены 27 пациентов (18 женщин и 9 мужчин) в возрасте $55,2 \pm 11,3$ лет, которые в течение последних 5 лет болеют системной склеродермией и наблюдаются в кар-

диоревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Пациенты находились под постоянным наблюдением и своевременно получали базисную терапию, а также пульс-терапию. Всем пациентам проводилось стандартное электрокардиографическое (ЭКГ) исследование и 24-часовой мониторинг по Холтеру в стационарных условиях с последующим наблюдением в течение суток.

Результаты и обсуждение. Итоги анализа включали следующие наблюдения: За последние 5 лет поражение сердца и сосудов встречалось реже. Все 27 пациентов принимали базисные препараты, из них 10 пациентов находились под наблюдением и получали пульс-терапию. Анализ ЭКГ выявил у 11 пациентов (40,7%) блокаду передней ветви левой ножки пучка Гиса, неполную блокаду правой ножки пучка Гиса, а также желудочковую экстрасистолию. По данным суточного мониторинга по Холтеру значительных различий в частоте сердечных сокращений (ЧСС) выявлено не было (средний показатель ЧСС – 75 ± 9 уд/мин). Однако у некоторых пациентов наблюдалась суправентрикулярная экстрасистолия (PVCs) и желудочковая экстрасистолия (PVC). У 4 пациентов (14,8%) были зарегистрированы эпизоды пароксизмальной фибрилляции предсердий и суправентрикулярной тахикардии, несмотря на отсутствие клинических жалоб. Некоторым пациентам по их желанию было проведено эхокардиографическое исследование (9 из 27 пациентов). В большинстве случаев выявлены незначительные изменения, а у 5 пациентов была диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка.

Выводы. У пациентов с системной склеродермией наблюдается поражение сердца и сосудов. В связи с этим важно своевременно проводить диагностику и профилактику серьезных изменений в сердечно-сосудистой системе. Неинвазивные методы электрокардиографического исследования являются наиболее удобным способом раннего выявления поражений сердца у пациентов с системной склеродермией. Их регулярное использование в клинической практике рекомендуется для своевременной диагностики и мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы.

УРОВНИ СОЦИАЛЬНОЙ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОМПЛИАНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Бекенова Г.Т., Толипов У.У.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определение уровня комплаентности у пациентов с ревматоидным артритом и анализ ее компонентов.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 100 пациентов разного возраста и пола, страдающих ревматоидным артритом. Оценка уровня комплаентности проводилась с использованием специальной анкеты, содержащей 66 вопросов. Анкета позволяла оценить уровень комплаентности по следующим компонентам: социальному, эмоциональному, поведенческому, а также общему уровню комплаентности и выраженности. Полученные данные были проанализированы с применением методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Анализ данных показал различия в уровне выраженности различных компонентов комплаентности: Средний показатель высокой выраженности социального компонента составил 35,20, а средний уровень выраженности – 26,57%. Низкий уровень выраженности составил 13,00%. Средний показатель высокой выраженности эмоционального компонента составил 32,84, средний уровень – 24,5, а низкий уровень – 15,0. Средний показатель высокой выраженности поведенческого компонента составил 31,84, средний уровень – 26,68%, а низкий уровень – 14,0%. Общий уровень комплаентности: высокая выраженность составила 98,80%, средняя – 65,66%, низкая выраженность не была выявлена.

Выводы. У пациентов с ревматоидным артритом выявлены различия в уровнях комплаентности по социальному, эмоциональному и поведенческому компонентам. Наиболее высокий уровень выраженности наблюдался в социальном компоненте, а самый низкий – в поведенческом. При этом низкий уровень выраженности был более выражен в эмоциональном компоненте, тогда как в социальном компоненте он оказался ниже.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АУТОЛОГИЧНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК В ПРОГРЕССИРОВАНИИ СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА

Бектурганова С.А., Туганбекова С.К.,
Аскарлов М.Б., Криворучко Н.А., Ертлесова Г.Д.,
Досжан А.Д., Шаймарданова Г.М.
Национальный научный медицинский центр,
Астана, Казахстан

Введение. Системный склероз – это хроническое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется нарушением нормального функционирования соединительной ткани в организме. В результате этого процесса происходит ее избыточное образование, что приводит к фиброзу (затвердеванию) тканей и органов. Основной особенностью заболевания является нарушение работы иммунной системы, которая по каким-то причинам начинает атаковать собственные ткани организма, вызывая воспаление и последующее замещение нормальной ткани на фиброзную.

Лечение системного склероза остается сложной задачей, поскольку многоорганное вовлечение требует мультидисциплинарного подхода. Стратегии лечения направлены на контроль симптомов, предотвращение осложнений и замедление прогрессирования повреждения органов. Фармакологические вмешательства обычно включают иммуносупрессивные препараты, такие как циклофосфамид, метотрексат и микофенолат мофетил, которые помогают модулировать чрезмерно активный иммунный ответ.

В последнее время аутологичная трансплантация стволовых клеток (АТСК) стала перспективным терапевтическим методом, особенно для пациентов с тяжелой, прогрессирующей формой заболевания. АТСК включает в себя забор гемопоэтических стволовых клеток из костного мозга пациента, а затем реинфузию этих клеток с целью «перезагрузки» иммунной системы. Исследования показали, что АТСК может привести к значительным улучшениям в коже, уменьшению фиброза, улучшению функции органов и общей выживаемости у отобранных пациентов с системным склерозом, особенно у тех, кто имеет ранние и тяжелые формы заболевания.

Методы и материалы. Под наблюдением находились 48 пациентов с диффузным системным склерозом, диагноз был поставлен согласно критериям Американского колледжа ревматологов. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток была выполнена из-за резистентности к иммуносупрессивной терапии и высокого индекса активности аутоиммунного заболевания (EScSG), согласно критериям Европейской группы по изучению склеродермии (ESSG).

Большинство пациентов составляют женщины: 44 женщины и 4 мужчины. Средний возраст участников составил $47,09 \pm 1,386$ лет. Средний возраст женщин был $46,37 \pm 1,440$ лет, а мужчин – $55,41 \pm 2,992$ лет. Средняя продолжительность заболевания составила $9,91 \pm 2,37$ года. Индекс активности заболевания составил 3,25.

Материалом для морфологического исследования служат биопсийные образцы кожи, взятые до и после трансплантации в области голени у пациентов с системным склерозом.

Схема визитов исследования через 0, 3, 6, 9, 12 месяцев (всего 5 визитов).

Результаты. После трансплантации аутологичных стволовых клеток костного мозга было зафиксировано значительное снижение окрашиваемости соединительной ткани, что свидетельствует об уменьшении отложений коллагена. В ткани наблюдалось уменьшение плотности расположения пучков коллагена, их распад на фрагменты и образование отдельных волокон. Вокруг новых сосудов отмечалось выраженное разрежение фиброзной ткани, а в клеточном составе появились макрофаги с крупными вакуолями. Электронно-микроскопические исследования выявили изменения в фибробластах, включая разрушенные мембраны и вакуолизированные каналы ГЭР. Восстановление ультраструктуры базальных клеток эпидермиса и про-

цесс микропиноцитоза в новых капиллярах также были отмечены в ходе исследования.

Обсуждение. АТСК представляет собой многообещающий терапевтический подход при системном склерозе особенно для пациентов с тяжелыми и прогрессирующими формами заболевания. Результаты нашего исследования показали, что этот метод терапии способствует значительному улучшению клинического состояния, что связано с уменьшением воспалительного ответа и образованием молодой соединительной ткани. Эти изменения указывают на возможный иммуносупрессивный эффект, который, в свою очередь, способствует снижению активности заболевания.

Выводы. АТСК продемонстрировала перспективность как терапевтический подход при системном склерозе, особенно в случаях тяжелой и прогрессирующей формы заболевания. Через 12 месяцев после процедуры было отмечено значительное улучшение состояния пациентов, включая деградацию фиброза, снижение плотности коллагеновых волокон и активизацию процессов биodeградации соединительной ткани. Эти изменения указывают на успешную активацию локальных ауторегуляторных механизмов, направленных на восстановление нормальной ткани и снижение избыточного фиброза.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2024 ГОДУ

Белавина Е.А., Корнеева С.Ю., Горских О.Г.,
Горайнов И.В., Дубровская Н.В., Шилов П.Б.
Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение распространенности и структуры первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга (СПб) по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2024 г., анализ структуры инвалидности по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-сбс) о результатах первичного освидетельствования лиц в возрасте 18 лет и старше в бюро МСЭ Санкт-Петербурга. Методы исследования: анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. Инвалидность рассматривается как один из важнейших показателей здоровья населения, индикатор качества и эффективности лечебно-профилактических и социально-гигиенических мероприятий.

Абсолютное число впервые признанных инвалидами (ВПИ) граждан в возрасте 18 лет и старше в СПб в 2024 г. составило 21528 человек, что почти на 6,2 тысяч больше, чем в 2022 году. Интенсивный показатель (ИП) ПИ взрослого населения в 2024 г. возрос с 34,9 до 46,2 на 10 тысяч взрослого населения. Рост показателя за анализируемый период на 25% объясняется тем, что в период с 2020 по 2022 гг. отмечалось значительное снижение обращаемости граждан на МСЭ в связи с пандемией COVID – 19 в стране и в Санкт-Петербурге.

Уровень первичной инвалидности взрослого населения в трудоспособном возрасте (ТВ) в динамике за 3 года возрос в 1,3 раза и составил с 21,4 до 27,4 на 10 тысяч населения соответствующего возраста. Уровни первичной инвалидности возросли при большинстве форм болезней, т.к. в целом повысился уровень первичной инвалидности в Санкт-Петербурге. В гендерной структуре ВПИ в 2024 г. мужчины составили 53,3%; женщины 46,7%. Анализ структуры ПИ по возрастным интервалам показал, что трудоспособный возраст составил 39%, в том числе: молодой возраст (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) – 17,8%; средняя возрастная группа (женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет) – 21,1%. Доля граждан пенсионного возраста составила 61,1%. В структуре ПИ взрослого населения в 2024 г. преобладают инвалиды III группы – 41,0%; доля инвалидов II группы составила 39,7%, I группы – 19,3%. Уровень I группы инвалидности составил 8,9; II группы – 18,3; III группы – 19,0 на 10 тыс. взрослого населения.

Анализ структуры ПИ по классам болезней показал, что в СПб на первом ранговом месте – злокачественные новообразования (ЗНО) – их удельный вес составил 32,8%; на втором месте болезни системы кровообращения (БСК) – 31,8%; на третьем месте – последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 9,7%, а также: заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,4%; болезни нервной системы – 4,4%; психические расстройства и расстройства поведения – 3,8%. В структуре ПИ вследствие ЗНО в зависимости от локализации ведущими являются: рак молочной железы – 19,3%; колоректальный рак – 12,3%; рак предстательной железы – 8,6%; рак легких – 6,0%; рак желудка – 4,6%. Структура ПИ вследствие БСК по нозологическим формам следующая: ЦВБ – 43,5%; ИБС – 41,4%; ГБ – 1,7%; прочие БСК составили 13,4%.

Структура ПИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций (СНФ) организма следующая: 35,8% – составляют нарушения функций системы крови и иммунной системы; 29,3% – нарушения нейромышечных, скелетных и статодинамических функций; 17,5% – нарушения функций сердечно-сосудистой системы; 6% – нарушения психических функций; 3,8% – нарушения сенсорных функций; 1,8% – нарушения функций пищеварительной системы; 1,6% – нарушения функций эндокринной системы и метаболизма; 4,1% – другие нарушения функций. Нарушения, вызывающие необходимость использования кресло-коляски – 14,9%.

Выводы. Анализ показателей ПИ среди взрослых граждан СПб в 2024 г. в динамике за 3 года выявил рост уровней первичной инвалидности, в том числе в трудоспособном возрасте; преобладание лиц мужского пола и пенсионного возраста. В структуре ПИ по классам болезней по-прежнему ведущее место занимают ЗНО и БСК; по СНФ организма – преобладают нарушения функций системы крови и иммунной системы, статодинамических функций, функций сердечно-сосудистой системы.

КЛОНАЛЬНЫЙ ГЕМОПОЭЗ И ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Богданов А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Количество соматических мутаций в различных органах нарастает с возрастом и увеличивает риск развития злокачественных опухолей и ряда неопухолевых заболеваний. Лучше всего клональная эволюция изучена в гемопоэтических кроветворных клетках (ГСК). Большинство мутаций не влияют на функцию ГСК, однако некоторые способны обеспечить пролиферативное преимущество и экспансию мутировавшей ГСК с образованием клона. Клональный гемопоэз (КГ) – состояние, при котором одна или несколько ГСК вносят непропорциональный вклад в продукцию клеток периферической крови.

Идентифицировано около 20 генов, мутации которых способствуют развитию КГ (DNMT3A, TET2, JAK-2, TP53, PPM1D и др.). Частота КГ увеличивается с возрастом, при этом КГ связан преимущественно с мутациями генов DTA (гены DNMT3A, TET2). Важными факторами риска являются также лучевая и химиотерапия злокачественных опухолей, экологический стресс, облучение при космических полетах.

Развитие КГ после химиотерапии обусловлено клональным отбором для сохранения преимущества приспособленности ГСК. Некоторые мутации увеличивают риск развития миелоидных неоплазий, связанных с терапией. После химиотерапии чаще всего мутируют гены DDR (TP53 и PPM1D), регулирующие ответ на повреждение ДНК, важно также наличие предшествующего КГ. При наличии нескольких клонов после химиотерапии клоны с мутациями DDR растут быстрее, т.е. лечение терапия способствует отбору клонов с мутациями DDR.

Мутации TP53 и PPM1D выявляются чаще не только при химиотерапии, но и терапевтическом и экологическом воздействии радиации. Частота КГ коррелирует с дозой терапевтического облучения.

Токсины окружающей среды могут вызывать изменения, сходные с наблюдающимися при химиотерапии и лучевой терапии.

У спасателей, принимавших участие в ликвидации последствий атаки на Всемирный Торговый Центр в 2001 году, КГ был выявлен в 10% случаев, что достоверно чаще, чем в группе сравнения. В первую очередь отмечено увеличение мутаций, характерных для возрастного КГ (DNMT3A и TET2), доля мутаций генов DDR была намного меньше.

Воздействие космической радиации способствует развитию КГ у членов экипажей космических кораблей. При обследовании пары близнецов-астронавтов до, во время и после космического полета выявлены маркеры возрастного КГ (мутации генов TET2 и DNMT3A), появившиеся на 20 лет раньше среднего возраста выявления КГ. У других космонавтов выявлены мутации генов DDR, характерные для последствий лучевой терапии.

Таким образом, имеются 2 типа клональной экспансии: 1) связанный с мутациями DDR (гены TP53, PPM1D и др.), который развивается при внешних воздействиях (химиотерапия, лучевая терапия, облучение при космических полетах); 2) связанный с мутациями генов DTA (гены DNMT3A, TET2), который выявляется при старении.

Для выводов о связи КГ с факторами внешней среды необходимы дополнительные исследования, однако в любом случае эти пациенты нуждаются в динамическом наблюдении.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ, ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Благинина И.И.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

На сегодняшний день серонегативные спондилоартриты, в частности, анкилозирующий спондилит (АС) и псориатический артрит (ПсА) занимают значимое место среди ревматологической патологии в связи с высокими темпами прогрессирования иммунного воспаления, значительной выраженностью болевого синдрома и ранней инвалидизацией пациентов. Все вышперечисленное обуславливает низкое качество жизни пациентов, ограничивает их физическую и социальную активность, и способствует развитию расстройств психоэмоциональной сферы.

Цель. Исследовать влияние выраженности хронического болевого синдрома (ХБС) на развитие психовегетативных расстройств у пациентов с серонегативными спондилоартритами.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 45 мужчин больных АС (1 группа) и 39 мужчин с ПсА (2 группа), которые не различались по возрасту, продолжительности и степени активности заболевания. По визуальной аналоговой шкале (ВАШ) оценивали ХБС и выраженность скованности в позвоночнике и состоянии здоровья пациента (СЗП). Психоэмоциональный статус определялся по шкалам тревожности Тейлора и Спилберга, и шкале депрессии Гамильтона (ШДГ). А вегетативную дисфункцию (ВД) оценивали тестированием по методикам «Вейн-пациент» – ВП и «Вейн-врач» ВВ, где возможная ВД – более 15 баллов по ВП, а подтвержденная – более 25 баллов по ВВ.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным выраженность боли в 1-й группе составила $66,5 \pm 3,32$, а во 2-й – $76,4 \pm 2,9$ мм, ($p=0,047$). По показателям скованности ($63,9 \pm 3,69$; $67,0 \pm 3,17$ соответственно) и СЗП ($62,9 \pm 3,6$; $66,7 \pm 3,8$ соответственно) больные в группах не различались ($p=0,25$, $p=0,27$). В 1-й группе показатели реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) составили $31,2 \pm 1,0$ и $38,5 \pm 1,65$ баллов, по шкале Тейлора – $15,2 \pm 6,2$ балла, а по шкале депрессии Гамильтона (ШДГ) – $12,8 \pm 1,1$ баллов. Во 2-й группе РТ, ЛТ и данные по шкале Тейлора были достоверно выше ($p=0,011$; $p=0,0022$) – $37,1 \pm 2,24$, $44,5 \pm 1,96$ и $26 \pm 7,4$ баллов, соответственно; выраженность депрессивных расстройств по ШДГ также была достоверно выше ($p=0,0092$), а именно $15,88 \pm 1,49$ баллов. Показатели вегетативного статуса в обеих группах имели тенденцию к повышению, но значимых различий установлено не было. А именно, в 1-й группе показатель ВП составил $22,4 \pm 0,9$, ВВ – $33,9 \pm 1,0$ баллов, а во 2-й группе $23,0 \pm 0,8$ и $33,5 \pm 1,1$, соответственно.

У 13,3% больных АС наблюдалась высокая РТ и в 24,4% наблюдений выявлены депрессивные расстройства. Из них в 7 случаях депрессия была непсихотической, в 4 – психотической. Во 2-й группе в 23,1% случаев установлен высокий уровень РТ и в 35,3% – высокий ЛТ. Депрессивные расстройства были обнаружены у 41% мужчин с ПсА, в 50% случаев (8 пациентов) – депрессия была психотической. По результатам дисперсионного анализа у больных 1-й группы установлено влияние выраженности ХБС на развитие ЛТ ($p<0,001$) и депрессивных расстройств ($p=0,03$), а во 2-й группе выраженность боли в позвоночнике высоко достоверно влияла на РТ, ЛТ, показатель шкалы Тейлора и наличие депрессивных расстройств по ШДГ (все $p<0,001$).

Выводы. ХБС оказывает негативное влияние на психологическое и социальное функционирование пациентов с серонегативными спондилоартритами и способствует формированию у них тревожно-депрессивных и вегетативных расстройств. Установлено более значимое влияние выраженности ХБС на развитие психоэмоциональных нарушений у мужчин с ПсА.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Благинина И.И., Бахтояров П.Д.
Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Остеоартрит (ОА) – наиболее распространенное заболевание костно-мышечной системы, характеризующееся дегенерацией суставного хряща с дегенеративными изменениями других компонентов сустава, таких как кость, мениск и синовиальная оболочка. ОА является одной из частых причин хронического болевого синдрома (ХБС) и нарастающей потери функции сустава, утраты трудоспособности и ранней инвалидизации больных. Комплексная терапия ОА включает в себя использование нестероидных противовоспалительных препаратов, хондропротекторов, физиопроцедур. Использование электрофореза растительных протеолитических ферментов (папаин, коллагеназа) обеспечивает обезболивающий и иммуномодулирующий эффект, улучшает работу суставного аппарата, повышает активность ферментативных процессов, стабилизирует синтез хондроитин сульфата, способствуя повышению его подвижности и эластичности, что способствует улучшению физической активности, эмоционального состояния и качества жизни (КЖ) больных ОА.

Цель. Оценить влияние электрофореза растительных протеолитических ферментов (папаин, коллагеназа) на динамику ХБС у пациентов с ОА коленных суставов.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 87 больных (65 женщин и 22 мужчины) с ОА коленных суставов II-III рентгенологической стадии (средний возраст – $48,7 \pm 1,7$ года, продолжительность заболевания – от 2 до 12 лет). Эффективность лечения оценивали в 1-й и 21-й день исследования по интенсивности ХБС по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), оценке функциональной активности ОА по НАQ, а также КЖ по опроснику Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), позволяющему оценить два компонента здоровья – суммарный физический (PSH) и психологический (MSH). Все исследуемые методом случайной выборки были распределены на 2 группы: 1-я группа – 43 пациента, которым на фоне стандартной терапии ОА было проведено 10 процедур электрофореза лиофилизатом растительных протеолитических ферментов (папаин, коллагеназа); 2-я группа – 44 больных, получивших 10 процедур электрофореза бишофита; все процедуры проводились через день.

Результаты и обсуждение. По окончании курса терапии у больных 1-й группы отмечено достоверное снижение выраженности ХБС по шкале Womac ($58,5 \pm 5,5$; $38,7 \pm 5,9$; $t=2,4$, $p=0,032$), снижение продолжительности скованности ($57,8 \pm 6,5$; $36,7 \pm 6,3$ соответственно; $t=2,65$, $p=0,022$), улучшение показателя повседневной активности (соответственно $64,6 \pm 4,1$; $42,1 \pm 5,2$; $t=3,8$, $p=0,005$). А также наблюдалось снижение выраженности боли в коленных суставах по ВАШ ($55,5 \pm 3,1$; $44,6 \pm 4,9$, соответственно; $t=2,3$, $p=0,04$). У больных 2-й группы также наблюдалось улучшение состояния по данным показателям, но оно не имело достоверной значимости. А именно, ХБС по шкале Womac и тяжесть боли по ВАШ имели недостаточную тенденцию к уменьшению ($t=1,86$, $p=0,058$; $t=2,0$, $p=0,051$, соответственно).

В 1-й группе динамика показателя функциональной активности по НАQ была более значимой ($p<0,05$), чем у больных 2-й группы. Так, на начало исследования НАQ в 1-й группе составил $9,85 \pm 0,67$ баллов, во 2-й группе – $9,8 \pm 0,74$ балла, а к концу исследования $3,15 \pm 0,42$ и $5,2 \pm 0,65$ баллов, соответственно. По окончании периода наблюдения в 1-й группе также установлена положительная динамика показателей по SF-36: увеличение PSH и MSH на 51,2% и 38,1% от исходных показателей; а во 2-й группе прирост данных показателей на 37,8% и 33,0%, соответственно.

Выводы. В группе пациентов, пролеченных с применением электрофореза лиофилизатом растительных протеолитических ферментов, отмечалось более значимое снижение выраженности показателей ХБС, улучшение функциональной активности и показателей КЖ, чем у больных с ОА коленных суставов, использовавших альтернативную терапию. Таким образом, комплексное лечение с использованием данного метода будет способствовать значительному регрессу выраженности ХБС, предотвращению ранней инвалидизации и улучшению КЖ пациентов с ОА коленных суставов.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЛМЕСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Блудова Н.Г.
Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Сердечно-сосудистые осложнения (ССО) являются основной причиной инвалидизации и смерти у больных с сахарным диабетом 2 типа. Важнейшим

фактором, оказывающим влияние на риск ССО у больных СД 2 типа, является наличие артериальной гипертензии, которая в большинстве случаев предшествует СД 2 типа и дополнительно повышает степень риска. Кроме того, у значительной части больных СД АГ имеет резистентное течение, поэтому остается актуальным вопрос поиска наиболее эффективных комбинаций гипотензивных препаратов у этой категории больных с целью жесткого контроля уровня АД и достижения его целевых значений.

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

Материалы и методы. В исследование включены 36 пациентов с резистентной формой АГ на фоне СД 2 типа. Резистентное течение АГ устанавливали в соответствии с критериями РКО (клинические рекомендации по лечению АГ, 2024). Начальная доза олмесартана составляла 20 мг/сут. Комбинированная (трех- или четырехкомпонентная) гипотензивная терапия включала также прием β -блокаторов и/или антагонистов кальция, и/или препараты центрального действия и диуретиков, в том числе верошпилона в максимально переносимых дозах в течение 2 недель. При недостаточном клиническом эффекте доза олмесартана была увеличена до 40 мг/сут. Период наблюдения составил 10 недель. В исследование включались больные с АГ 2-3 степени, не имеющие в анамнезе ИМ или инсульта, тяжелой почечной или печеночной недостаточности. Эффективность терапии оценивали по динамике показателей САД и ДАД и достижению целевого АД в данной группе пациентов (менее 130/80 мм рт.ст.) через 1, 2, 4, 8 недель.

Результаты исследования. Через 1 неделю динамика значений периферического АД составила в среднем 8,3/6,1 мм рт.ст., при этом цифры САД снизились в среднем с 172 ± 11 мм рт.ст. до 159 ± 12 мм рт.ст., ДАД – с 94 ± 6 мм рт.ст. до 88 ± 4 мм рт.ст. Однако, целевых значений АД $<130/80$ мм рт.ст. в группе больных достигнуто не было. Через 2 недели сохранилась положительная динамика показателей АД. Так, наблюдалось снижение САД до 154 ± 13 мм рт.ст., ДАД до 87 ± 5 мм рт.ст. Целевых значений АД в исследуемой группе также не установлено. Динамика значений периферического АД в среднем составила 6,1/4,2 мм рт.ст. После повышения дозы олмесартана до 40 мг в сутки в составе комбинированной гипотензивной терапии в течение 2 последующих недель отмечалась следующая динамика: показатели САД в среднем составили 143 ± 15 мм рт.ст., ДАД – 79 ± 7 мм рт.ст. Динамика значений периферического АД в среднем составила 8,4/4,2 мм рт.ст. Целевые значения АД в исследуемой группе были достигнуты у 10 (28%) больных. На фоне продолжения лечения по схеме комбинированной гипотензивной терапии с использованием максимальной дозы олмесартана в течение последующих 4 недель у больных исследуемой группы отмечалось снижение цифр САД до 140 ± 14 мм рт.ст., ДАД до 76 ± 8 мм рт.ст. Динамика значений периферического АД в среднем со-

ставила 6,1/3,8 мм рт.ст. Следует отметить, что целевые значения АД через 4 недели приема олмесартана в максимальной дозе в составе комбинированной терапии были достигнуты у 21 (58%) пациентов, к 8 неделе наблюдения целевые значения показателей АД зафиксированы 27 (75%) больных. В течение всего исследуемого периода в группе пациентов, получавших разные схемы гипотензивной терапии с использованием олмесартана в дозе 20 и 40 мг в сутки, не отмечалось клинически значимых нежелательных явлений, требующих прекращения приема препаратов.

Таким образом, использование высоких доз олмесартана в составе комбинированной гипотензивной терапии демонстрирует высокую антигипертензивную эффективность и безопасность у пациентов с резистентными формами АГ на фоне СД 2 типа, что может рассматриваться в качестве терапии выбора у данной категории больных.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА

Блудова Н.Г.

Луганский государственный медицинский
университет имени Свяителя Луки,
Луганск

По данным региональных регистров России уровень распространенности артериальной гипертензии (АГ) среди больных сахарным диабетом (СД) 2 типа достигает 80%. Как известно, АГ и СД патогенетически взаимосвязаны, что объясняется наличием и взаимодействием общих наследственных и приобретенных факторов. Частое сосуществование АГ и СД, сопряженное с высоким риском сердечно-сосудистых событий, диктует необходимость изучения общих механизмов развития и определения тактики ведения данной категории пациентов.

В исследовании принимали участие 43 амбулаторных пациентов СД 2 типа с АГ. Среди них женщин 29 (67%), мужчин – 14 (33%). Средний возраст больных – 55,3 года. Длительность заболевания СД у женщин в среднем составила $9,7 \pm 3,5$, у мужчин – $6,6 \pm 3,1$ года; длительность АГ – $7,7 \pm 2,9$ года. Контроль гликемии оценивали по показателям уровня сахара натощак, а также HbA1c. В исследование включались больные с АГ 2-3 степени, не имеющие в анамнезе ИМ или инсульта, тяжелой дислипидемии, ожирения выше 1 степени, тяжелой почечной и печеночной недостаточности. Эффективность гипотензивной терапии оценивали по динамике показателей САД и ДАД и достижению целевого АД в данной группе пациентов (менее 130/80 мм рт.ст.), показателей гликемического контроля – по достижению целевых значений

HbA1c <7-8% с учетом возраста пациента и высокого сердечно-сосудистого риска. Период наблюдения составил 6-8 мес. Наблюдение показало, что средние показатели САД в группе исследования составили 146 ± 24 мм рт.ст., ДАД – 84 ± 8 мм рт.ст, при этом только у 30 (70%) больных достигнуты целевые значения АД (<130/80 мм рт ст). Анализ получаемой гипотензивной терапии показал, что все больные исследуемой группы получали комбинированную 3-х или 4 –х компонентную терапию с использованием β -блокаторов, и/или антагонистов Са, и/или ингибиторов АПФ/блокаторов АТ-1 рецепторов, диуретиков. Средний уровень HbA1c составил $7,4 \pm 1,2\%$. Признаки компенсированного СД выявлены у 32 (74%) больных. Средняя длительность заболевания СД у этой категории пациентов составила $6,8 \pm 4,1$ лет. Анализ значений АД у компенсированных больных выявил, что средний показатель САД составил 137 ± 9 мм рт ст, ДАД – 79 ± 8 мм рт ст, при этом у больных с компенсированным СД достоверно чаще регистрировались целевые показатели АД – у 24 (75%) пациентов. В группе сравнения у больных с нецелевым показателем HbA1c (11 человек) средние значения САД составили 141 ± 13 мм рт ст, ДАД – 79 ± 7 мм рт ст, при этом целевые значения АД достигнуты только у 6 (55%) пациентов ($p < 0.05$). Кроме того, в группе сравнения средний индекс массы тела был выше (29 ± 3 кг/м² и 28 ± 5 кг/м² соответственно), признаки гипертрофии ЛЖ выявлены чаще (45,5% и 40% соответственно), однако достоверных различий этих показателей не выявлено. При изучении особенностей клинического течения АГ также было отмечено, что в группе, где целевые показатели HbA1c не были достигнуты, чаще наблюдалось резистентное течение гипертензии (27% и 16% соответственно).

Таким образом, частая ассоциация АГ и метаболических нарушений, указывающая на возможные общие механизмы их развития и взаимного влияния, подтверждает необходимость жесткого контроля показателей гликемии и значений артериального давления для предупреждения сердечно-сосудистых осложнений.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ ИНДЕКСА МАКРУЗА У МУЖЧИН С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бобылева Т.А.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Москва

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь электрокардиографических и эхокардиографических показателей у мужчин с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. В группу обследованных вошли 78 мужчины с ФП и гипертонической болезнью (ГБ). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 38 пациентов с пароксизмальной формой ФП, 2-ю группу – 40 больных с персистирующей формой ФП. В исследование не включались больные с сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, миокардитом, со стенокардией и инфарктом миокарда, пороками сердца, ожирением, гепатитом, циррозом. ЭКГ анализировали в 12 общепринятых отведениях, со скоростью 25 мм/с и вольтажом с 1 мВ. Оценивали длительность зубца Р мс, рассчитывали индекс Макруза, индекс Соколова-Лайона, амплитуда зубца R мм в отведении aVL. По стандартной методике проводили трансторакальную ЭхоКГ на аппарате «Vivid E95» (GE, США). Корреляционный анализ проводился по методам Спирмена и Пирсона.

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности аритмологического анамнеза. Не наблюдалось корреляционной зависимости при анализе взаимосвязи длительности зубца Р и показателей объема левого предсердия (ОЛП) и индекса ОЛП (ИОЛП) в обследуемых группах. Была выявлена прямая корреляционная зависимость у обследуемых пациентов показателей индекса Макруза и ОЛП (по Спирмену $r=0,731$, $p=0,0001$; по Пирсону $r=1$). Уравнение корреляции: $Y=17,31+8,24 \times X$ (Y – ОЛП, а x – Индекс Макруза).

Такая же прямая корреляция наблюдалась при сравнении показателей индекса Макруза и ИОЛП (по Спирмену $r=0,715$, $p=0,000132$; по Пирсону $r=1$). Уравнение корреляции: $Y=31,2+19,43 \times X$ (Y – ИОЛП, x – Индекс Макруза).

Выводы. Ориентиром увеличения размера ЛП на ЭКГ у мужчин с ФП и ГБ является не длительность зубца Р, а индекс Макруза. Выявлена прямая корреляционная зависимость: при индексе Макруза более 1,6 – ОЛП увеличивается более 62 мл, ИОЛП – более 30 мл/м².

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ В СОПРОВОЖДЕНИИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Бондаренко Э.В., Горелик С.Г.

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет,
Белгород

Введение. Глобальное старение населения ведет к росту числа пожилых людей, требующих специализированной медицинской помощи. Традиционные методы лечения все чаще дополняются новыми технологиями, направленными на улучшение физического и психического состояния пожилых людей. Долгове-

менное сопровождение пожилых людей требует комплексного подхода, включающего медицинское лечение, реабилитацию и психо-социальную поддержку. Современные технологии, такие как телемедицина, роботизированные системы, когнитивные тренинги и биомедицинские инновации, способны значительно улучшить процессы реабилитации, лечения, сопровождения и ухода за пожилыми людьми. Так как эти технологии направлены на повышение качества жизни, сохранение функциональной независимости и предотвращение осложнений заболеваний и развитие гериатрических синдромов.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ современных технологий, используемых в медицинской реабилитации, лечении и сопровождении пожилых людей, а также оценка их эффективности в улучшении качества жизни, сохранении функциональной независимости и предотвращении осложнений возрастных заболеваний. Особое внимание уделяется внедрению телемедицины, роботизированных систем, когнитивных тренингов, программ физической активности и биомедицинских инноваций в российской и зарубежной практике.

Методы. Проведен анализ российских и зарубежных исследований, опубликованных в медицинских журналах и базах данных e-library, Pubmed, Scopus, WOS, Google Scholar и др.

Результаты.

1. Телемедицина

– Зарубежные исследования показывают, что использование телемедицинских платформ сокращает количество госпитализаций среди пожилых на 22%.

– Российские платформы, такие как «Телемеди», особенно эффективны в удаленных регионах с ограниченным доступом к медицинским услугам.

– Дистанционные технологии обеспечивают регулярный мониторинг состояния пациентов и их активное участие в лечении.

2. Экзоскелеты и роботизированные системы

– Японские исследования показали, что использование экзоскелетов, таких как HAL, улучшает двигательную активность у 75% пациентов после инсульта.

– В России разработка экзоскелетов, таких как EgoAtlet, позволила ускорить восстановление после травм и операций на 30%.

– Роботизированные системы дают возможность проводить реабилитацию с минимальной нагрузкой на медицинский персонал, улучшая мотивацию пациентов к восстановлению.

3. Когнитивные тренинги

– Американские когнитивные программы, такие как BrainHQ, показали увеличение когнитивных способностей на 40% при регулярных занятиях.

– В России программы типа «Активное долголетие» снижали риск деменции на 25%.

– Когнитивные тренинги помогают замедлить старение мозга, предотвращая снижение умственных способностей и улучшая качество жизни.

4. Физическая активность

– Программы адаптированной физической активности в Европе, такие как Senior Fitness Program, снизили количество падений и улучшили координацию.

– Российские исследования продемонстрировали рост физической выносливости на 35% у участников программ физической активности для пожилых.

– Специальные комплексы упражнений помогают поддерживать мышечную массу, укреплять опорно-двигательный аппарат и улучшать сердечно-сосудистую систему.

5. Биомедицинские технологии

– В Европе и США использование стволовых клеток показало улучшение регенерации тканей у пожилых людей на 60%.

– В России технологии регенеративной медицины и стволовых клеток только начинают активно развиваться, но уже показывают положительные результаты в области восстановления суставов и мышечной ткани.

– Генная терапия также демонстрирует высокий потенциал для улучшения восстановления тканей у пожилых людей, что делает ее перспективной для лечения возрастных заболеваний.

Заключение. Развитие технологий и инновационных подходов в восстановлении здоровья пожилых людей предоставляет новые возможности для повышения качества жизни, улучшения двигательной активности, умственных способностей, общего физического и психологического состояния и автономности пожилых людей. Однако их эффективное применение требует дальнейших исследований и разработки комплексных реабилитационных программ, адаптированных под особенности пожилого населения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ГИНЕКОМАСТИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Борисова М.А.¹, Лукина Г.В.^{1,2}

¹Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова,

²НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Описание и цель. Метотрексат широко применяется для лечения ревматических заболеваний, в том числе псориатического артрита. На фоне терапии метотрексатом могут развиваться нежелательные реакции, самыми частыми из них являются поражение кожи, нарушение функции печени, диарея, тошнота и др. Гинекомастия является редким осложнением терапии низкими дозами метотрексата. Механизм ее развития

до конца не изучен. Мы представляем описание случая развития гинекомастии у пациента с псориатическим артритом, на фоне лечения метотрексатом.

Материалы и методы. 71 год, обратился в клиничко-диагностическое отделение ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова 18.11.2021 с жалобами на боль в сосках, боль и увеличение размера молочных желез, на периодические боли поясничном отделе позвоночника в покое, уменьшающиеся после нагрузки. В 2019 г. начата терапия метотрексатом в дозе 25 мг/нед, нестероидными противовоспалительными препаратами по требованию с хорошим эффектом. Проведено рутинное клиническое и лабораторное обследование, тщательный анализ анамнеза пациента, изучены принимаемые пациентом препараты. Пациент консультирован урологом, эндокринологом, онкологом-маммологом.

Результаты. При осмотре: кожные покровы – единичные псориатические бляшки на коже верхних и нижних конечностей. Ониходистрофия. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. Молочные железы уплотнены, увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (13.12.2021), где выявлены ЭХО-признаки гиперплазии левой грудной железы (субальвеолярно лоцируется более выраженный участок железистой ткани 3,2х1,3 см с нечеткими контурами, млечные протоки не дифференцируются), мелкий железистый участок ткани правой грудной железы (в альвеолярной области размером 1,6х1 см); аксиллярные лимфоузлы не увеличены. По данным анализов от 23.12.21 – пролактин 206,15 (N 55,96-278,36 мМЕ/л). Консультация эндокринолога от 10.01.22 – Диагноз Гинекомастия. Алиментарное ожирение. Консультация онколога-маммолога от 31.01.22 – учитывая осмотр, пальпацию, результаты инструментальных исследований, данных за онкопатологию молочных желез не получено. Консультация уролога от 17.12.21 – По данным УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря – УЗ-признаки конкремента устья левого мочеточника. УЗИ почек, надпочечников, забрюшинного пространства – УЗ-признаки уретрокалипиелозктазии, конкрементов обеих почек, конкремента устья левого мочеточника, повышение эхогенности паренхимы. По данным анализов от 23.12.22 - Общий ПСА 3,04 (N 0,0001-4 нг/мл), ПСАсв./ПСА общ 34,21 (N 18-100%), ПСА свободный 1,04. Диагноз: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Изучен лекарственный анамнез пациента, принято решение об отмене метотрексата, увеличении дозы фолиевой кислоты. В марте 2022г через пациент отметил купирование болевых ощущений в области молочных желез и сосков, однако полного регресса гинекомастии не произошло.

Заключение. Развитие гинекомастии является редким осложнением терапии метотрексатом. По данным литературы описано еще несколько случаев развития данной нежелательной реакции у пациентов с ревматическими заболеваниями.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ, СВЯЗАННЫМ С ЙОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бородачев А.С.¹, Костерина И.С.²,
Андреанова С.П.³, Евграфова Е.С.⁴

¹Городская поликлиника №31,

Нижний Новгород,

²Поликлиника №2,

Саранск,

³Центральная городская больница,

Чебоксары,

⁴Городская поликлиника №1 имени С.М. Кирова,

Ульяновск

Заболевание щитовидной железы является распространенным видом эндокринной патологии, что обусловлено многими факторами, среди которых особенно важными являются психологические эмоциональные нагрузки, наличие хронических заболеваний, наследственность, повышенный радиационный фон, неблагоприятная экологическая обстановка и йодная недостаточность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения заболевания щитовидной железы, среди эндокринных нарушений занимают 2 место после сахарного диабета. Часто встречаемым заболеванием щитовидной железы является эндемический зоб.

Приволжский федеральный округ, как и многие города России, относится к региону с йодной недостаточностью, в них развиваются очаги зобной эндемии, поэтому вопрос профилактики и лечения эндемического диффузного зоба здесь стоит не менее остро, чем в других регионах России с недостаточностью йода.

Йодный дефицит в организме населения может быть ликвидирован удовлетворением ежедневной потребности в йоде путем проведения йодной профилактики [3]. Данный вопрос решается уже и на законодательном уровне. Так, закон об охране здоровья планируют дополнить мерами для профилактики заболеваний из-за дефицита йода.

Предлагают: 1) Использовать йодированную соль при приготовлении пищи в больницах, школах, детских садах, организациях социального обслуживания; 2) Визуально выделить йодированную соль в торговом зале или ином месте продажи в розницу. Способ визуального выделения продавец определяет сам.

Новшества хотят ввести с 1 марта 2025 года.

Биологическая роль йода крайне важна. Йод необходим для биосинтеза гормонов щитовидной железы, которые, в свою очередь, регулируют метаболизм, влияя на скорость биохимических реакций. Йод обеспечивает нормальную функцию сердца и сосудов: гормоны щитовидной железы влияют на частоту сердечных сокращений и состояние сосудов. Таким обра-

зом, йододефицит может способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний, включая атеросклероз и артериальную гипертензию.

Цель исследования. Провести статистический анализ данных на предмет корреляции артериальной гипертензии и эндемического зоба, связанного с йодной недостаточностью в регионах ПФО (Республики Мордовия и Чувашия, Ульяновская область). Исследование проводилось на базе городских поликлиник перечисленных субъектов России.

Материалы и методы. Были изучены материалы амбулаторных карт пациентов. Изучался анамнез заболевания, оценивались результаты лабораторных и инструментальных исследований, лечение. Всего проанализирована 151 амбулаторная карта. В группу №1 вошли пациенты с эндемичным зобом, связанного с йодной недостаточностью, и артериальной гипертензией. В группу №2 вошли пациенты с эндемичным зобом, связанного с йодной недостаточностью, без артериальной гипертензии. В группу №3 вошли пациенты с артериальной гипертензией без эндемического зоба. Также было проведено анкетирование среди 80 студентов медицинских вузов регионов, участвовавших в исследовании, среди которых было 40 мужчин и 40 женщин, на предмет осведомленности о проблеме йододефицита. В ходе исследования использовались такие методы как ретроспективный анализ результатов исследований по данным амбулаторных медицинских карт, статистическая оценка результатов исследования.

Результаты и обсуждение. По результатам научного поиска общая заболеваемость артериальной гипертензией отличается по России и регионам ПФО, являющихся эндемичными по наличию зоба, связанного с йодной недостаточностью. Так, в регионах ПФО процент встречаемости артериальной гипертензии составляет 22%, а по России – 19.7%.

Анализ статистических данных по регионам в группе №1 показал, что в Ульяновской области сочетание артериальной гипертензии и эндемического зоба, связанного с йодной недостаточностью составляет 14,5%, что является самым высоким среди сравниваемых регионов ПФО (Республика Чувашия – 9,3%; Республика Мордовия – 8%). В группе №2 частота встречаемости йододефицитных состояний среди пациентов ПФО наибольшая в Республике Мордовии, что составила 25,1%, в то время как в Республике Чувашии 22,5%, Ульяновской области 20,59%. В группе №3 распространенность артериальной гипертензии среди пациентов ПФО статистически значимых различий не имеет (Ульяновская область – 23%, Республика Мордовия- 22%, Республика Чувашия- 21%).

Распространенность артериальной гипертензии как самостоятельной болезни по сравниваемым нами регионам ПФО составила примерно одинаковый процент – 21-23%, а сочетание артериальной гипертензии и эндемического зоба больше всего наблюдается в Ульяновской области (14,5%), в то время как в Республике Мордовии 8%, Республике Чувашии 9,3%.

По результатам анкетирования среди 80 студентов выявлено всего 20% хорошо осведомленных о проблеме йододефицита, 15% анкетирруемых меньше всего знали об этом, что повышает риск йододефицитных состояний у этих участников, и недостаточная осведомленность наблюдалась у 65% анкетирруемых, что говорит о важности соблюдения профилактических мероприятий.

Выводы. Проведен анализ статистических данных, по результатам которого была выявлена явная взаимосвязь развития артериальной гипертензии, при эндемическом зобе, связанного с йодной недостаточностью. Это связано с распространенностью эндемического зоба в сравниваемых регионах ПФО, которая и приводит впоследствии к увеличению частоты встречаемости артериальной гипертензии.

По результатам анкетирования среди студентов подтверждается недостаточность информирования о необходимости профилактики эндемического зоба и его нежелательных последствиях, что говорит о целесообразности проведения профилактических мероприятий.

Более того, в данный момент на законодательном уровне вводятся соответствующие меры для профилактики йододефицитных состояний.

Эндемический зоб, связанный с йодной недостаточностью – одна из актуальных проблем эндокринной патологии на сегодняшний день. В ходе исследования было выявлено увеличение распространенности артериальной гипертензии среди пациентов с диагнозом «Эндемический зоб», соответственно, необходим еще более тщательный контроль за состоянием здоровья у данной категории лиц.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ОЖИРЕНИЕМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДЛОЖЕННОЙ ТЕРАПИИ

Бровко Ю.И.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Цель работы. Изучить влияние комбинации препарата фосфатидилхолина с глицирризиновой кислотой и экстракта артишока на состояние перекисного окисления липидов у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) с сопутствующим хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) и ожирением.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 121 больной в возрасте от 24 до 47 лет, у которых было установлено наличие НАСГ, ХНХ и ожирения. Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа включала 67 пациентов, которые получали гепатопротекторы с действующим веществом фосфатидилхолин с глицерризиновой кислотой, который вводится в/в медленно 2 раза/сут утром и вечером – 10 дней, затем по 1 капсуле 2 раза в день на протяжении 30-40 дней и экстракта артишока по 1 таблетке 200 мг 3 раза в день во время еды на протяжении 30-40 дней. Пациенты из второй группы (54 человека) получали только стандартизированную терапию НАСГ и ХНХ в среднетерапевтических дозах, а в качестве гепатопротектора – эссенциале или карсил.

Из исследования исключались больные, страдающие алкоголизмом, наркоманией, лица с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, а также пациенты, у которых методом ИФА определялись положительные маркеры вирусных гепатитов.

Помимо основного клинико-лабораторного обследования, у всех обследованных исследовали активность ПОЛ по содержанию в крови конечного продукта липопероксидации МДА и промежуточных - ДК спектрофотометрически, определяли также ПГЭ.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенных исследований, нами было установлено, что у пациентов с хронической патологией гепатобилиарной системы в виде НАСГ и ХНХ с сопутствующим ожирением, до начала лечения имелись однотипные сдвиги со стороны биохимических показателей, которые характеризовались повышением содержания в крови продуктов ПОЛ – МДА и ДК. Так, в первой группе больных концентрация МДА в этот период составляла $8,8 \pm 0,2$ мкмоль/л при норме $3,2 \pm 0,2$ мкмоль/л, то есть была в среднем в 2,8 раза выше нормы ($p < 0,01$). У пациентов второй группы концентрация МДА составляла в среднем $8,64 \pm 0,22$ мкмоль/л, то есть была в 2,7 раза выше нормы ($p < 0,05$). Уровень ДК был повышен у всех обследованных и составляла в среднем $18,2 \pm 0,2$ мкмоль/л в первой группе, что было в 3 раза выше нормы ($6,2 \pm 0,15$ мкмоль/л; $p < 0,05$). Во группе концентрация ДК в крови больных составляла до начала проведения лечения $17,8 \pm 0,23$ мкмоль/л, то есть была в 2,9 раза выше нормы ($p < 0,05$). При поступлении в стационар установлено, что у больных в обеих группах, имело место достоверное повышение показателя ПГЭ, который равнялся в среднем $10,8 \pm 0,34\%$ (при норме $3,5 \pm 0,25\%$; $p < 0,001$).

На момент завершения курса лечения у больных первой группы больных (которая в комплексе лечения получала фосфатидилхолин с глицерризиновой кислотой и экстракт артишока) мы наблюдали уменьшение показателей липопероксидации - МДА и ДК до верхней границы нормы ($p < 0,05$). У пациентов второй группы также отмечено снижение содержания изученных показателей в крови, однако менее выраженное, чем у больных первой группы.

Выводы. Применение фосфатидилхолина с глицерризированной кислотой и экстракта артишока в комплексе лечения таких больных способствует ликвидации клинической симптоматики и нормализации уровня продуктов ПОЛ - МДА и ДК, снижению ПГЭ до нормы и, таким образом, оказывает четко выраженный антиоксидантный эффект.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ

Бубман Л.И.¹, Тополянская С.В.^{1,2}, Куржос М.Н.¹,
Васильева Ю.Ю.¹, Долотказина Е.Н.¹, Карпов В.В.¹,
Нечаев А.И.¹, Хан С.О.¹, Эмоматов А.М.¹,
Лыткина К.А.¹, Буриев И.М.¹, Мелконян Г.Г.¹

¹Госпиталь для ветеранов войн №3,

²Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель. Изучить лабораторные маркеры воспалительной активности (С-реактивный белок, СОЭ, лейкоциты и лейкоцитарные индексы, интерлейкин-6 и ферритин) у пациентов с боевыми травмами конечностей.

Материалы и методы. В проспективное наблюдательное исследование включено 248 пациентов, перенесших боевые травмы нижних и/или верхних конечностей в сроки от 4 до 58 дней (в среднем $15,8 \pm 8,6$ дней) до поступления в стационар. Все участники исследования были мужчинами. Возраст включенных в исследование пациентов варьировал от 19 до 59 лет, в среднем составляя $35,6 \pm 8,3$ года. Наиболее часто раны локализовались на голенях (в 29,3% случаев) и стопах (12,8%). У всех пациентов определялся уровень С-реактивного белка (СРБ), выполнялся общий и биохимический анализы крови, вычислялось отношение числа нейтрофилов к лимфоцитам (НЛО), нейтрофилов к моноцитам (НМО), тромбоцитов к лимфоцитам (ТЛО), лимфоцитов к моноцитам (ЛМО), а также произведение нейтрофильно-лимфоцитарного отношения и числа тромбоцитов (системный иммуновоспалительный индекс, СИВИ). Рассчитывалось отношение СРБ к альбумину. У 62 пациентов было выполнено определение концентрации интерлейкина-6 (ИЛ-6) в крови, у 42 – уровня ферритина в крови.

Результаты. Среднее значение СРБ составило 43,6 мг/л, СОЭ – 44,5 мм/ч, число лейкоцитов – $9,7 \times 10^9$ /л, число нейтрофилов – $6,8 \times 10^9$ /л, тромбоцитов – $514,7 \times 10^9$ /л, нейтрофильно-лимфоцитарное отношение – 4,47, нейтрофильно-моноцитарное отношение – 9,29, лимфоцитарно-моноцитарное отношение – 2,49, тромбоцитарно-лимфоцитарное отношение – 323,2. Медиана системного имму-

но-воспалительного индекса составила 1089. Уровень СРБ был повышен у 87,1% пациентов, СОЭ – у 87,3%. Лейкоцитоз выявлялся у 52,2% раненых, тромбоцитоз – у 83,1%. Медиана концентрации ИЛ-6 составила 0,86 пг/мл, ферритина – 249,1 нг/мл, отношения СРБ к альбумину – 0,61. У пациентов с ампутированными конечностями зарегистрированы значительно более высокие показатели СРБ ($p=0,0005$), числа лейкоцитов ($p=0,00007$), числа нейтрофилов ($p=0,000004$), доли нейтрофилов ($p=0,000009$), нейтрофильно-лимфоцитарное отношение ($p=0,000002$), системный иммуно-воспалительный индекс ($p=0,0003$) и ИЛ-6 ($p=0,02$). У раненых с тромбозами наблюдались более высокие уровни ИЛ-6 ($p=0,02$), число лейкоцитов ($p=0,006$), число нейтрофилов ($p=0,002$), доля нейтрофилов ($p=0,01$), большее нейтрофильно-лимфоцитарное отношение ($p=0,001$) и системный иммуно-воспалительный индекс ($p=0,01$). Установлены обратные корреляции между временем, прошедшим с момента ранения, и различными лабораторными показателями: СРБ ($p<0,000001$), СОЭ ($p=0,0001$), числом лейкоцитов ($p<0,000001$) и нейтрофилов ($p<0,000001$), НЛО ($p<0,000001$), системным иммуно-воспалительным индексом ($p=0,002$), фибриногеном ($p=0,000002$) и отношением СРБ к альбумину ($p=0,000002$). Зарегистрированы высоко достоверные корреляции между различными лабораторными показателями воспалительной активности. Установлены прямые корреляционные взаимосвязи между изученными лабораторными показателями воспалительной активности и числом хирургических обработок ран.

Выводы. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о выраженном повышении всех изученных лабораторных показателей воспалительной активности у пациентов с боевыми травмами, что свидетельствует о выраженном синдроме системной воспалительной активности у раненых. Необходимо продолжение исследований по изучению лабораторных маркеров воспалительной активности у пациентов с боевыми ранениями.

СВЯЗЬ КУРЕНИЯ И АГРЕССИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Бутова Л.Р., Кравченко А.Я.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Актуальность. В последние годы появились данные исследований, свидетельствующих об увеличении риска возникновения ишемической болезни сердца (ИБС) при наличии у человека повышенных показате-

лей агрессивности и враждебности [1, 2]. При этом недостаточно изученным является вопрос о связи агрессивности с таким фактором риска ИБС, как курение.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи курения и агрессивности у больных ИБС.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов с ИБС (инфаркт миокарда, впервые возникшая стенокардия, прогрессирующая стенокардия, пароксизмальная и персистирующая фибрилляция предсердий), из них 35 мужчин (7%) и 15 женщин (30%). Средний возраст больных – $62,4 \pm 2,6$ года. Для оценки агрессивного поведения использовался Опросник ВРАQ, состоящий из 24 вопросов и включавший в себя три шкалы (физическая агрессия, гнев, враждебность). Общий показатель враждебности по результатам суммы трех шкал оценивали как низкий, средний, высокий. Оценивались также статус курения и индекс массы тела (ИМТ).

Результаты. Курящими были 35 пациентов (70%), не курили – 15 (30%). У курящих больных среднее значение общей враждебности составило $1,91 \pm 0,51$ балла (т.е. средний уровень), в то время как у некурящих – $1,13 \pm 0,35$ балла (низкий уровень) ($p<0,001$). При сравнении показателя враждебности у курящих среднее значение составило $1,88 \pm 0,41$ (средний уровень), у некурящих – $1,14 \pm 0,34$ (низкий уровень) ($p<0,001$). У курящих пациентов с избыточной массой тела и ожирением уровень общей враждебности был равен $1,89 \pm 0,47$ (средний уровень), у некурящих с нормальной массой тела – $1,0 \pm 0,19$ (низкий уровень) ($p<0,001$). При корреляционном анализе установлено, что общий уровень агрессивности имел положительную связь с полом ($R=0,51$) и курением ($R=0,64$), отрицательную связь – с ИМТ ($R=-0,39$). Показатель «физическая агрессия» имел положительную корреляцию с полом ($R=0,48$) и курением ($R=0,46$) и отрицательную – с ИМТ ($R=-0,65$). Показатель «гнев» прямо коррелировал с полом ($R=0,29$) и курением ($R=0,61$) и обратно – с ИМТ ($R=-0,44$). Показатель «враждебность» также продемонстрировал прямую связь с полом ($R=0,47$), курением ($R=0,68$) и обратную – с ИМТ ($R=-0,37$).

В ряде исследований было установлено, что гнев/враждебность вызывают секрецию провоспалительных цитокинов, запуская воспалительные реакции в организме, впоследствии активируя агрегацию тромбоцитов [Suls J.]. Каскад таких последовательных реакций способствует прогрессированию атеросклероза коронарных артерий у больных с ИБС [Julkunen J.], особенно при сочетании с курением.

Выводы. Полученные результаты указывают на то, что такой психосоциальный фактор, как агрессивность, у больных ИБС с большей частотой встречается у курящих пациентов, чем у некурящих. Среди больных ИБС факт курения ассоциируется с увеличением общей враждебности в сравнении с некурящими пациентами. Курение у пациентов с ИБС и избыточной мас-

сой тела и ожирением может привести к увеличению психоэмоционального напряжения, что требует проведения его психофармакологической коррекции.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Быкова Е.Г., Захарова О.В., Платонова Н.А.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Хроническая абдоминальная ишемия обусловлена несоответствием между потребностью и доставкой крови, обогащенной кислородом, к органам пищеварения, что проявляется нарушениями моторно-секреторной, абсорбционной функции кишечника с развитием белково-энергетической недостаточности. Оклюзионная хроническая мезентериальная ишемия обусловлена преимущественно двумя группами: за счет экстравазальных воздействий (вследствие сдавления дугообразной связкой диафрагмы/ее медиальной ножкой/периартериальными фиброзными тканями/объемными образованиями) и интравазальными поражениями, которые встречаются значительно чаще. Среди интравазальных причин ведущая роль принадлежит атеросклерозу (52,2-88,3%). Гемодинамическая значимость окклюзирующего поражения зависит от количества вовлеченных сосудов и выраженности стеноза. Так как клинические проявления и рутинные исследования зачастую неспецифичны, это приводит к поздней диагностике данного состояния и неэффективности лечения.

Вашему вниманию представлен клинический случай пациентки длительно наблюдавшейся у гастроэнтерологов с другими диагнозами. Пациентку 76 лет с длительным анамнезом гипертонической болезни, ОНМК на протяжении 4 лет беспокоил болевой синдром в животе (постепенно нарастающий по интенсивности, сначала не связанный с приемом пищи), прогрессирующая потеря массы тела с развитием дефицита (потеря 24 кг преимущественно за последний год), нарастающая слабость, в последние месяцы присоединилась выраженная ночная потливость. При рутинных исследованиях без специфических изменений, в липидограмме холестерин – 5,1, липопротеины высокой плотности – 2,18, липопротеины низкой плотности – 2,41 ммоль/л. При очередном обследовании выполнена мультиспиральная компьютерная томограмма (МСКТ) брюшного отдела аорты и ее ветвей, выявлен стеноз чревного ствола в устье 80%, верхней брыжеечной артерии 80%. Для определения дальнейшей тактики проведена ангиография: в чревном стволе стеноз устья-приустьевых отделов 90%, конкурент-

ный коллатеральный кровоток на уровне печеночной артерии, в верхней брыжеечной артерии тандемный стеноз приустьевых отделов проксимальной трети до 80%. Выполнена эндоваскулярная коррекция: в устье проксимальной трети верхней брыжеечной артерии и в устье проксимальной трети чревного ствола имплантированы стенты с лекарственным покрытием, на контроле ангиографии и МСКТ хороший ангиографический результат. К моменту выписки пациентка отмечала значительное снижение выраженности болевого синдрома. С целью профилактики тромботических осложнений назначена двойная антитромботическая терапия (ацетилсалициловая кислота 100 мг+клопидогрел 75 мг) сроком на 6 месяцев. Назначена гиполипидемическая терапия. При динамическом наблюдении спустя 3 месяца пациентка отмечала улучшение самочувствия: прибавка массы тела на 10 кг, значительное уменьшение выраженности болевого синдрома (боли в животе появились периодически, только после завтрака).

В данном клиническом случае представлены достаточно поздние проявления хронической мезентериальной ишемии, обусловленные нарушением секреторной и абсорбционной функций, но без развития синдрома белково-энергетической недостаточности, что, вероятно, частично компенсировалось ретроградным заполнением верхней брыжеечной артерии на уровне проксимальной трети из нижней брыжеечной артерии. При атеросклеротическом генезе окклюзирующего поражения, в последние годы отдается предпочтение эндоваскулярным методам, в связи с более низкими рисками осложнений и смертности, однако сохраняются риски рецидива с необходимостью повторного вмешательства. При решении вопроса о выборе сосуда для проведения реваскуляризации, предпочтительнее восстановление проходимости верхне-брыжеечной артерии, в связи с лучшими клиническими исходами при такой тактике. В тоже время проведение полной реваскуляризации ассоциировано хорошим долгосрочным прогнозом. На сегодняшний день, по данным литературы, не представлено преимуществ использования стентов с лекарственным покрытием в лечение СХАИ, поэтому при ангиопластике и стентировании мезентериальных артерий используются стенты как с лекарственным покрытием, так и без него. Тактика консервативного лечения зависит от выраженности клинических проявлений, важным является соблюдение строгой гиполипидемической диеты и необходимость гиполипидемической терапии, хотя целевые значения при данной нозологии в настоящее время не определены.

В нашем клиническом случае реваскуляризация выполнена с учетом действующих показаний к оперативному лечению, имплантированы стенты с лекарственным покрытием и проведена полная реваскуляризация. После проведенного оперативного лечения отмечалось клиническое улучшение, что свидетельствует в пользу эффективности выбранной тактики.

МОНОСПЕЦИФИЧНЫЕ АНТИТЕЛА К DFS70 В ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ КАК МАРКЕР ИСКЛЮЧЕНИЯ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Верижникова Ж.Г., Авдеева А.С.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Распространенность антител (АТ) к DFS70 у здоровых доноров (ЗД) различными методами колеблется до 22% [1]. Данный тип свечения, который редко встречается у пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ), был описан как второй наиболее распространенный в сыворотке ЗД [2, 3].

Цель. Оценить частоту выявления АТ к DFS70 у ЗД, пациентов с недифференцированными иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (н/д ИВРЗ) и системной красной волчанкой (СКВ).

Материал и методы. Исследованы сыворотки 45 ЗД, 17 больных н/д ИВРЗ и 81 больного СКВ (согласно критериям ACR/EULAR 2019). Группы больных и ЗД были сопоставимы по полу и возрасту. АТ к DFS70 определялись методом непрямой реакции иммунофлюоресценции (НРИФ) с использованием в качестве субстрата смеси стандартных HEp-2-клеток и ELITE/DFS70-KO (ANA HEp-2 ELITE/DFS70 knock-out IFA, "Trinity Biotech", Ирландия). Позитивным считался титр $\geq 1:160$.

Результаты. Положительные результаты исследования НРИФ-HEp-2 (ANA HEp-2 ELITE/DFS70 KO) выявлены у 7 (15,6%) ЗД, у 16 (94,0%) больных н/д ИВРЗ и 81 (100,0%) больного СКВ (таблица 1). Изолированные АТ к DFS70 выявлены у 4 (57,1%) ЗД, у 9 (56,2%) н/д ИВРЗ, но не обнаружены у больных СКВ. Классические типы свечения (гомогенный AC-1, гранулярный AC-4,5, смешанный AC-1,4,5, цитоплазматический AC-19,20,21) без АТ к DFS70 были определены у 3 (42,9%) ЗД, у 7 (43,8%) больных н/д ИВРЗ и у 81 (100%) больных СКВ (таблица 2). Таким образом, изолированные анти-DFS70 определялись в группах ЗД и н/д ИВРЗ, но не определялись у больных с достоверным диагнозом СКВ.

Выводы. Моноспецифичные АТ к DFS70 могут быть полезны для исключения ИВРЗ и рассматриваться как признак доброкачественного аутоиммунитета.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ EVALI СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Владимирова В.С., Евдокимов Д.С., Елисеєва К.Е.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Описание факторов риска формирования EVALI и установление наиболее частых симптомов в зависимости от стажа и частоты вейпинга среди студентов медицинских вузов.

Материалы и методы. Выполнено одноцентровое исследование, в которое было включено 234 студента 1-6 курсов Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. В качестве основного метода исследования использовалось анонимное анкетирование. Анкета включала вопросы, выявляющие факторы риска возникновения EVALI: стаж курения, частота использования вейпов, разнообразие электронных сигарет, количество затяжек в сутки, клинические проявления EVALI. Дополнительно студентам был предложен тест самооценки памяти Макнэра и Кана для проведения корреляционного анализа когнитивных навыков у курящих студентов. Статистическая обработка данных выполнена в программе Statistical Analysis System (Institutes Inc., США).

Результаты. Основной возраст респондентов – 21 ± 1 . Стаж курения у 69,4% студентов составляет менее пяти лет. По результатам анонимного анкетирования студенты, курящие электронные сигареты, составляют 58,5% из всех опрошенных, причем 73% из них женского пола. Повышенный риск формирования EVALI составляет 58,3% из курящих респондентов. От пяти до десяти лет стажа имеют 27% курящих студентов, тогда как более десяти лет курят только 4% опрошенных. Всего 10% студентов имеют предрасположенность к наследственным заболеваниям легких. Среднее количество затяжек в сутки – $173,9 \pm 25,5$, причем среднестатистический студент медицинского вуза использует электронную сигарету и тратит время на «перекур» примерно 11 раз в день. Корреляционный анализ показал, что риски развития EVALI тем выше, чем больше стаж ($r=0,16$, $p<0,05$), частота использования электронных сигарет ($r=0,24$, $p<0,05$) и количество затяжек в сутки ($r=0,24$, $p<0,05$). При этом 67% респондентов выбирают одноразовые электронные сигареты. Имеется значимая связь между использованием одноразовых электронных сигарет и повышенным риском возникновения EVALI среди студентов ($r=0,15$, $p<0,05$). Наиболее распространенными симптомами оказались одышка (38,9%), утомляемость (31,4%), кашель (30,7%) и головная боль (21,9%). Самый частый тип манифестации – респираторный. Тест Макнэра и Кана дополнительно выявил у студентов, имеющих данные симптомы и являющихся группой повышенного риска формирования EVALI, ухудшение памяти ($Z=2,3$, $p=0,02$) и внимания ($Z=2,2$, $p=0,02$).



Заключение. Исследование показало, что среди студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова наблюдается значительное распространение использования вейпов. Несмотря на относительно короткий стаж курения, у многих респондентов уже проявляются симптомы EVALI, что вызывает серьезные опасения. Кроме того, использование электронных сигарет негативно сказывается на когнитивной функции студентов, подчеркивая необходимость активных мер по информированию и профилактике среди молодежи.

ВЛИЯНИЕ ПЛАНШЕТНОЙ ГИДРОТЕРАПИИ НА ТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ФОРМА СПАСТИЧЕСКОЯ ДИПЛЕГИЯ

Власенко С.В., Османов Э.А., Щербинина Т.Н.,
Непейпиво М.В.

Научно-исследовательский институт
детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации,
Евпатория

Учитывая исследования последних лет о формировании типологического профиля скелетных мышц под действием эндогенных (нейротрофические, ростовые, гормональные факторы, нейротрофический контроль) и экзогенных (физическая нагрузка и питание) факторов, а также ведущей роли в процессе стимуляции регенерации и росте мышц инсулиноподобного фактора роста – 1 (IGF-1), целесообразным является изучение влияния методов санаторно-курортного лечения на его динамику.

Цель исследования. Изучение содержания инсулиноподобного фактора роста – 1 (IGF-1) и гормона роста (GH) у детей с ДЦП, а также влияния планшетной гидротерапии (ПГТ) на динамику показателей в процессе санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. Обследовано 68 детей в возрасте от 7 до 12 лет, больных ДЦП, поступивших на СКЛ в детские санатории г.Евпатории. Средний возраст больных составил $10,1 \pm 0,4$ года. Контрольную группу (КГ) составили 32 детей I и II групп здоровья. Обследование включало осмотр ребенка специалистами, проведение антропометрических измерений, оценку в сыворотке крови IGF-1 и GH. В зависимости от проведенного курса санаторно-курортного лечения (СКЛ) дети с ДЦП были разделены на две группы. I группа – 33 ребенка, получивших традиционное СКЛ, II группа – 35 детей, получивших на фоне СКЛ курс ПГТ аппаратом «Душевая кабина с вмонтированной

гидромассажной панелью». Традиционное санаторно – курортное лечение включало: полноценное сбалансированное питание, режим дня тонизирующий, либо щадяще – тонизирующий, климатолечение, лечебную физкультуру, ручной массаж, ортопедическую профилактику, пелоидотерапию, электролечение. Группе II из лечебного комплекса было исключено электролечение и назначен курс ПГТ. Методика проведения процедуры ПГТ осуществлялась по следующей схеме: локализация воздействия – нижние конечности; интенсивность воздействия – максимальное давление воды до 2,0 атмосфер, температура воды 38°C; длительность воздействия 10 минут; через день, на курс 10 процедур. Статистический анализ проводили с использованием программного продукта STATISTICA for WINDOWS 6.0 (фирма StartSoft, США) и «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. Выявлено снижение IGF-1 и GH у детей с показателями физического развития ниже нормы, при выраженной спастике мышц и при повышенном мышечном тоне. Отмечено, что GH у детей с невыраженной спастикой и легкими двигательными нарушениями находился в пределах нормы, а IGF-1 был снижен при всех тяжестих заболевания. Несмотря на то, что в регуляции IGF-1 значительную роль оказывает GH, однако, в тех группах детей с ДЦП, показатели гормона роста в которых достоверно не отличались от показателей здоровых детей, значения IGF-1 были также достоверно снижены в сравнении со здоровыми детьми (то есть IGF-1, как-бы «выходит из-под контроля» центральных регуляторов, а на его метаболизм оказывают существенное влияние локальные процессы). У пациентов I группы под влиянием традиционного СКЛ наблюдался достоверный прирост показателя GH ($p < 0,01$) и IGF-1 ($p < 0,05$), а во II группе с включением ПГТ, отмечалось достоверное увеличение GH ($p < 0,01$) и IGF-1 ($p < 0,001$).

Выводы. Установлено, что на уровень IGF-1 в значительной мере воздействует регуляция центрального звена гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, и в данном исследовании – гормон роста, однако, значительную роль в синтезе и транспорте IGF-1 оказывает состояние взаимоотношения «мотонейрон – скелетное мышечное волокно», что необходимо учитывать при организации реабилитационного комплекса. Отмечено, что традиционное СКЛ благоприятно влияет на центральные механизмы регуляции, а также, оказывает умеренное влияние на периферические и локальные факторы. Включение в СКЛ курса планшетной гидротерапии значительно усиливает влияние реабилитационного комплекса на периферические нейромышечные звенья патогенеза.



ПРИМЕНЕНИЕ ИДАРАЦИЗУМАБА ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ЭФФЕКТА ДАБИГАТРАНА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТУ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Власова М.И., Муртазина А.Х., Качалина И.Ф.
Городская больница №38 имени Н.А.Семашко,
Самара

Фибрилляция предсердий является одним из самых частых факторов риска развития ишемического инсульта. Частота развития ишемического инсульта на фоне приема НОАК составляет около 1-2% в год. Проведение системной ТЛТ рекомбинантным тканевым активатором плазминогена ограничено пациентам с ИИ, развившимся на фоне приема НОАК. Идарацизумаб является моноклональным антителом к дабигатрану и его применение обеспечивает полную инактивацию антикоагулянтной активности препарата в течение 5 минут, что позволяет выполнять тромболитическую терапию больным с ИИ, получающим дабигатран.

Клинический пример. Пациент N. 59 лет поступил в первичное сосудистое отделение ГБУЗ СО СГКБ No2 им. Н.А.Семашко с жалобами на нарушение речи, слабость в правой руке и ноге. Из анамнеза, что около 5 лет наблюдался терапевтом по поводу артериальной гипертензии. Постоянно принимал гипотензивную терапию (эналаприл, спиронолактон), артериальное давление не контролировал. Несколько лет назад выявлена постоянная форма ФП. Постоянно принимал дабигатран 150 мг 2 раза в сутки.

Заболел остро, в дневные часы: остро развились слабость в правых конечностях и нарушение речи. При поступлении состояние тяжелое. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Артериальное давление – 160 и 100 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений – 86 в минуту, пульс аритмичный.

В неврологическом статусе – в сознании. Оценка по шкале комы Глазго 15 баллов. В контакт вступает, инструкции не выполняет в виду речевых нарушений, моторная и сенсорная афазия. Менингеальные симптомы отрицательные. Черепно-мозговые нервы: сглаженность правой носо-губной складки. Правосторонняя гемиплегия. Оценка по шкале инсульта NIHSS – 15 баллов. Пациенту проведен общепринятый для пациентов с ОНМК комплекс обследований и консультаций (в соответствии с приказом от 15.11.2012 №928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»). По данным компьютерной томографии данных за инфаркт головного мозга не выявлено.

Клинический диагноз: ОНМК по ишемическому типу в левом полушарии головного мозга, кардиоэмболического подтипа по классификации TOAST. Право-

сторонняя гемиплегия, моторная и сенсорная афазия. Дисциркуляторная энцефалопатия III ст, смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического), стадия декомпенсации. ИБС. Постоянная форма фибрилляции предсердий, нормо-тахисистолия. Хроническая сердечная недостаточность 2а, II функциональный класс. Учитывая клиническую картину ОНМК, отсутствие КТ-признаков о внутримозговом кровоизлиянии, время от дебюта очаговой неврологической симптоматики менее 4,5 ч, выраженность неврологических нарушений (15 баллов по шкале NIHSS), пациенту показано выполнение тромболитической терапии. Однако последний прием дабигатрана был менее чем за 12 часов до развития инфаркта головного мозга. По данным коагулограммы удлинения АЧТВ не выявлено – 30,9 с. По техническим причинам анализ ТВ невозможен. С целью нейтрализации антикоагулянтного эффекта дабигатрана введен его специфический антагонист идарацизумаб в дозе 5 г, что позволило начать тромболитическую терапию. В течение последующих часов у пациента сохранялось стабильное артериальное давление. Через 8 ч после завершения тромболитической терапии отмечена отрицательная динамика в неврологическом статусе: уровень бодрствования снижен до оглушения (ШКГ – 13), появления повышенного мышечного тонуса в правых конечностях по пирамидному типу. При контрольной КТ головного мозга, выполненной через 10 ч после проведения тромболитической терапии, отмечалось появление гиперденной зоны по типу гематомы около 8 куб.см. в левой теменной доле головного мозга на фоне появившейся гиподенной зоны в левой лобно-теменной-височной доле головного мозга, также выявлено следовое количество геморрагического содержимого в левом боковом желудочке.

В последующем после оценки стабильности гематомы на повторном КТ головного мозга через 2-е суток, пациентке проводилась стандартная терапия ИИ, в том числе антикоагулянтная, гипотензивная, гипотензивная терапия, комплекс реабилитационных мероприятий. В неврологическом статусе отмечался постепенный регресс очаговых неврологических нарушений. На 10-е сутки состояние оценивалось как удовлетворительное. В неврологическом статусе – в сознании (оценка по ШКГ – 15 баллов). В контакт вступает, инструкции выполняет частично в виду речевых нарушений, моторная афазия с элементами сенсорной. Менингеальные симптомы отрицательные. Со стороны черепных нервов: сглаженность правой носо-губной складки. Оценка по шкале инсульта NIHSS – 13 балла, mRS – 4 балла. Пациент присаживается с помощью инструктора, сидит самостоятельно. Переведен на второй этап реабилитационного лечения.

Вывод. Учитывая ограничения настоящего анализа, следует заключить, что нейтрализация антикоагулянтного эффекта дабигатрана с использованием его специфического антагониста идарацизумаба является обоснованной перед выполнением тромболитической терапии.

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗВУКОВ КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

Волковская М.А., Овсянников Е.С.,
Фейгельман С.Н., Белякова А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Определить возможность применения спектрального анализа звуков кашля в диагностике и оценке эффективности лечения кашля при остром бронхите.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 больных острым бронхитом во время обострения (1 группа, мужчин и 27 женщины, средний возраст $30,1 \pm 5,2$ лет), 30 больных острым бронхитом в стадии выздоровления (2 группа, 4 мужчин и 26 женщин, средний возраст $30,7 \pm 5,1$ лет), 30 здоровых лиц (3 группа, 3 мужчин и 27 женщины, средний возраст $31,4 \pm 4,9$ лет). Исследуемые группы были сопоставимы по полу ($\chi^2=1,66$; $p=0,12$) и возрасту ($F=0,11$, $p=0,24$). В каждой группе проводилась регистрация звуков кашля с последующей цифровой обработкой. У здоровых лиц кашель индуцировался вдыханием раствора лимонной кислоты в концентрации до 20 г/л. Оценивались временно-частотные параметры звуков кашля – продолжительность (мс), отношение энергии низких и средних частот (60-600 Гц) к энергии высоких частот (600-6000 Гц), частота максимальной энергии звуков кашля (Гц). Указанные параметры определялись как в отношении всего звука кашля, так и его отдельных фаз.

Результаты и обсуждение. У пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп установлены достоверные различия некоторых параметров кашля. Выявлено, что имеются выраженные различия в продолжительности кашлевого акта. В 1-й группе данный параметр был больше ($T=556,0$ [446,0; 652,0] мс, чем у здоровых ($T=366,5$ [266,0; 475,0] мс) и больных острым бронхитом в стадии выздоровления ($T=368,0$ [350,0; 440,0] мс). Наблюдались выраженные различия значений коэффициента Q между пациентами 1-й ($Q=0,228$ [0,184; 0,307]) и 3-й групп ($Q=0,27$ [0,209; 0,353]). В звуках кашля 1-й группы преобладала энергия высоких частот не только во всем кашлевом акте, но и во всех 3 фазах по отдельности. Особенно наглядно – во второй фазе кашля больных острым бронхитом ($Q_2=0,188$ [0,149; 0,218]) и здоровых ($Q_2=0,2505$ [0,206; 0,324]). В отношении Q и Q_2 это возможно объяснить наличием отека стенок нижних дыхательных путей, избыточной продукцией слизи. Максимальная частота энергии звуков кашля (F_{max}) в 1-й и 2-й группе была достоверно выше, чем у лиц 3-й группы ($F_{max}=582,5$ [452,0; 693,0] Гц – в 1-й группе; $F_{max}=571,0$ [379,0; 693,0] Гц – во 2-й

группе; $F_{max}=445,5$ [332,0; 625,0] Гц – в 3-й группе). При этом эти показатели у пациентов в процессе выздоровления были ниже, чем в острый период заболевания.

Выводы. На основании полученных данных выявлены значимые различия по временно-частотным параметрам кашля у больных острым бронхитом, стадий выздоровлением и здоровыми лицами. Это дает понять важность использования спектрального анализа звуков кашля. Данный метод поможет подобрать подходящую терапию для достижения наилучшего результата, контролировать лечение и достижение полного выздоровления пациента.

СЫВОРОТОЧНЫЙ ЦИСТАТИН С КАК МАРКЕР АКТИВНОСТИ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТАХ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Воркель Е.Н., Решетняк Т.М., Нурбаева К.С.,
Диатроптов М.Е., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Одним из частых и тяжелых проявлений АНЦА-ассоциированных васкулитов (ААВ) является гломерулонефрит, который может приводить к развитию хронической почечной недостаточности. В клинической практике остро стоит вопрос своевременной диагностики и оценки активности заболевания, особенно в отношении поражения почек. В связи с этим активно исследуются новые биомаркеры, позволяющие объективно оценивать активность заболевания и прогнозировать его течение. Одним из таких перспективных маркеров является сывороточный цистатин С.

Цель. Оценить роль сывороточного цистатина С как маркера активности ААВ и повреждения почек.

Материалы и методы. В одномоментное исследование были включены 68 пациентов старше 18 лет с достоверным диагнозом ААВ (36 с гранулематозом с полиангиитом (ГПА), 11 с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом (ЭГПА), 21 с микроскопическим полиангиитом (МПА)) и 6 лиц в качестве здорового контроля. Женщины преобладали как в группе больных (68%), так и в группе здоровых доноров (83%). Медиана возраста больных составил 53,5 [42,5; 62], здоровых – 52,1 года [48; 57]. Активность ААВ оценивали на основании валидированного Бирмингемского индекса активности системных васкулитов версии 3 (BVAS v3). Кроме общепринятых показателей, всем пациентам и здоровым донорам исследовали уровень сывороточного цистатина С с

использованием иммуноферментного анализа (ИФА) (нг/мл) с помощью набора Biovendor Human Cystatin C. Анализ данных проводился с использованием программного обеспечения Statistica 12. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Медиана уровня цистатина С в группе больных составила 1282,2 [1141;1517,8], в группе здоровых – 1019 [1000;1039,4]. Концентрация цистатина С у больных ААВ была статистически значима выше ($p=0,002$). Не выявлено статистически значимых корреляций концентрации биомаркера в зависимости от пола, типа ААВ, специфичности АНЦА. Однако уровень цистатина С положительно коррелировал с возрастом пациентов ($r=0,4$, $p<0,001$) и имел обратную связь с длительностью ААВ ($r=-0,3$; $p=0,01$).

Больных разделили на 3 группы: в первую группу вошли 17 больных с активным гломерулонефритом (BVAS 9 [7; 17], BVAS почечный 6 [3; 6]), во вторую группу – 23 больных с без активного нефрита на момент включения в исследование (BVAS 0 [0; 2], BVAS почечный 0), в третью группу – 28 пациентов без поражения почек (BVAS 2 [0,5; 6,5], BVAS почечный 0). В первой группе пациентов с активным ААВ и гломерулонефритом уровень цистатина С составил 1716 [1504;2204], что значительно превышает показатели второй 1258 [1184;1446] и третьей групп 1159 [1076;1327], $p<0,001$.

Уровень цистатина С показал значительную корреляцию с маркерами активности заболевания, такими как общий и почечный индексы BVAS ($r=0,46$, $r=0,56$, соответственно), СОЭ ($r=0,4$), СРБ ($r=0,26$), нейтрофилами ($r=0,25$), системным иммуно-воспалительным индексом (SII systemic immune-inflammation index) ($r=0,25$) и незрелыми гранулоцитами ($r=0,32$). Уровень сывороточного биомаркера показал прямую корреляцию с традиционными показателями, отражающими активность ГН: гематурией и протеинурией в разовой порции ($r=0,4$, $r=0,47$). При этом уровень цистатина С имел наиболее сильную корреляцию с показателями функции почек: прямую с сывороточным креатинином ($r=0,71$), и обратную связь с рСКФ ($r=-0,73$).

ROC-анализ показал диагностическую значимость цистатина С в выявлении активного почечного поражения при ААВ (AUC=0,878, чувствительность – 82,4%, специфичность – 84,3% с пороговым значением 1468 нг/мл и выше).

Вывод. Уровень сывороточного цистатина С является перспективным маркером активности ААВ и почечного поражения при данном заболевании. Биомаркер демонстрирует значимую связь с основными показателями воспаления и почечной дисфункции, а также высокую диагностическую ценность в выявлении активного гломерулонефрита. Для подтверждения полученных результатов необходимы более масштабные исследования, включая динамическое наблюдение и нефробиопсию.

СОДЕРЖАНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ЛИПОКАЛИНА (NGAL) ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТАХ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Воркель Е.Н., Решетняк Т.М., Нурбаева К.С.,
Диатроптов М.Е., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. АНЦА-ассоциированные васкулиты (ААВ) характеризуются хроническим воспалением сосудов с поражением жизненно важных органов, особенно почек и легких. Поиск неинвазивных биомаркеров активности заболевания остается актуальной задачей. Липокалин, ассоциированный с желатинозой нейтрофилов (NGAL) участвует в воспалительных процессах и повреждении тканей, что делает его перспективным кандидатом для оценки активности ААВ и органного повреждения.

Цель. Оценить уровень NGAL в сыворотке крови у пациентов с ААВ в зависимости от активности заболевания и органного поражения.

Материалы и методы. В одномоментное исследование были включены 68 пациентов старше 18 лет с достоверным диагнозом ААВ (36 с гранулематозом с полиангиитом (ГПА), 11 с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом (ЭГПА), 21 с микроскопическим полиангиитом (МПА)) и 6 лиц в качестве здорового контроля. В обеих группах преобладали женщины (68 и 83% соответственно). Медиана возраста больных составила 53,5 года [42; 62], здоровых доноров – 52,1 года [48; 57]. Для измерения активности ААВ использовали международный Бирмингемский индекс активности васкулита (BVAS, версия 3). Кроме общепринятых показателей, всем пациентам и здоровым донорам исследовали уровень сывороточного NGAL с использованием иммуноферментного анализа (ИФА) (нг/мл) с помощью набора Biovendor Human Lipocalin-2/NGAL. Нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение (NLR – neutrophil to lymphocyte ratio) рассчитывалось по формуле: абсолютное число нейтрофилов/абсолютное число лимфоцитов. Системный иммуно-воспалительный индекс (SII – systemic immune-inflammation index) рассчитывался по формуле: абсолютное число нейтрофилов $\times$ тромбоциты/абсолютное число лимфоцитов. Анализ данных проводился с использованием программного обеспечения Statistica 12. 95-й процентиль здоровой контрольной группы использовался для определения порогового значения для высоких уровня NGAL. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Уровень NGAL у пациентов с ААВ был достоверно выше, чем у здоровых доноров (82,5 [57,15; 113,1] против 56,1 [42,6; 69] соответственно, $p < 0,05$), не зависел от типа ААВ, специфичности АНЦА, длительности заболевания, а также пола, возраста пациентов и наличия сопутствующих заболеваний. Уровень NGAL по 95-му процентилу у здоровых доноров составил 152,7 нг/мл, у 9 больных ААВ содержание NGAL в крови было выше этого значения.

Больные ААВ были разделены на две группы. В I-ю группу вошли 17 пациентов с наличием активного гломерулонефрита (ГН) (BVAS 9 [7;17], BVAS почечный 6 [3;6]), во II-ю группу – 51 больной без активного ГН (BVAS 2 [0;4], BVAS почечный 0). Выявлены значимые различия ($p = 0,008$) в уровнях NGAL между пациентами с ААВ и активным гломерулонефритом (Me 120,3 [63,3; 174,6]) и без активного поражения почек на момент исследования (Me 80,1 [56,1; 98,7]). Наличие ГН в анамнезе не ассоциировалось с повышением NGAL. У пациентов с активным ГН его уровень был достоверно выше по сравнению с теми, у кого ГН был в анамнезе (Me 81,3 [57,6; 98,7], $p < 0,05$). У 5 из 17 пациентов с активным ГН NGAL > 152,7, в группе без поражения почек на момент исследования – только у 3 из 51 ($p = 0,02$).

Уровни NGAL имели значимую прямую связь с показателями почечной функции: креатинином ($r = 0,29$), мочевиной ($r = 0,3$), мочевой кислотой ($r = 0,29$), калием ($r = 0,39$), цистатином С ($r = 0,41$). Установлена обратная корреляция с показателем скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ($r = -0,25$). Кроме того, уровень NGAL положительно коррелировал с гематурией в разовой порции мочи ($r = 0,31$).

NGAL показал значимую положительную корреляцию с лейкоцитами ($r = 0,43$), нейтрофилами в абсолютных ($r = 0,6$) и относительных значениях ($r = 0,59$), сегментоядерными ($r = 0,57$) и палочкоядерными нейтрофилами ($r = 0,5$). Установлена связь с нейтрофильными индексами воспаления: NLR ($r = 0,56$), SII ($r = 0,51$), незрелыми гранулоцитами ($r = 0,36$) и острофазовыми показателями воспаления: СОЭ ($r = 0,29$), СРБ ($r = 0,41$), фибриногеном ($r = 0,57$) и с сывороточным кальпротектином ($r = 0,52$).

ROC-анализ показал диагностическую значимость NGAL в выявлении активного почечного поражения при ААВ (AUC = 0,71, чувствительность – 70,6%, специфичность – 78,4%).

Вывод. Результаты исследования сывороточного NGAL у пациентов с ААВ показывают, что NGAL может служить маркером активности ААВ, в частности, отражая почечное поражение. Высокие концентрации NGAL связаны с показателями воспаления и нарушением функции почек. Дальнейшие исследования NGAL в динамике необходимы для уточнения его прогностической роли.

ОСНОВНЫЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гаврилюк Б.Л., Аржавкина Л.Г., Макарова А.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Среди неврологических осложнений сахарного диабета 2 типа (СД 2) диабетическая полиневропатия (ПНП) занимает ведущее место. Поражение периферических нервов зависит от длительности СД, а также уровня компенсации гипергликемии. Считается, что поражение периферической нервной системы с вовлечением двигательных, чувствительных и вегетативных волокон наблюдается более чем у половины больных СД 2. Однако истинная частота встречаемости ПНП у пациентов с СД может быть очень высока даже на ранних этапах диагностики заболевания.

Цель исследования. Оценить основные электронейромиографические (ЭНМГ) паттерны в диагностике ПНП, у пациентов с СД 2.

Материалы и методы. В исследование включены лица старше 18 лет с СД 2. Обследовано 180 больных (109 мужчин, 171 женщина), находившихся в клинике Военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова на стационарном лечении. Средний возраст пациентов составил – $63,6 \pm 1,1$ года. Больные были под наблюдением от 1 года до 11 лет.

ЭНМГ выполнялась на многофункциональном компьютерном комплексе «Нейро-МВП-4» («Нейрософт» г. Иваново, Россия). Исследовались периферические нервы нижних конечностей (моторные и сенсорные волокна) с обеих сторон: скорость распространения возбуждения, латентный период, резидуальная латентность, F – волна (минимальная латентность), параметры М-волны и ПДН (потенциал действия нерва) чувствительных нервов, по базовой методике ЭНМГ. Также выполнялось исследование дистальной чувствительной ветви большеберцового нерва – медиальный подошвенный нерв (n. plantaris medialis).

Статистическую обработку данных проводили с использованием программ Microsoft Office Excel 2010 и SPSS (v.13.0).

Результаты и обсуждение. Проведен анализ ЭНМГ показателей нижних конечностей у 280 больных СД 2-го типа.

ЭНМГ-признаки полиневропатии выявлены у 269 (96,1%) пациентов. Чаще всего ($n = 264$, 94,3%) наблюдалось симметричное поражение волокон чув-

ствительных нервов (аксональное повреждение) на дистальном уровне (стопа). Смешанный вариант полиневропатии, проявлявшийся сочетанием ЭНМГ признаков аксоно- и миелинопатии, наблюдался у 98 обследованных пациентов (35,0%). Нужно отметить, что миелинопатия носила вторичный генез, изолированная миелинопатия наблюдалась у 12 больных (4,3%).

Признаки полиневропатии, связанные с поражением всех исследованных нервов, отмечались у 76 обследованных (27,1%), значимо чаще выявляясь у лиц с длительностью заболевания более 10 лет ($p < 0,05$). При длительности заболевания более 10 лет также значимо чаще отмечалась большая выраженность смешанного поражения, аксонопатия и миелинопатия. Поражение миелиновой оболочки, вероятно, носит вторичный характер. При распределении полученных ЭНМГ данных по степени выраженности оказалось, что легкая степень невропатии встречалась в 52,5% случаев ($n=147$), умеренная степень – в 38,9% случаев ($n=109$), выраженная – в 8,6% случаев ($n=24$). Аксональное повреждение наблюдалась у абсолютного большинства пациентов ($n=271$; 96,7%).

Сенсорная дистальная полиневропатия выявлялась наиболее часто (с длительности заболевания 1-5 лет – в 38% случаев, от 5 до 10 лет – в 51% и более 10 лет в 68%). У 125 обследуемых (44,6%) наряду с вышеперечисленными ЭНМГ изменениями в сенсорных волокнах были выявлены изменения в моторных волокнах (увеличение латентности, удлинение и незначительное снижение амплитуды М-волны, дисперсия моторных волокон). Наиболее значимым и выявляемым ЭНМГ признаком было увеличение минимальной латентности F-волны при исследовании большеберцовых и малоберцовых нервов. Из 280 обследованных у 269 (96,1%) выявлено увеличение латентности F-волны. Вторым по частоте встречаемости ЭНМГ признаком ДПН явилось аксональное поражение сенсорных волокон: икроножного, поверхностного малоберцового и медиального подошвенного нерва. Аксональное поражение сенсорных волокон выявлено у 249 (92,5%) больных. При адекватном лечении и стабильной компенсации гипергликемии наблюдалась стабилизация ЭНМГ показателей при проведении контрольных исследований.

Выводы. Электронейромиография является ведущим объективным методом диагностики ДПН у больных СД 2, особенно при необходимости принятия экспертных решений. ЭНМГ признаки сенсорной дистальной полиневропатии выявляются наиболее часто. Наиболее чувствительным, стабильным и характерным ЭНМГ признаком ДПН является увеличение минимальной латентности F - волны и наличие ЭНМГ нарушений в чувствительных нервах и чувствительных волокнах смешанных нервов нижних конечностей на дистальном уровне. Результаты ЭНМГ могут быть объективным показателем успешности лечения СД 2.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ КОСТЕЙ ПРИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Гайдукова И.З.¹, Бомбина М.В.², Бандурко Е.П.¹,
Петухова А.А.¹

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Асептический некроз (АН) костей представляет собой важную проблему, так как развивается непредсказуемо у пациентов трудоспособного возраста, может приводить к инвалидизации или необходимости протезирования суставов. Асептический некроз нередко развивается у пациентов с различными ревматологическими заболеваниями.

Цель исследования. Оценить структуру коморбидности у пациентов с асептическим некрозом костей на фоне ревматических заболеваний (РЗ).

Материалы и методы. В исследование включили 113 пациентов с ревматологическими заболеваниями (РЗ) и АН костей, и 19 пациентов с АН без РЗ (группа контроля), предоставивших информированное согласие на участие в исследовании. Выполнили анализ клинических особенностей и коморбидных состояний. Исследование одобрено этическим комитетом СПб ГБУЗ КРБ 25 им.В.А.Насоновой.

Результаты. Обследовано 132 пациента с АН (65 женщин, 67 мужчин, возраст 55,4г).

Выводы. Демографические характеристики и профиль коморбидности у пациентов с АН и РЗ и у пациентов с АН без РЗ значимо различался. При спондилоартрите (СпА), ревматоидном артрите (РА), и других аутоиммунных заболеваниях (АИЗ) АН значимо чаще сочетается с остеопорозом и заболеваниями ЖКТ, чем при отсутствии РЗ. При РА, подагре и АН значимо чаще встречается гипертоническая болезнь и ИБС в их сочетании, чем при отсутствии РЗ или при СпА, АИЗ. Профиль пациентов с остеоартрозом (ОА) и АН не отличается от АН без РЗ (при условии сопоставления групп по возрасту).



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО, ХИРУРГИЧЕСКОГО, ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ЦЕНТРА ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Галкина А.А.^{1,2}, Лялина Л.В.^{2,3}, Спиридонова А.А.¹

¹ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова,

²НИИ эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,

³СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести сравнительную оценку распространенности *C. difficile* инфекции среди пациентов различных отделений многопрофильного стационара.

Актуальность. Ведущими возбудителями инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, являются бактерии группы ESCAPE, однако нередко отмечается их совместное распространение с *C. difficile* [1]. В отличие от патогенов *Enterococcus* sp., *S. aureus*, представителей *Enterobacteriaceae* (*Acinetobacter* spp., *K. pneumoniae* и др.), распространенность *C. difficile* в стационарах Российской Федерации изучена недостаточно. В то же время интерес к *C. difficile* инфекции (КДИ) среди врачей различных специальностей в последние годы существенно вырос [2, 3, 4]. Вклад *C. difficile* инфекции в экономические издержки здравоохранения значителен, поскольку борьба с этой инфекцией на практике задействует значительные ресурсы в связи с применением дорогостоящих антимикробных препаратов, организацией изоляционно-ограничительных мероприятий, ухудшением течения основного заболевания, приводящим, в тяжелых случаях, к летальному исходу [5].

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 4693 пациентов, находившихся на стационарном лечении в многопрофильном стационаре, в том числе 963 с подтвержденной КДИ в период 2015-2024 гг. Подтвержденным случаем считали выявление антигенов токсинов А и В *C. difficile* в кале. Методы исследования: иммунохроматографический, эпидемиологический анализ, методы статистики. Для оценки статистической значимости различий сравниваемых показателей использовали 95% доверительный интервал (ДИ).

Результаты. Полученные данные свидетельствуют об актуальности проблемы КДИ, особенно для пациентов с тяжелой соматической патологией. Максимальные показатели распространенности *C. difficile* в расчете на тысячу обследованных пациентов установлены в отделениях онкологического и реанимационного профи-

лей – 280,7‰ (95% ДИ 196,5-364,9) и 278,7‰ (95% ДИ 235,3-322,1) соответственно, различия статистически не значимы ($p>0,05$). Высокая частота обнаружения *C. difficile* отмечалась среди пациентов с COVID-19 – 275,9‰ (95% ДИ 180-371,7). В отделениях трансплантации костного мозга уровень распространенности КДИ существенно не отличался от пациентов онкологического профиля и COVID-19, но был ниже, чем в реанимационных отделениях и составил 189,4‰ (95% ДИ 172,1-206,7). Среди пациентов гематологического отделения показатель распространенности *C. difficile* составил 175,9‰ (95% ДИ 141,4-210,3), терапевтических отделений – 172‰ (95% ДИ 116,7-227,4). Распространенность КДИ среди пациентов гастроэнтерологического и хирургических отделений была ниже и составила 163,1‰ (95% ДИ 136,7-189,4) и 161,6‰ (95% ДИ 109,3-213,9) соответственно, различия статистически значимы только с пациентами отделений реанимационного профиля.

Выводы. *C. difficile* инфекция является актуальной проблемой для многопрофильных стационаров. Наиболее высокие показатели распространенности КДИ установлены в онкологических и реанимационных отделениях, а также среди пациентов с COVID-19. В отделениях терапевтического профиля частота выявления *C. difficile* инфекции ниже, однако статистически значимых различий с другими отделениями, за исключением реанимационных, не выявлено.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Аскарлов Н.Л.,
Ибадуллаев Ж.У., Такаев Н.Р.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Системная красная волчанка (СКВ) оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов, поскольку является хроническим аутоиммунным заболеванием, которое затрагивает многие органы и системы организма. Некоторые исследователи подчеркивают, что лечение СКВ должно фокусироваться не только на улучшении клинических показателей, но и на улучшении качественных аспектов самочувствия пациента, включая повышение качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем.

Цель исследования. Оценить качество жизни с использованием опросника LupusQoL у больных с СКВ.

Материалы и методы. Обследовано 57 пациентов в возрасте 18 лет и старше с СКВ, соответствующим критериям SLICC 2012 года. В исследование были включены преимущественно женщины (95,7%), продолжительность заболевания составила от 8 месяцев до 12 лет. По типу течения болезни пациенты

были распределены следующим образом: острый вариант – у 6 (13%) больных, подострый – у 33 (49%), хронический – у 18 (38%) больных. На момент начала исследования у большинства пациентов с СКВ (67,2%) была зафиксирована активность заболевания от умеренной до высокой по индексу SLEDAI-2K. Всем пациентам были проведены общеклинические исследования, для оценки КЖ использовался опросник LupusQoL, включающий восемь доменов: физическое здоровье, боль, планирование, эмоциональное здоровье, усталость, нагрузка болезни, телесный образ и социальное функционирование.

Результаты. По данным анкетирования, наибольшее снижение (менее 50 баллов) КЖ наблюдалось в шкалах, касающихся физического здоровья $38,6 \pm 3,2$, усталости $42,7 \pm 2,4$, зависимость от других людей $43,8 \pm 1,1$ и боль $45,2 \pm 4,3$. При СКВ, поскольку хроническая усталость (один из самых распространенных симптомов) и болезненные ощущения в суставах и других органах могут значительно ограничивать физическую активность пациента. Пациенты часто сообщали о снижении своей физической активности, трудностях при выполнении повседневных задач и ощущении постоянной усталости. У женщин младшего возраста выявлены более выраженные эмоциональные и психологические нарушения, тогда как пациенты старшего возраста чаще отмечали ограничение физической активности. Уровень активности заболевания, а также наличие органных поражений напрямую коррелировали с более выраженным снижением показателей КЖ. Пациенты с активной стадией болезни или с повреждением жизненно важных органов сообщали о более выраженных проблемах, таких как боль, усталость, планирование, зависимость от других людей. Некоторые пациенты также отмечали снижение КЖ в аспекте социального функционирования и восприятия своего телесного образа.

Выводы. Результаты исследования подтверждают, что СКВ оказывает значительное влияние на различные аспекты жизни пациентов. Использование опросника LupusQoL позволяет выявлять ключевые проблемы и своевременно корректировать терапевтические подходы.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Ганиева Н.А., Набиева Д.А., Зияева Ф.К.,
Насригдинова И.Х.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Системная красная волчанка (СКВ) является аутоиммунным заболеванием, которое сопровождается многочисленными нарушениями в различных органах

и системах. Нарушения липидного обмена в этой группе пациентов могут способствовать повышенному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности атеросклероза.

Цель. Оценка показателей липидного спектра в сыворотке крови у больных с СКВ.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов с достоверным диагнозом СКВ (согласно по критериям ARA, 1982), находящихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и артрологии, кардиоревматологии, а также в поликлинике артрологического специализированного курса амбулаторного лечения многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Средний возраст больных был $38,5 \pm 8,7$ лет, при этом 82% пациентов были женщинами. Средняя длительность заболевания у пациентов с СКВ составила – $8,4 \pm 5,7$ года. В качестве контрольной группы использовались 30 здоровых добровольцев. У всех участников исследования оценивались уровни общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой и низкой плотности, а также коэффициенты атерогенности. Лабораторные исследования проводились с использованием стандартных методов биохимического анализа сыворотки крови.

Результаты. У пациентов с СКВ были выявлены значительные отклонения в липидном спектре, включая повышенные уровни триглицеридов и сниженные концентрации липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), что указывает на повышенный риск развития атеросклероза. Средний уровень ЛПВП у пациентов СКВ был на 17% ниже нормы, а у 48% пациентов ЛПВП был ниже пороговых значений, что также связано с активной фазой воспаления. Коэффициент атерогенности был у 62% пациентов СКВ существенно выше, чем в контрольной группе, что подтверждает увеличенный риск развития атеросклеротических изменений в сосудах. Этот показатель также показывал прямую корреляцию с активностью заболевания: чем выше уровень СРБ (более 20 мг/л) и СОЭ (более 40 мм/ч), тем выше был коэффициент атерогенности. Кроме того, в группе больных СКВ было выявлено, что изменения липидного профиля были более выражены у больных в возрасте старше 40 лет, что может свидетельствовать о более высоком риске сердечно-сосудистых заболеваний в этой возрастной группе.

Вывод. Таким образом, оценка липидного спектра у пациентов с СКВ является важным показателем для выявления кардиоваскулярных рисков. Изменения в липидном профиле могут быть использованы для прогнозирования развития атеросклероза и других сердечно-сосудистых заболеваний в данной группе пациентов.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ганиева Н.А., Мустафакулова К.И.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Ревматоидный артрит (РА) на сегодняшний день является центральной проблемой современной ревматологии, что объясняется повсеместной распространенностью этого заболевания, поражением лиц трудоспособного возраста, неуклонным прогрессированием болезни, приводящим в итоге к снижению качества жизни и инвалидизации больных. Медикаментозная терапия РА с использованием базисных препаратов, а также генно-инженерных биологических препаратов сопровождается рядом тяжелых побочных эффектов, что требует поиска и апробации новых методов лечения, в том числе и немедикаментозных. Немедикаментозные способы терапии, к которым относится лазеротерапия, представляют собой дополнительные методики, с помощью которых можно улучшить самочувствие и функциональный статус пациента.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность лазеротерапии у пациентов с РА.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 53 пациента с РА, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Для количественной оценки активности РА использовался индекс DAS28. Для оценки выраженности суставного синдрома подсчитывалось число болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС) по 28 суставам. Продолжительность утренней скованности оценивалась в минутах. Выраженность болей в суставах и оценка общего состояния пациентов определялись по 100 миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Качество жизни (КЖ) оценивали с применением общего опросника SF-36. Пациенты были разделены на две группы. 26 пациентов (I группа) получали стандартную терапию заболевания (глюкокортикостероиды (ГКС), иммунодепрессанты и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)), направленную на снижение воспаления, устранение боли и улучшение общего состояния. Остальным 27 пациентам (II группа), помимо стандартных лекарственных средств, проводилась лазеротерапия. Сеансы лазеротерапии проводились три раза в неделю, продолжительность каждого сеанса составляла 20–30 минут. Лазерные лучи направлялись на зоны воспаления и области с выраженной болью. Уровень боли оценивался по шкале ВАШ. Качество жизни оценивалось по опроснику SF-36.

Результаты. У пациентов I группы на фоне лечения наблюдалось снижение уровня боли, но оно было незначительным. Во II группе отмечалось значительное снижение уровня боли, а также уменьшение длительности утренней скованности. Уровень воспаления оценивался по показателям СРБ и СОЭ. В I группе уровень воспаления снизился у 53% больных, в то же время у 81% пациентов II группы наблюдалось более выраженное и быстрое снижение этих показателей. У пациентов I группы в динамике лечения изменения функции суставов были незначительными, и они продолжали испытывать трудности при выполнении повседневной активности. Во II группе подвижность суставов значительно улучшилась, отмечалось увеличение объема движений в суставах. У пациентов I группы качество жизни улучшилось незначительно: их общее состояние здоровья осталось почти без изменений. Во II группе наблюдалось значительное улучшение качества жизни: пациенты отмечали снижение боли, улучшение общего состояния и увеличение удовлетворенности своим физическим и психоэмоциональным благополучием.

Выводы. Результаты исследования показали, что лазеротерапия является эффективным и надежным методом лечения пациентов с РА. Применение лазеротерапии в сочетании с лекарственными средствами способствует значительному уменьшению боли, снижению воспаления, улучшению подвижности суставов и качества жизни.

ЧАСТОТА И СВЯЗЬ САРКОПИИ С ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Гарова Я.Р.¹, Сафонова Ю.А.^{1,2}, Инамова О.В.^{1,2}
¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить частоту саркопии у пациентов с ревматоидным артритом (РА) с дебютом заболевания в возрасте 60 лет и старше и выявить связь с демографическими показателями и активностью заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 46 пациентов в возрасте 60–84 лет (средний возраст 71,8±6,5 лет), наблюдавшихся в клинической ревматологической больнице, с длительностью заболевания 47,7±52,2 месяца. Диагноз РА устанавливали согласно критериям ACR/EULAR, 2010. Активность РА оценивали по индексу DAS28. Саркопию определяли по критериям EWGSOP2:

мышечную силу оценивали с помощью кистевого динамометра, мышечную массу – по результатам двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, физическую работоспособность на основании данных SPPB тестов.

Результаты. Саркопения выявлена у 18% пациентов с поздним дебютом РА (у 75% женщин и у 25% мужчин). Не было выявлено различий в средних значениях мышечной силы ($p=0,09$) и мышечной массы ($p=0,3$) у мужчин и женщин с РА, но установлены различия диагностических компонентов саркопении у мужчин и женщин в разных возрастных группах. Так, у женщин 60–74 лет мышечная сила ($p=0,04$) и мышечная масса ($p=0,0001$) были существенно ниже, чем у мужчин. В возрасте 75–84 года у женщин значения мышечной силы ($p=0,04$), мышечной массы ($p=0,005$) и физической работоспособности ($p=0,04$) были статистически значимо ниже, чем у мужчин. Связь между диагностическими компонентами саркопении и активностью РА не установлена ($p>0,05$). Однако у женщин с высокой активностью РА мышечная масса ($p=0,0001$) была достоверно ниже, чем у женщин с низкой активностью и у мужчин вне зависимости от индекса DAS28 ($p=0,06$). У пациентов с РА, принимавших комбинацию препаратов метотрексата и глюкокортикоидов, мышечная сила ($p=0,01$), мышечная масса ($p=0,01$) и физическая работоспособность ($p=0,04$) были ниже, чем у пациентов, принимавших только метотрексат или другие базисные препараты, как в комбинации с глюкокортикоидами, так и без них ($p=0,06$).

Выводы. С увеличением возраста снижение мышечной силы, мышечной массы и физической работоспособности у женщин наблюдалась чаще, чем у мужчин. У женщин с высокой активностью РА саркопения выявлялась чаще за счет снижения мышечной массы. Прием глюкокортикоидов приводил к снижению диагностических компонентов саркопении.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ТЕРАПИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭЙДЖИЗМА

Гирько Л.В., Аслямова Н.О., Бондаренко Э.В.,
Дубский В.О., Милов В.В.

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет,
Белгород

Цель исследования. Изучение приверженности пациентами пожилого возраста к соблюдению рекомендаций и назначенному лечению.

Материалы и методы. Анализ литературных данных, где описано влияние патологии пародонта на соматический статус пациента, и карты амбулаторных пациентов №048.

Результаты обсуждения. ВОЗ определяет понятие «комплаентность» как степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарств, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни, назначениям и указаниям врача.

Приверженность лечению пожилыми пациентами и пациентами старших возрастных групп в терапии воспалительных заболеваний пародонта представляет собой важную проблему, требующую индивидуального подхода и учета множества факторов. Многочисленные исследования показали патогенетическую связь пародонтита и сердечно-сосудистых заболеваний, осложняет течение сахарного диабета, патологии почек.

Проблему воспалительных заболеваний пародонта можно оценивать как социально значимую, т.к. она является первостепенной среди причин утраты зубов, что не может не сказываться на сопутствующей патологии.

Важную роль в успешном лечении играет удовлетворенность пожилым пациентом условиями жизни, окружающей средой, своим моральным состоянием.

Особую роль играет информированность пациентов о его индивидуальном статусе, плане лечения, возможных осложнениях. Четко прослеживается взаимосвязь общесоматических заболеваний и заболеваний пародонта, определяя их коморбидность.

Отсутствие данных об изучении комплаентности пациента в лечении воспалительных заболеваний пародонта можно оценить как показатель низкого интереса врачей – стоматологов к данной проблеме. Обратной стороной данной проблемы следует указать отсутствие ценностного отношения пациента к своему здоровью, которое они могут оправдывать возрастом, ранее удаленными зубами, финансовыми проблемами, привычками, эмоциональными переживаниями, страхом перед болью и т.д., что усиливает проявление геронтологического эйджизма, в частности.

Пожилый пациент испытывает на себе ряд негативных последствий при отсутствии лечения пародонтита и слизистой полости рта – от социальных (снижение социальной активности, самооценки, эйджистских проявлений) до увеличения риска возникновения синдрома мальнутриции.

Выводы. COMPLAINTность пожилых пациентов существенно влияет на успешность лечения, учитывая повышенный риск осложнений, соблюдение рекомендаций пациентом особенно важно. Это существенно помогает снизить уровень воспалительных маркеров в крови и рисков осложнений сопутствующих заболеваний.

РОЛЬ АНГИОПОЭТИН-ПОДОБНЫХ БЕЛКОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Головина Н.Б.¹, Шилова Л.Н.²

¹Городищенская центральная районная больница,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Цель. Целью данного исследования явилась оценка содержания уровня сывороточных ангиопоэтин-подобных белков (Angptl 3,4,6 типов) как маркеров метаболических нарушений у больных с псориатическим артритом (ПсА) и метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Исследование проводилось в соответствии с принципами и рекомендациями по этике биомедицинских исследований.

Определение уровня Angptl 3,4,6 типов производилось методом иммуноферментного анализа (использование коммерческих тест-систем производства «Bio Vendor» (Чехия), «RayBiotech» (США) и «Clond-Clone Corp» (КНР).

Обследовано 45 пациентов с диагнозом ПсА. Диагноз ПсА был поставлен согласно классификационным критериям CASPAR 2006 года. У 27 пациентов (60% от всех больных) был диагностирован метаболический синдром. У 18 пациентов (40%) – метаболический синдром не был выявлен.

Результаты. Средний уровень ангиопоэтин-подобных белков у пациентов с ПсА и метаболическим синдромом: Angptl 3 – 1113 ± 372 пг/мл, Angptl 4 – 402 ± 188 пг/мл, Angptl 6 – $5,45$ нг/мл.

Средний уровень ангиопоэтин-подобных белков у пациентов с ПсА без метаболического синдрома: Angptl 3 – 1024 ± 311 пг/мл, Angptl 4 – 362 ± 149 пг/мл, Angptl 6 – $4,04$ нг/мл.

Мы увидели достоверное увеличение уровня Angptl 6 при наличии метаболического синдрома и тенденцию к увеличению АПБ 3,4. Только в группе пациентов с низкой активностью ПсА при наличии МС наблюдали достоверную разницу уровней Angptl 3 по сравнению с пациентами без метаболического синдрома.

Также выявлена положительная корреляционная зависимость между уровнем ангиопоэтин-подобных белков и длительностью течения заболевания, уровнем триглицеридов, артериальной гипертензией.

Нами выявлена корреляция между уровнем ангиопоэтинов и индексом массы тела. Минимальный уровень ангиопоэтинов обнаружен у пациентов ПсА с нормальной массой тела. У пациентов ПсА с избыточной массой тела – уровень Angptl 3 возрастал в 1,3 раза, Angptl 4 – в 1,2 раза, Angptl 6 – в 1,7 раз.

Выводы. Уровень ангиопоэтин-подобных белков коррелировал со степенью тяжести воспаления (активностью заболевания).

У пациентов с ПсА и наличием метаболического синдрома отмечено повышение содержания Angptl 3,4,6 в сравнении с пациентами без метаболического синдрома.

Таким образом, уровень ангиопоэтин-подобных белков отражает более выраженные метаболические нарушения в организме и более высокую активность воспалительного процесса, что позволяет их использовать в качестве маркеров метаболических нарушений в организме.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ ИЛ-6 (ТОЦИЛИЗУМАБ) НА СОСТАВ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В.,
Панафидина Т.А., Герасимова Е.В.,
Дёмин Н.В., Попкова Т.В.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Интерлейкин-6 (ИЛ-6) играет роль в патогенезе ревматоидного артрита (РА), а также участвует и во многих других физиологических процессах: стимулирует поглощение глюкозы скелетными мышцами, усиливает липолиз в жировой ткани и др. В литературе обсуждаются данные о влиянии препаратов, блокирующих ИЛ-6, на состав тела (СТ) (масса жировой ткани и тощей ткани) у пациентов с РА.

Цель. Сравнить состав тела у пациентов с РА до и через 6 месяцев терапии блокаторами сигнального пути ИЛ-6 (тоцилизумаб).

Материалы и методы. В исследование включено 13 пациентов (8 женщин/5 мужчин), медиана возраста 52 [45;56] года, с достоверным диагнозом РА (критерии ACR/EULAR 2010г). Больные РА были серопозитивны по IgM РФ и АЦЦП (84,6%), с высокой активностью РА (DAS 28 5,5 [5,1;6,4] баллов), медиана длительности РА составила 10 [2;13] лет. На момент включения в исследование пациенты получали базисную противовоспалительную терапию (БПВТ) (69,2% – метотрексат, 23,1% – лефлунамид, 15,4% – другие БПВП (сульфасалазин, гидроксихлорохин)). Глюкокортикоиды принимали 23,1% больных РА, медиана дозы преднизолона 5 [5;7,5] мг/сутки. Всем пациентам впервые инициирована терапия тоцилизумабом 8 мг/кг/инфузию внутривенно каждые 4 недели. С помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) на аппарате Lunar с программой «Все тело» уточняли массу жировой и тощей ткани в организме исходно и через 6 месяцев.

Результаты. Через 6 месяцев терапии блокаторами сигнального пути ИЛ-6 (тоцилизумаб) в группе больных РА отмечалось снижение клинико-лаборатор-

ной активности (DAS28 5,5 [5,1;6,4] против 2,3[1,6;3,0] баллов; СРБ 7,2[4,3;14,7] против 0,2 [0,2;0,4] мл/л; СОЭ 23 [16;37] против 4 [2;8]мм/ч). Ремиссии и низкой активности заболевания достигли 11 (84,6%) пациентов с РА. Параметры состава тела (общая (71,9 [60,7;85,4] кг против 71,2 [60,9;85,5] кг, $p=0,46$) и жировая (28,8 [21,3;31,4] кг против 26,7[20,6;33,4]кг, $p=0,6$) массы) и ИМТ (26,5 [24,6; 28,9] кг/м² против 25,7 [24,3;28,9] кг/м², $p=0,51$) значимо не различались, но отмечалось статистически значимое увеличение тощей массы через 24 недели терапии тоцилизумабом (41,2 [36,9;48,0] кг против 41,8 [36,9;50,0] кг, $p=0,023$).

Выводы. Терапия тоцилизумабом, блокатором рецепторов ИЛ-6, приводила к снижению клинико-лабораторной активности РА. Одновременно препарат обладал благоприятным профилем в отношении состава тела, а именно отмечался пророст тощей ткани, без повышения жировой массы у больных РА.

К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИРЕВМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗРЕШИВШИМСЯ ГЕПАТИТОМ В

Гриднева Г.И., Белов Б.С., Аронова Е.С.,
Толбеева М.С.

НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Используя данные реальной клинической практики, оценить безопасность терапевтических схем, применяемых у больных РА с разрешившимся вирусным гепатитом В (ВГВ), относительно реактивации ВГВ-инфекции.

Материал и методы. В исследование включено 440 HBsAg-негативных больных РА старше 18 лет. Пациенты включались в исследование последовательно, критерием включения был отрицательный тест на HBsAg, критериями исключения – ВИЧ-инфекция и/или сопутствующий вирусный гепатит С. Всем больным проведен тест на наличие антител к HBsAg (анти-HBc) полуколичественным методом (ИФА, «Вектор Бест») и тест на содержание антител к HBsAg в сыворотке крови количественным методом (ИФА, «Вектор Бест») и уровень антител IgG к HBsAg. В результате данного скрининга выявлено 64 HBsAg-негативных HBsAg (анти-HBc) – позитивных больных РА. Прослежены в динамике результаты общего и биохимического анализа крови: использовались данные амбулаторных карт и карт пациента стационара. Изучены данные анамнеза, консультативных заключений с фокусом на сведения о возможной реактивации ВГВ. Терапия против ВГВ не проводилась ни в одном случае из-за отсутствия подтвержденного контакта с ВГВ-инфекцией.

Результаты и обсуждение. Соотношение мужчин и женщин составило 24/76(28%/72%) средний возраст – 58±10 лет. Рассчитана суммарная длительность применения терапевтических схем – как монотерапии, так и комбинированного лечения, – на фоне которого не отмечалось обострения гепатита или реактивации скрытой ВГВ-инфекции. Суммарное время наблюдения, выраженное в пациенто-годах, составило: для метотрексата (МТ) в виде монотерапии (МОН) – 1681,7, для лефлуномида (ЛЕФ) МОН 185,8; для микофенолата мофетила (ММФ) МОН 4,33; сульфасалазина МОН 24,67; комбинации МТ и ЛЕФ – 16,5; этанерцепта (ЭТЦ) и МТ – 5,67, олокизумаба (ОЛО) и МТ 1,67, абатацепта МОН – 48,67, абатацепта в комбинации с МТ и сульфасалазином – 1,17; ритуксимаба (РТМ) МОН – 39,58, РТМ и МТ – 33, РТМ и ЛЕФ – 225, РТМ с ЛЕФ и МТ – 1,25, РТМ и ММФ – 1, тофацитинибом (ТОФ) – 4,92. Продолжительность наблюдения пациентов, получавших комбинированную терапию циклофосфамидом и глюкокортикоидами, ЭТЦ МОН, цертолизумабом и МТ, ОЛО с МТ и ЛЕФ, ТОФ и ЛЕФ, упадацитинибом МОН не превышала 1 года. Повышение трансаминаз и/или тромбоцитопения могут являться маркерами обострения (реактивации), не распознанной ранее ВГВ-инфекции. Ретро-проспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт выявил 33 случая повышения трансаминаз и 10 случаев тромбоцитопении, не связанной с ревматологическим заболеванием – у 7 (11%) больных, эти наблюдения были исключены из последующего анализа.

Выводы. У 14% больных ревматоидным артритом, получавших лечение в однопрофильном стационаре, выявлен разрешившийся гепатит В, при этом у 61% отсутствовали антитела IgG к HBsAg. Особый интерес с практической точки зрения представляют случаи, когда пациенты длительно получают лечение иммуносупрессивными антиревматическими препаратами, ассоциированными с высоким риском реактивации ВГВ-инфекции. Наше исследование показало отсутствие признаков реактивации ВГВ-инфекции в подавляющем большинстве таких случаев.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Громова М.А.

РНИМУ имени Н.И. Пирогова,
Москва

Метаболические заболевания часто имеют ревматологические проявления, которые часто недооцениваются. Эти состояния приводят к клинической путанице и представляют собой диагностическую проблему из-за потенциального сходства между эндокринными заболеваниями и аутоиммунными состояниями. В частности,

сахарный диабет, заболевания щитовидной и паращитовидных желез, гемохроматоз являются метаболическими нарушениями, обычно связанными с ревматологическими проявлениями. Патогенез этих проявлений часто включает метаболическую дисрегуляцию, воспаление и измененную биомеханическую нагрузку на суставы. Точная диагностика имеет решающее значение, требуя сочетания клинической оценки и различных диагностических методов для различения первичных ревматических заболеваний и вторичных по отношению к метаболическим нарушениям. Стратегии лечения обычно включают межпрофессиональный подход, фокусирующийся на метаболическом контроле посредством изменения образа жизни, фармакотерапии и симптоматического облегчения ревматических симптомов.

Цели выступления. 1. Показать взаимосвязь между эндокринными заболеваниями и ревматологическими проявлениями. 2. Предоставить информацию о диагностике и раннем выявлении нарушений обмена веществ для предотвращения ревматологических проявлений. 3. Рассказать о подборе адекватного лечения ревматологических проявлений нарушений обмена веществ с учетом индивидуальных особенностей пациента. 4. Ознакомить с широким спектром ревматических проявлений различных метаболических состояний для координации лечения в рамках междисциплинарной команды для улучшения результатов лечения пациентов.

Участники конгресса получают более широкое представление об эпидемиологии, этиологии, патологии, клинических проявлениях и дифференциальной диагностике метаболических заболеваний с ревматологическими проявлениями, вооружаются знаниями и инструментами для улучшения ухода за пациентами с этой сложной ассоциацией. Важно научиться врачам работать одной межпрофессиональной командой при раннем выявлении патологии и направлении на соответствующее лечение.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЗАПОРОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Гульнева М.Ю.

Ярославский государственный
медицинский университет,
Ярославль

Цель исследования. Оценить эффективность применения синбиотика, содержащего пробиотический штамм *Lactacaseibacillus paracasei* DG I-1572 DSM 34154 в дозе не менее 8×10^9 КОЕ и инулин 4 г, при за-

порах на фоне длительного приема ингибиторов протонной помпы (ИПП) при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с эзофагитом.

Материалы и методы. В исследование включены 18 пациентов с ГЭРБ с эзофагитом, принимавших длительно (более 2 месяцев) ИПП в стандартных поддерживающих дозировках (омепразол 20 мг в сутки, эзомепразол 20 мг/сутки), отметивших появление запоров (стул реже 3 раз в неделю) на фоне приема ИПП. Указанным пациентам предложено использование синбиотика, содержащего пробиотический штамм *Lactacaseibacillus paracasei* DG I-1572 DSM 34154 в дозе не менее 8×10^9 КОЕ и инулин 4 г, в дополнение к основному лечению в течение 20 дней. Оценка эффективности проводилась на основании результатов заполнения пациентами опросника.

Результаты и обсуждение. Одной из наиболее распространенных побочных реакций при длительном приеме ИПП является запор (более 1 человека из 100). В свою очередь запор является неблагоприятным фактором, повышающим риск развития рефлюкс-эзофита независимо от того, предшествовал ли хронический запор появлению симптомов ГЭРБ, или симптомы ГЭРБ возникли раньше. Штамм *Lactacaseibacillus paracasei* DG видоспецифичен, обладает мощным потенциалом роста, устойчив к низкой pH желудка и к солям желчных кислот, выживает в условиях желудка и кишечника, поддерживает полезную микробиоту и тормозит рост патогенных бактерий. Инулин - это пищевая клетчатка, которая в неизменном виде проходит через желудок и тонкий кишечник и достигает толстого кишечника, увеличивая каловые массы и позитивно влияет на состав микробиоты. Из принимавших участие в обследовании 16 пациентов (88,9%) отметили положительные тенденции в регулярности стула (стул чаще чем 3 раза в неделю), из них 12 (66,7%) пациентов зафиксировали нормализацию стула в течение первой недели терапии. Все наблюдаемые пациенты продолжили прием назначенных по поводу ГЭРБ ИПП, в то время как до начала применения синбиотика 72,2% (13 пациентов) предпочитали отказаться от терапии ИПП из-за появившихся запоров. Через месяц после отмены синбиотика у 15 обследованных пациентов (83,3%) сохранялась удовлетворенность проведенным курсом лечения и не было потребности в применении дополнительных корректирующих средств.

Выводы. Применения синбиотика, содержащего пробиотический штамм *Lactacaseibacillus paracasei* DG I-1572 DSM 34154 в дозе не менее 8×10^9 КОЕ и инулин 4 г, при запорах на фоне длительного приема ИПП при ГЭРБ с эзофагитом обосновано, характеризуется хорошей переносимостью и клиническим эффектом. Своевременная коррекция нежелательных побочных явлений в виде запора на фоне длительного приема ИПП при лечении ГЭРБ с эзофагитом является важной частью персонализированной терапии, повышающей приверженность основному лечению.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Данилова А.Е., Симион К.А., Симион А.Ю.,
Овсянников Е.С.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Изучить влияние сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) на тяжесть течения гипертонической болезни.

Материалы и методы исследования. Анализировались данные одногодичного (2023-2024 года) амбулаторного наблюдения двух групп пациентов (70 мужчин и 30 женщин, средний возраст $66,3 \pm 11,7$ лет). Пациенты разделены на две группы (первая группа – пациенты с ГБ и СД 2 типа, вторая группа – пациенты с ГБ без СД 2 типа). Оценивался уровень АД, гликированного гемоглобина, а также появление или прогрессирование сердечно-сосудистых осложнений.

Результаты. Средний прирост АД в первой группе составил 19,7 мм.рт.ст. для систолического и 10,4 мм.рт.ст. для диастолического. Во второй группе пациентов выявлен менее интенсивный прирост цифр АД, в 29,7% случаев наблюдалось улучшение состояния пациентов. Средний прирост АД составил 12,2 мм.рт.ст. для систолического и 5,3 мм.рт.ст. для диастолического.

Для пациентов первой группы в отличие от второй характерны клинические особенности: сердцебиение (55,4% и 33%, $p=0,0256$), более высокое число сердечных сокращений (ЧСС) ($75 \pm 8,1$ и $70,1 \pm 7,4$ уд. в мин.; $p=0,02$), частоты дыхательных движений ($18,2 \pm 1,6$ и $17,3 \pm 1,4$ раз в минуту, $p=0,007$), более высокий уровень систолического артериального давления (САД) ($149,7 \pm 16,1$ и $133,7 \pm 16,5$ мм.рт.ст.; $p=0,02$), чаще выявлялись отеки голеней и стоп (18,7% и 8,5%, $p=0,0001$).

Процент развития осложнений сосудистого генеза в первой группе – 93,3%, а во второй группе – 30,1% ($p<0,05\%$).

При корреляционном анализе в первой группе выявлена прямая связь между уровнем САД и уровнем скорости клубочковой фильтрации ($r=0,34$), количеством принимаемых препаратов ($r=0,23$), частотой пульса ($r=-0,24$). получена обратная связь между уровнем САД и ЧДД ($r=-0,32$).

Выводы. 1. СД 2 типа способствует более тяжелому течению ГБ, что подтверждается статистически значимой динамикой цифр АД, более частым (93%) развитием сердечно-сосудистых событий в группе пациентов с ГБ и СД 2 типа. 2. Пациенты с ГБ и СД 2 типа в отличие от пациентов с ГБ без СД 2 типа имели кли-

нические особенности: сердцебиение ($p=0,0256$), более высокое ЧСС ($p=0,02$), ЧДД ($p=0,007$), более высокий уровень САД ($p=0,02$), чаще у них выявлялись при осмотре отеки голеней и стоп ($p=0,0001$).

ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Денисова А.Г., Позднякова Н.В.

Пензенский институт усовершенствования врачей –
филиал Российской медицинской академии
непрерывного профессионального образования,
Пенза

Введение. У больных сахарным диабетом типа 2 (СД2) инсулинорезистентность и гиперинсулинемия являются пусковыми факторами, которые вызывают целую серию нейрогуморальных и метаболических процессов, лежащих в основе электрического и структурного ремоделирования ЛЖ.

Цель. Изучить показатели электрической нестабильности миокарда у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2), осложненной сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СНсФВ).

Материал и методы. 86 больных /40 мужчины и 46 женщины/, возраст – $59,3 \pm 4,7$ лет. Комплекс обследования: эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) с оценкой поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) и турбулентности сердечного ритма (ТСР), дисперсия интервала Q-T (QTd). Выделено три группы больных: I группа ($n=36$) с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДД ЛЖ) по типу аномальной релаксации, II группа ($n=28$) с псевдонормальным типом ДД ЛЖ, III группа ($n=22$) с рестриктивным типом ДД ЛЖ. Признаки ХСН IФК отмечены у 24 больных, II ФК – у 35, III ФК – у 27 больных.

Результаты. Нарушения диастолической функции ЛЖ более выражены при нарастании ФК ХСН: рестриктивный тип ДД ЛЖ – в 63% наблюдениях при III ФК, при II ФК – в 11,4%; при I ФК – в 4,2%; тип аномальной релаксации, соответственно, в 3,7%, в 40% и в 87,5%; псевдонормальный тип, соответственно – в 33,3%, в 48,6% и 8,3% случаев. Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) регистрировались у всех пациентов. Сложные формы желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) IV-V градаций выявлены в 27 (31,4%) наблюдениях, полиморфная ЖЭ – у 35 (47,7%) больных. У 34 (39,5%) больных СД2 зарегистрирована патологические параметры СУ-ЭКГ: при аномальной релаксации ДД ЛЖ – 25%, при псевдонормальном типе – 35,7% и рестриктивном варианте ДД ЛЖ – 68,2%, $p<0,05$. Вы-

явлена зависимость дисперсии QT интервала с градиентами ЖЭ ($R=0,6432$, $p<0,01$); с параметрами СУ-ЭКГ: LAN Fd ($R=0,5831$, $p<0,05$) HF QRS-Dauer ($R=0,5744$, $p<0,05$). При рестриктивном варианте ДД ЛЖ отмечены нарушения нейрогуморальной регуляции, указывающие на повышенную симпатическую активность (SDNN - $23,6\pm 3,2$ мс, LF/HF - $5,43\pm 0,31$ усл.ед., BB50-0%). Получена связь нарушения TSP с показателем изменения объема левого предсердия - $R= -0,43$ ($p=0,032$), с ФВ ЛЖ - $R= -0,49$ ($p=0,03$), с индексом конечного диастолического объема - $R=0,51$ ($p=0,02$), с индексом массы миокарда ЛЖ - $R=0,45$ ($p=0,04$). Отмечена взаимосвязь TS с показателями BPC: SDNN ($R=0,41$, $p=0,02$) и LH/HF ($R=0,332$, $p=0,02$).

Выводы. Анализ показателей электрического и структурного ремоделирования у больных СД2 с различными вариантами ДД ЛЖ позволил установить определенную закономерность: с увеличением степени нарушения диастолической функции чаще регистрировались ППЖ, желудочковые аритмии высоких градиентов, отмечено усиление негомогенности процессов реполяризации при увеличении дисперсии Q-T интервала. Использование интегральных маркеров может способствовать развитию комплексного подхода к стратификации риска возникновения аритмических осложнений у больных СД2 и СНсФВ.

БОЛЕЗНЬ ШУЛЬМАНА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Деснинова О.В.

НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Диффузный эозинофильный фасциит (ДЭФ) – это заболевание склеродермической группы, характеризующееся уплотнением кожи и фасций конечностей, реже – туловища. В 1974 году американский ревматолог Шулман предложил новую концепцию заболевания под названием «диффузный фасциит с эозинофилией» и выделил эозинофильный фасциит в самостоятельную нозологическую форму из группы системной склеродермии.

Клиническая и морфологическая картина заболевания на ранней стадии очень схожа с кожными проявлениями при системной склеродермии (ССД). Синдром Шулмана развивается преимущественно у взрослых в возрасте 25-60 лет, чаще у мужчин, описаны случаи ДЭФ у детей и пожилых людей.

По данным литературы 30-46% пациентов с ДЭФ связывают развитие болезни с тяжелыми физическими нагрузками (упражнения или работа), травмами. Отмечено также, что к развитию заболевания может приводить прием некоторых лекарственных препаратов (статины, рамиприл и др.), а также гематологиче-

ские нарушения (иммуноопосредованная анемия или тромбоцитопения, панцитопения, апластическая анемия, лимфома Ходжкина, лейкозы, лимфомы, множественная миелома и другие миелопролиферативные заболевания, меланома, рак легких), гемодиализ, лучевая терапия, болезнь «трансплантат против хозяина» и др.

В патогенезе ДЭФ развивается неспецифическое воспаление поврежденной фасции с развитием аутоиммунного ответа против антигенов, которые высвобождаются из поврежденной ткани. В дальнейшем фасция утолщается и склеротизируется, воспалительный инфильтрат исчезает.

В 50% случаев отмечается внезапное начало заболевания. Наиболее частые клинические проявления включают изменения кожи, артралгию и/или артрит, миалгию и/или миозит и редко нейропатии и серозит. Поражение кожи чаще двустороннее, а изменения проходят несколько стадий. Первоначально кожа приобретает отчетливый может сопровождаться покраснением кожи и местной болью. В дальнейшем отек сменяется симметричным уплотнением с формированием кожи по типу «апельсиновой корки». Чаще поражаются конечности, туловище и шея. Кожа кистей и стоп, как правило интактна, склеродактилия отсутствует, что и отличает ДЭФ от ССД. Скелетно-мышечные проявления являются основной причиной обращения больных к ревматологу. Воспалительный артрит развивается практически у половины пациентов с ДЭФ, приводит к нарушениям подвижности сустава и развитию контрактур. Поражаются мышцы в виде миалгий и мышечной слабости. У некоторых пациентов могут развиваться неврологические проявления, к примеру вторичный синдром запястного канала. Висцеральное поражение встречается редко. Сообщается о нескольких случаях поражения легких, плевры, почек и перикардита.

Лабораторные исследования выявляют проходящую периферическую эозинофилию, не коррелирующую с тяжестью заболевания, повышение острофазовых показателей СОЭ и СРБ, поликлональную гипергаммаглобулинемию, Специфические антитела обычно отсутствуют. Антицентромерные антитела, антитела к топоизомеразе I и антитела к РНК-полиизомеразе III могут обнаруживаются у 15–20%, АНФ и РФ у 10% пациентов с ДЭФ. Для исключения эозинофильного гранулематоза с полиангиитом рекомендуется оценка ANCA.

С целью подтверждения диагноза необходимо проведение биопсии с захватом глубокой мышечной фасции. Биопсия выявляет отек и воспалительный инфильтрат с лимфоцитами, плазмócитами, гистиоцитами и чаще всего эозинофилами в глубокой фасции и нижнем слое подкожной клетчатки. Позже развивается фиброз и утолщение фасции, воспалительный инфильтрат исчезает.

МРТ и УЗИ исследования пораженных тканей помогают в диагностике ДЭФ, выявляют наличие отека и воспаления фасции. Проводятся эти исследования для определения места биопсии и оценки эффективности проводимой терапии. МРТ исследование включено в критерии диагностики ДЭФ.

В 2018 г. были предложены диагностические критерии ДЭФ (Японская дерматологическая ассоциация, 2018 г.). Один большой критерий (симметричное склеротическое поражение 4 конечностей (в отсутствие синдрома Рейно и системного склероза)) и два малых критерия (морфологический (фиброз подкожной клетчатки, соединительной ткани с утолщением фасции и клеточной инфильтрацией эозинофилами и моноцитами по данным гистологического исследования биоптата кожи с фасцией) и утолщение фасций по данным МРТ). Наличие большого критерия и хотя бы одного из малых критериев позволяет верифицировать ДЭФ. Также предложена классификация степени тяжести ДЭФ, в которой оцениваются следующие параметры контрактуры суставов, ограничение объема движений в конечностях, прогрессирование симптомов заболевания.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику ДЭФ с другими состояниями, которые проявляются уплотнением кожи или фиброзом тканей (локализованная склеродермия, ССД, склеромикседема, нефрогенный системный склероз и др.).

В настоящее время не разработаны единые международные рекомендации по терапии ДЭФ. Решение о терапевтической тактике принимается на основании предшествующего опыта. Первой линией и неотъемлемой частью терапии ДЭФ являются системные глюкокортикоиды (ГК). В случаях персистирующего ДЭФ используются иммуносупрессивные препараты (метотрексат, микофенолата мофетил, циклоспорин, азатиоприн, циклофосфамид), в том числе и биологическая терапия (ритуксмаб, тоцилизумаб, иммуноглобулин и др.).

Выделены факторы неблагоприятного прогноза ДЭФ, такие как, сочетание ДЭФ с локализованной склеродермией, появление симптомов в возрасте до 12 лет, распространение поражений на туловище, поздняя диагностика заболевания, несвоевременная и неадекватная терапия ГК, что следует учитывать при курации пациента.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Бердиева Д.У.,
Мухиддинова С.М.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Системная склеродермия (ССД) – заболевание, для которого характерна патология сосудов, играющая ключевую роль в его морфогенезе и клинической картине. Механизмы повреждения сердечно-сосудистой системы и сопутствующие осложнения остаются недостаточно изученными. Согласно литературным данным, кардиальные расстройства являются основной причиной внезапной смерти пациентов с ССД.

Цель исследования. Оценить степень поражения сердечно-сосудистой системы у больных ССД.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов с ССД в возрасте от 19 до 47 лет, с продолжительностью заболевания от 9 месяцев до 13 лет, из которых 34 женщины и 3 мужчины. По типу течения болезни пациенты были распределены следующим образом: острый вариант – у 7 (19%) человек, подострый – у 19 (51%), хронический – у 11 (30%). Всем пациентам проведены общеклинические исследования, а также электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКС).

Результаты. При тщательном обследовании поражение сердца было выявлено у 62% пациентов с ССД. Клинически это проявлялось в виде учащенного сердцебиения у 7 больных (42%), болей в области сердца у 3 (16%), одышки у 8 (48%) пациентов, а также «перебоев в работе сердца» у 2 (11,7%). При перкуссии смещение границ сердца влево отмечено у 3 (16%) пациентов. При аускультации выявлена приглушенность сердечных тонов у 11 (65%) больных, систолический шум над верхушкой – у 4 (23%). На ЭКГ гипертрофия левого желудочка была обнаружена у 3 (13%) пациентов, снижение внутрижелудочковой проводимости – у 9 (52%), нарушение кровообращения – у 4 (23%), а также изменения обменных процессов в миокарде – у 13 (76%) пациентов. У 14 больных выявлены различные виды нарушений ритма, чаще всего синусовая тахикардия – у 9 (52%) больных, синусовая аритмия – у 3 (25%), желудочковая экстрасистолия – у 2 (17%) пациентов. При ЭхоКС у 5 (29%) пациентов была выявлена дискинезия межжелудочковой перегородки, у 3 (17%) – диастолическая дисфункция левого желудочка, у 2 (11%) – снижение фракции выброса менее 45%, а также локальный миокардиосклероз у 10 (58%) больных.

Выводы. Поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов с ССД встречаются достаточно часто, однако клинические проявления сердечной патологии часто остаются незначительными. Использование дополнительных инструментальных методов диагностики, таких как суточный мониторинг ЭКГ и ЭхоКС, поможет выявить прогностически неблагоприятные формы поражения миокарда и скрытую сердечную недостаточность у пациентов с ССД.

АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

В последние годы выявлена высокая распространенность заболеваний щитовидной железы у пациентов с РА, что свидетельствует о наличии общих патогенетических механизмов.

Цель исследования. Изучить патологию щитовидной железы при ревматоидном артрите.

Материалы и методы. Обследовано 88 больных РА женского пола, находящихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Средний возраст больных составил $35,4 \pm 2,6$ года, средняя продолжительность заболевания $6,7 \pm 1,7$ лет. Больным проведены общеклинические, биохимические, иммунологические исследования крови, определение гормонов щитовидной железы (ТТГ, f-T3, f-T4, АТ-ТПО), ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, рентгенография суставов.

Результаты и обсуждение. Все больные РА в зависимости от состояния функции щитовидной железы были разделены на 2 группы: 1 группа – 17 (19%) больных с патологией щитовидной железы, во 2 группу вошли 71 больной РА (81%) – без нарушения ее функции. Причиной гипотиреоза у больных РА был аутоиммунный тиреоидит. У 35 пациентов при проведении УЗИ щитовидной железы выявлены патологические изменения: гиперплазия щитовидной железы у 53,3% (21 больного), узловой зоб – у 20% (6 больных), атрофия щитовидной железы – у 20% (6 больных), у 6,7% (2 больных) проведена струмэктомия в анамнезе. По результатам лабораторных исследований в 1 группе выявлены высокие показатели СОЭ ($37,4 \pm 6,2$ мм/ч) и СРБ ($19,7 \pm 5,8$ мг/л) по сравнению со 2 группой ($28,3 \pm 6,5$ мм/ч и $13,7 \pm 3,3$ мг/л соответственно). Также у больных РА 1 группы отмечены изменения показателей гормонов щитовидной железы: увеличение ТТГ, АТ-ТПО и снижение гормонов f-T3, f-T4. РА с поражением щитовидной железы имел некоторые особенности течения, а именно тяжелое течение суставного синдрома, большую продолжительность утренней скованности, боли в мышцах, повышенную утомляемость.

Вывод. Таким образом, патология щитовидной железы при РА ассоциируется с высокой клинико-лабораторной активностью заболевания, отличается тяжестью клинических проявлений, что требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Регулярный мониторинг функции щитовидной железы у пациентов с РА, своевременная коррекция эндокринных нарушений и персонализированный подход к терапии позволяют улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

СКРИНИНГ САРКОПЕНИИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ПОМОЩЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ОКРУЖНОСТИ ГОЛЕНИ

Добровольская О.В., Козырева М.В., Демин Н.В.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Саркопения (СП) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) может быть как первичной, так и вторичной и рассматриваться как осложнение или коморбидное состояние соответственно. Диагностика СП по алгоритму, предложенному европейскими экспертами для диагностики СП у пожилых людей, затруднена из-за низкой чувствительности тестирования мышечной силы у пациентов с РА и недостаточной оснащенности рентгеновскими денситометрами для определения мышечной массы. Поэтому необходима разработка доступных методов скрининга СП.

Цель исследования. Рассчитать с помощью ROC-анализа чувствительность (Ч) и специфичность (С) показателей окружности голени (ОГ) для скрининга низкой мышечной массы в сравнении с двухэнергетической денситометрией (DXA) у женщин с РА.

Материал и методы. В исследование включена 201 женщина с достоверным РА, диагностированным на основании критериев ACR/EULAR (2010), подписавшая информированное согласие. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Проведено стандартное клинико-лабораторное обследование, также всем пациенткам выполнено измерение окружности голени и анализ композиционного состава тела с помощью DXA. Рассчитан аппендикулярный мышечный индекс (АМИ), при его значении $< 5,5$ кг/м² диагностировали СП.

Результаты. Средний возраст обследованных лиц составил $59,3 \pm 9,0$ лет. АМИ $< 5,5$ кг/м² выявлен у 18,2% пациенток. Средняя ОГ составила $35,4 \pm 3,9$ см. Установлена положительная корреляция ОГ с АМИ ($r=0,52$, $p<0,001$). С помощью ROC-анализа определен показатель ОГ (33,8 см), обладавший оптимальным соотношением Ч (73,0%) и С (76,2%) для скрининга СП. Площадь под кривой (AUC) составила 0,789 (95% доверительный интервал 0,726-0,844, $p<0,001$). Поиск показателей ОГ с большей Ч показал, что при ее увеличении резко падала С. Например, при ОГ 36 см Ч составила 89,2%, а С – всего 44,5%. Субанализ проведен в подгруппах в зависимости от возраста и наличия ожирения по критерию DXA (общая жировая масса $> 35\%$). У пациенток 40-49 лет, 50-59 лет и 60-69 лет корреляция между ОГ и АМИ составила 0,56, 0,57 и 0,58 соответственно ($p<0,001$). У пациенток 70-75 лет ассоциация этих параметров оказалась незначимой ($p>0,05$). У женщин с ожирением и без ожирения корреляция ОГ и АМИ сохранила статистическую значимость, $r=0,51$ и $r=0,52$ соответственно.



Заключение. Показатели ОГ обладают недостаточно высокой Ч для скрининга СП. Необходим поиск дополнительных показателей для увеличения Ч метода без потери С.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛАСТОГРАФИИ ПЕЧЕНИ СДВИГОВОЙ ВОЛНОЙ У ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Доровской И.А., Будко Р.С.
Городская клиническая больница №12,
Нижний Новгород

Введение. Хронические заболевания печени имеют различную этиологию и широко распространены в популяции. Ранняя неинвазивная диагностика данной патологии представляет важную задачу для здравоохранения. Ультразвуковая эластография востребована и широко используется в клинической практике для диагностики и оценки эффективности лечения хронических заболеваний печени, что подтверждается многочисленными официальными рекомендациями различных ассоциаций и экспертных сообществ. Ультразвуковое исследование печени с эластографией входит в перечень актуальных методик Федерального справочника инструментальных диагностических исследований и включено в клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ по хроническому вирусному гепатиту В, хроническому вирусному гепатиту С, алкогольной болезни печени, неалкогольной жировой болезни печени и др.

Цель исследования. Изучить эффективность применения эластографии сдвиговой волной для определения стадии фиброза печени.

Материалы и методы. В период с января по октябрь 2024 года нами проведено ультразвуковое исследование печени с эластографией у 176 пациентов, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №12». У 33% пациентов в качестве основной патологии печени был установлен диагноз хронического вирусного гепатита В, у 31,8% – хронического вирусного гепатита С, у 20,4% – неалкогольной жировой болезни печени, алкогольной болезни печени – 2,8%, первичного билиарного холангита – 2,3%, других болезней печени – 9,7%. Контрольную группу составили 57 пациентов, стадия фиброза печени, у которых была верифицирована морфологическим исследованием биоптатов в 2024 году и 4 пациента с ранее верифицированным циррозом печени.

Результаты и их обсуждение. В 37,5% всех проведенных исследований было вынесено заключение о возможном соответствии полученных результатов стадии фиброза F 0-1 по условной шкале METAVIR со средними значениями медианы модуля Юнга 6,23 и 6,2 кПа для

точечной и двумерной эластографии соответственно, в 34,7% – стадии фиброза F 2 со средними значениями медианы модуля Юнга 7,8 и 7,61 кПа, в 21,6% – стадии фиброза F 3 со средними значениями медианы модуля Юнга 10,17 и 9,82 кПа, в 6,2% – стадии фиброза F 4 со средними значениями медианы модуля Юнга 18,42 и 17,85 кПа. В 19,3% исследований пациентов контрольной группы было вынесено заключение о возможном соответствии полученных результатов стадии фиброза F 0-1 по условной шкале METAVIR со средними значениями медианы модуля Юнга 6,08 и 6,12 кПа для точечной и двумерной эластографии соответственно, в 36,8% – стадии фиброза F 2 со средними значениями медианы модуля Юнга 7,78 и 7,58 кПа, в 28,1% – стадии фиброза F 3 со средними значениями медианы модуля Юнга 10,03 и 9,73 кПа, в 15,8% – стадии фиброза F 4 со средними значениями медианы модуля Юнга 17,97 и 17,74 кПа. По данным исследований лиц из числа контрольной группы совпадение гистологического и ультразвукового диагнозов отмечено в 42 случаях (73,7%), в 13 случаях (22,8%) стадия фиброза превышалась и в 2 случаях (3,5%) занижалась по данным эластографии. При этом в 26,2% исследований результаты соответствовали стадии фиброза F 0-1 по шкале METAVIR со средними значениями медианы модуля Юнга 6,08 и 6,12 кПа для точечной и двумерной эластографии соответственно, в 38,1% – стадии фиброза F 2 со средними значениями медианы модуля Юнга 7,71 и 7,57 кПа, в 16,7% – стадии фиброза F 3 со средними значениями медианы модуля Юнга 9,99 и 10,06 кПа, в 19% – стадии фиброза F 4 со средними значениями медианы модуля Юнга 17,97 и 18,45 кПа.

Заключение. В настоящее время абсолютное совпадение гистологического и эластографического результатов не достижимо, ультразвуковое исследование печени с эластографией сдвиговой волной демонстрирует высокую валидность определения степени фиброза в сравнении с морфологическим исследованием биоптатов, являющимся «золотым стандартом». Широкое внедрение эластографии в здравоохранении расширит возможности ультразвуковой диагностики при диффузных заболеваниях печени.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА FINDRISK

Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Рубцова А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Изучить распространенность и характеристику факторов риска развития сахарного диабета

2 типа (СД2) с помощью опросника FINDRISK в зависимости от индекса массы тела у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и определить 10-летний риск развития СД2

Материалы и методы. В исследование были включены 250 пациентов с АГ (мужчин 79, женщин 171), не имеющих в анамнезе СД и нарушения углеводного обмена. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). Группа 1 – 135 человек (83 женщины и 52 мужчины, средний возраст $63,24 \pm 7,87$) с избыточной массой тела и ожирением ($\text{ИМТ} > 25 \text{ кг/м}^2$). Группа 2 – 115 человек с нормальной массой тела (88 женщин и 27 мужчин, средний возраст $55,98 \pm 7,03$). Было проведено общеклиническое обследование, определение уровня гликемии натощак, оценка риска развития СД с использованием опросника FINDRISK. Опросник состоит из 8 вопросов, каждому из ответов присваивается определенное количество баллов, сумма баллов определяет риск развития СД. Статистический анализ полученных данных, был выполнен с помощью программы Statgraphics.

Результаты. Из модифицируемых ФР недостаточная физическая активность регистрировалась у 28%, нерациональное питание у 27% пациентов обеих групп. Сравнительный анализ первой и второй групп позволил выявить «умеренный» риск развития СД2 в ближайшие 10 лет у 14% пациентов первой группы и у 3% лиц контрольной группы, «высокий» – у 13% и 3% соответственно и «очень высокий» – у 5% первой группы ($p < 0,05$). Средний балл по шкале FINDRISK в первой группе составил $10,1 \pm 4,9$ (медиана 10 [6; 12]), что соответствует умеренному риску ($p = 0,003$). Средний балл во второй группе – $5,1 \pm 3,79$ (медиана 5 [3; 7]), что соответствует низкому риску развития СД 2 типа ($p = 0,024$). В первой группе определялась гипергликемия натощак (глюкоза $\geq 6,1$ ммоль/л) у 34,78% пациентов с «низким»/«слегка повышенным» риском и у 67,4% пациентов с «умеренным», «высоким» и «очень высоким» риском. Выявлена тесная связь между нарушенной гликемией натощак и риском развития СД 2 типа при $\text{FINDRISK} \geq 12$ у пациентов экспериментальной группы ($p = 0,001$).

Выводы. У пациентов с ожирением и АГ нарушение гликемии натощак определялось в 34,78% с «низким» и «слегка повышенным» рисками. Понимание причин развития СД2 у одних пациентов с ожирением и отсутствия у других, может помочь найти пути профилактики нарушений углеводного обмена. Это позволит оценивать риск развития СД 2 типа у лиц с ожирением и установить оптимальную частоту наблюдения за пациентами – более интенсивную для лиц с факторами риска. Опросник FINDRISK является простым методом для выявления пациентов, нуждающихся в наблюдении и изменении стиля жизни, а также дополнительном обследовании для выявления лиц с пред диабетом.

ГИПОГЛИКЕМИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Дробышева Е.С.¹, Гришина Е.Е.², Гречкин В.И.¹

¹Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,

²Воронежская городская поликлиника №3,
Воронеж

Цель. Изучить частоту и характеристику симптомов, гипогликемии у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), с применением опросника comprehensive symptom profile-diabetes mellitus-hypoglycemia module (CSP-DM-HypoGI).

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 36 амбулаторных пациентов с СД2 (14 мужчин и 22 женщины, средний возраст $67,6 \pm 7$ лет), сформировано две группы в зависимости от уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). В первую группу вошли 20 человек (9 мужчин и 11 женщин средний возраст $62,3 \pm 5$ лет) с СД2 с $\text{HbA1c} < 7,5\%$, во вторую 16 пациентов (6 мужчин и 10 женщин (средний возраст $69,6 \pm 6,5$ лет.) с СД2 с $\text{HbA1c} < 8,5\%$. На амбулаторном этапе всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, определение HbA1c , анкетирование с помощью опросника CSP-DM-HypoGI. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Excel 2016 Microsoft Office и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Распространенность эпизодов гипогликемии, согласно данных опросника у больных 1 и 2 групп составила 38% и 24% соответственно ($p = 0,048$). При этом в первой группе 11 пациентов (55%) отметили один, 3 пациента (15%) – два, 6 пациентов (30%) три и более эпизодов гипогликемии за последний год. Во второй группе 8 пациентов (50%) отметили один, 4 пациента (25%) – два эпизода гипогликемии за последний год. Различия были достоверными ($p < 0,05$). Четверо пациентов второй группы (25%) не отметили эпизодов гипогликемии за последний год. Количество баллов по опроснику CSP-DM-HypoGI составляло в среднем 10,75 баллов. Выраженность симптомов и количество набранных баллов по опроснику CSP-DM-HypoGI у больных первой группы было достоверно выше, чем у больных второй группы. Средний балл по опроснику составлял 116,8 и 28,2 ($p = 0,052$) соответственно. Наибольшее количество баллов отмечалось при оценке таких симптомов, как: выраженность упадка сил, потливость, сердцебиение, раздражительность, потливость во время ночного сна, слабость по утрам в обеих группах. Достоверных различий между группами не получено.

Выводы. У пожилых пациентов целевые показатели $HbA_{1c} < 7,5\%$, достоверно чаще приводят к развитию гипогликемии. Регулярный контроль уровня глюкозы крови необходим всем пациентам не только для достижения компенсации СД2, но и для оценки гипогликемии на амбулаторном этапе. Опросник CSP-DM-НуроGI является простым и надежным методом выявления симптомов гипогликемии, что делает его применение у амбулаторных пациентов актуальным и поможет врачу своевременно скорректировать сахароснижающую терапию.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНГИБИТОРОВ ДИПЕПТИЛПЕПТИДАЗЫ 4 НА ТЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Егоров В.Н.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Изучить клинико-лабораторные и инструментальные показатели повреждения печени у пациентов с сахарным диабетом второго типа (СД2) на различных схемах гипогликемической терапии и оценить их прогностическое значение.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе БУЗ ВО ВГП №10. Было обследовано 37 пациентов с СД2 (15 мужчин и 22 женщины, средний возраст $59 \pm 3,4$), Стаж диабета составлял не менее пяти лет, целевые показатели гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) до $7,5\%$. Критериями исключения были вирусные и алкогольные повреждения печени, впервые выявленный СД. Далее были сформированы две группы в зависимости от схемы гипогликемической терапии. Так в первую группу включили, 17 пациентов (8 женщин, 9 мужчин, средний возраст $64 \pm 4,4$), получавших стандартную терапию первой линии. Вторая группа составила 20 человек (14 женщин, 5 мужчин, средний возраст $67 \pm 5,2$), дополнительно получавших ингибиторы дипептилпептидазы 4 (ДПП-4). Проведено общеклиническое обследование, определение гликемии натощак, оценка уровня HbA_{1c} , биохимических показателей (АЛТ, АСТ), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (ОБП). Статистический анализ полученных данных был выполнен с помощью программы Statgraphics 19.

Результаты. Средний уровень HbA_{1c} в первой группе составил $8,78\%$, во второй – $7,05\%$. Показатели АЛТ и АСТ во второй группе в среднем составили 28 Ед/л и 26,5 Ед/л, в первой – 35 Ед/л и 26 Ед/л соответ-

ственно. По заключению УЗИ ОБП признаки стеатоза выявлены в 82% случаев ($n=14$) в 1 группе, во 2 – в 25% случаев ($n=5$) ($p=0,054$). При этом косвенные признаки нарушений структуры печени (гепатомегалия, повышение эхогенности ткани) отмечены в обеих группах.

Выводы. Таким образом, в нашем наблюдении показано положительное влияние интенсификации терапии СД2 (уровень гликированного гемоглобина достигал целевых показателей). Отмечалось благоприятное влияние на развитие метаболически ассоциированной жировой болезни печени, по данным УЗИ ОБП реже наблюдаются признаки жирового гепатоза. Кроме того, уровень АЛТ во второй группе оказался несколько ниже, чем в первой, что может указывать в пользу менее выраженного повреждения печени.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ COVID-19

Дубина Д.Ю., Коценко Ю.И.
Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького,
Донецк

Актуальность. На сегодняшний день COVID-19 продолжает оказывать значительное влияние на здоровье населения по всему миру. По данным ряда авторов (Mao L. et al., 2020; Шамалов Н.А. и др., 2024) частота неврологических осложнений при COVID-19 может достигать 8-10% среди всех случаев заболевания COVID-19; в их структуре лидируют острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) с высокой социальной значимостью, вследствие больших рисков инвалидизации и летальности (Mao L. et al., 2020).

Цель. Изучить взаимосвязь COVID-19 с развитием ОНМК для уточнения механизмов их развития и факторов риска.

Материалы и методы. Проанализированы публикации за 2020-2024 гг. отечественных и зарубежных авторов.

Результаты. По данным отчета многонациональной группы по изучению инсульта при COVID-19 74,8% пациентов перенесли острый ишемический инсульт (ИИ), 21,1% – внутричерепное кровоизлияние, а 4,2% – тромбоз церебральных вен или синусов (Shahjouei S. et al., 2021). При COVID-19 ИИ встречался в 82,7% случаев, геморрагический инсульт (ГИ) – в 15,4% и транзиторная ишемическая атака – в 1,9%. В структуре причин смерти преобладали ИИ у 80,8% испытуемых, ГИ диагностирован у 19,2% пациентов (Левин О.С. и др., 2022).

Систематический обзор и мета-анализ продемонстрировали среднюю частоту инсультов как осложнений COVID-19 в 1,74% (95% ДИ: 1,09-2,51%).

Средний возраст пациентов, перенесших ИИ или ГИ на фоне COVID-19, составил 65,5 лет (диапазон: 40,4-76,4 года), а смертность достигала 31,76% (95% ДИ: 17,77-47,31%) (SiowI. et al., 2021).

Основным патофизиологическим механизмом, ответственным за развитие ИИ является гиперкоагуляция (Шамалов Н.А., 2024), который связан с тромбообразованием и часто наблюдается у пациентов с COVID-19 независимо от степени тяжести заболевания (Zhang Y. et al., 2020; Esenwa C. et al., 2021). При этом возникает системное воспаление, как ответ на вирусную инфекцию, что способствует образованию тромбов и приводит к ишемическому каскаду в головном мозге (Nannoni S. et al., 2021). Установлено, что криптогенный ИИ был диагностирован в 44,7% случаев, кардиоэмболический – в 21,9%, атеротромботический – в 10,6% и лакунарный – в 3,3%. В развитии ГИ, связанного с COVID-19, ведущую роль играют коагулопатии, связанные с выраженным повышением уровня D-димера и продуктов распада фибрина, появлением тромбоцитопении и гипоксии (Новикова Л.Б., 2021).

При сопоставлении подтипов ИИ и сопутствующей патологии прослеживается их патогенетическое подтверждение: гипертоническая болезнь (97%) и церебральный атеросклероз (92%), ишемическая болезнь сердца (33%) и сахарный диабет (26%) (Игнатова О.И., 2022).

Выводы. COVID-19 способствует возникновению различных патогенетических типов ОНМК, преимущественно по ишемическому типу (82,7%), как следствие гиперкоагуляции, развития гипоксии и других коагулопатий, которая отягощается коморбидностью (артериальная гипертония, сахарный диабет, церебральный атеросклероз, ишемическая болезнь сердца) и пожилым возрастом пациента при манифестации мозговой катастрофы.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА В ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Дубинина Т.В.¹, Атрошкин К.А.², Яшин Н.А.³,
Карандеев А.А.³, Шимановский Н.Л.², Лиля А.М.¹

¹НИИР имени В.А. Насоновой,

²РНИМУ имени Н.И. Пирогова,

³Институт прикладной математики
имени М.В. Келдыша,
Москва

Цель исследования. Разработка алгоритмов искусственного интеллекта для обработки естественного

языка с целью поиска и идентификации в электронной медицинской документации основных клинических проявлений анкилозирующего спондилита (АС) и ответов на фармакотерапию.

Материалы и методы. Для идентификации клинических проявлений АС были разработаны три алгоритма обработки естественного языка для анализа структурированных данных медицинских записей.

Метод А: алгоритм поиска по ключевым словам, основанный на поиске прямых совпадений слов или частей слов. Недостатки метода: высокая чувствительность к опечаткам и ограниченная идентификация сложных лексических конструкций, таких как отрицания. Из-за этих ограничений метод был исключен как недостаточно эффективный.

Метод В: алгоритм поиска паттернов с использованием регулярных выражений, обеспечивает быстрый поиск и идентификацию признаков, имеет меньшую чувствительность к опечаткам и более эффективен для идентификации описаний в составе сложных лексических конструкций.

Метод С: анализ на основе алгоритмов машинного обучения, с использованием токенизации и нечеткого сравнения паттернов (расстояние Левенштейна 2). При анализе учитывается структура текста и сложные лексические конструкции, метод наименее чувствителен к опечаткам и вариациям построения фраз в описании признаков, качественно идентифицирует отрицания, но требует значительных вычислительных ресурсов.

В выборку для тестирования алгоритмов была включена обезличенная электронная медицинская документация пациентов, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 2021 по 2024 год, из них 1798 пациентов с диагнозом АС и 2417 – с прочими диагнозами (серопозитивный ревматоидный артрит, системная красная волчанка и другие). Выбор основных клинических признаков для поиска и идентификации основан на их значимости для постановки диагноза АС в соответствии с рекомендациями ASAS[1] и мнением экспертов: воспалительная и ночная боли в спине, утренняя скованность, боли в пятках, периферический артрит, дактилит, псориаз, увеит, воспалительные заболевания кишечника, хороший ответ на прием НПВП, повышение СОЭ и/или СРБ, статус HLA-B27, наличие сакроилиита. При проведении поиска каждый из клинических признаков определялся как «положительный», «отрицательный», либо «не найден», в случае отсутствия информации в медицинской документации.

Результаты. Электронная медицинская документация пациентов была проанализирована с применением 3 моделей с использованием алгоритмов искусственного интеллекта для обработки естественного языка. По данным модели В частота позитивности по HLA-B27 антигену составила 86%, модели С – 95%, что в целом соответствует распространенности HLA-B27 антигена у пациентов с диагнозом АС. Сакроилиит был идентифицирован у 72% и 77% пациентов по данным

модели В и С соответственно. Наилучшие результаты по выявлению боли в спине были продемонстрированы моделью В – 65% пациентов. Похожие данные были получены по выявлению удовлетворительного ответа на НПВП, артритов, увеитов, утренней скованности и воспалительных заболеваний кишечника моделью В (81%, 59%, 18%, 17%, 5% соответственно), что также соответствует распространенности данных признаков у пациентов с АС. Среднее время обработки одной записи данных составило 0,041с и 0,82с для модели В и С, соответственно.

Выводы. Разработанные методы выявления клинических проявлений АС в электронной медицинской документации демонстрируют высокий уровень идентификации по ключевым признакам, что дает дальнейшую возможность развития этих моделей для верификации диагноза АС, прогнозирования течения заболевания, ответа на терапию с потенциалом внедрения технологий искусственного интеллекта в ежедневную практику врача ревматолога.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Дубовик А.Ю., Казаева Н.А., Губич Т.С.,
Сукало Т.И.
РНПЦ «Кардиология»,
Минск, Беларусь

Введение. Значительную часть операций на «открытом» сердце составляет аортокоронарное шунтирование (АКШ). Комплексная кардиологическая реабилитация пациентов после хирургической реваскуляризации миокарда в послеоперационном периоде включает в себя физическую реабилитацию (ФР), предпочтительно, с обязательным компонентом в виде физических тренировок. Качество жизни (КЖ) пациента является одним из критериев эффективности не только кардиохирургической операции, но и реабилитационных мероприятий. В медицинской литературе встречается небольшое количество работ, посвященных оценке КЖ у пациентов после АКШ при использовании различных программ ФР.

Цель. Изучить показатели КЖ пациентов после АКШ при использовании различных программ ФР.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов после выполненного АКШ, методом простой рандомизации разделенных на основную (ОГ, n=30) и контрольную (КГ, n=20) группы.

ФР в ОГ проводилась с использованием интервальных велотренировок (ИВТ) на протяжении 12 недель, в КГ – традиционным способом. Оценка КЖ проводилась с помощью Миннесотского опросника качества жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ), максимальное количество баллов в котором составляет 105 и соответствует наилучшему КЖ, а минимальное (0) – наилучшему КЖ. Обследование выполнялось до операции – I тест, на 10-14 сутки после операции – II тест, через 3 месяца после хирургического лечения – III тест.

Результаты. В дооперационном периоде средние значения показателя КЖ не различались между ОГ и КГ (21,3 [0;56] и 22,2 [9;35] балла соответственно, $p=0,842$). В раннем послеоперационном периоде не выявлено достоверной динамики показателя КЖ как между группами, так и в сравнении с дооперационными значениями показателя внутри групп ($p>0,05$ для всех показателей). Через 3 месяца после хирургического лечения в ОГ зафиксировано достоверное улучшение КЖ, что проявлялось достоверно более низким средним баллом в сравнении с дооперационным периодом (21,3 [0;56] балла и 12,7 [1;26] балла, $p=0,038$).

Выводы. Применение ИВТ в составе комплексной кардиологической реабилитации пациентов после АКШ способствует достоверному улучшению КЖ уже через 3 месяца после операции.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТЯЖЕЛОГО ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ СТЕАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И СВЯЗЬ ФИБРОЗА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Дуданова О.П.¹, Ларина Н.А.¹, Цеханович К.Б.²,
Шиповская А.А.¹, Курбатова И.В.³

¹Петрозаводский государственный университет,

²Клиническая больница «РЖД-Медицина»,

³Институт биологии – обособленное подразделение
Карельского научного центра
Российской академии наук,
Петрозаводск

Цель исследования. Определение частоты тяжелого фиброза $F\geq 3$ при метаболически ассоциированной стеатозной болезни печени (МАСБП) с использованием расчетных шкал фиброза и ультразвуковой эластографии и связи фиброза с клиническими данными.

Материалы и методы. Обследовано 169 пациентов МАСБП, у кого определялся фиброз печени по

шкалам, мужчин – 129 (75,9%), женщин – 41 (24,12%), возраст $49,20 \pm 11,38$ года и 65 пациентов, кому выполнялась эластография печени, мужчин – 28 (43,1%), женщин – 37 (56,9%), возраст $54,28 \pm 13,12$ года. Ни у кого из пациентов не было клинически явных признаков portalной гипертензии в виде асцита, спленомегалии, кровотечения из варикозных вен пищевода. Оценивались: 1 – шкала FIB-4 по формуле – (возраст х АСТ/тромбоциты х $\sqrt{\text{АЛТ}}$), при уровне $>3,25$ диагностировался $F \geq 3$; 2 – APRI – по формуле $\{(\text{АСТ/верхняя граница нормы})/\text{количество тромбоцитов (10}^9/\text{л})\} \times 100$, при уровне $\geq 1,5$ диагностировали $F \geq 3$; NAFLD FS (NFS) – $[-1,675 + (0,037 \times \text{возраст}) + (0,094 \times \text{ИМТ}) + (1,13 \times \text{НГН/СД2 (да=1 или нет=0)}) + (0,99 \times \text{АСТ/АЛТ}) - (0,013 \times \text{тромбоциты (109/л)}) - (0,66 \times \text{альбумин г/дл})]$, при уровне $\geq 0,675$ констатировали $F \geq 3$. Эластография методом сдвиговой волны ARFI выполнялась на аппарате Mindray DC-80 (China), при уровне жесткости печени ≥ 10 кПа диагностировали $F \geq 3$. Оценивали физические данные: кожные маркеры печеночно-клеточной недостаточности – пальмарную эритему, телеангиэктазии; factor hepaticus; желтуху, гепатомегалию; лабораторные печеночные показатели – аминотрансферазы, билирубин, щелочную фосфатазу (ЩФ), гамма-глутамилтрансферазу (ГГТ), альбумин, протромбин, маркеры воспаления (СРП), а также апоптоз гепатоцитов по уровню фрагментов цитокератина-18 (ФЦК-18) («TPS ELISA», «Biotech», Швеция).

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением программного обеспечения Statgraphics, с использованием методов хи-квадрата, коэффициента корреляции Спирмена. За статистически значимое принималось $p < 0,05$.

Результаты. Фиброз $F \geq 3$ выявлялся у 6 (3,6%) пациентов по данным APRI, уровень его составил $1,74 \pm 0,15$; у 8 (4,7%) – по результатам FIB-4, уровень его составил $3,99 \pm 0,38$; у 11 (6,5%) – по данным NFS, уровень его составил $1,25 \pm 0,29$ и у 7 (10,8%) из 65 пациентов по данным эластографии с жесткостью печени $11,32 \pm 0,69$ кПа. Среди всех 11 (100%) пациентов с фиброзом $F \geq 3$ выявлялись кожные симптомы печеночной недостаточности, у 4 (36,4%) – гепатомегалия и у 3 (2,7%) – печеночный запах. Желтухи, явлений геморрагического синдрома ни у кого не было. Отмечались повышенные биомаркеры печеночно-клеточного повреждения – ФЦК-18 – $265,8 \pm 54,6$ Ед/л, АЛТ – $61,4 \pm 5,6$ Ед/л, АСТ – $78,5 \pm 6,9$ Ед/л; внутрипеченочного холестаза – ЩФ – $128,7 \pm 9,5$ Ед/л, ГГТП – $79,8 \pm 10,4$ Ед/л; дислипидемии в виде увеличения ЛПНП $3,6 \pm 0,4$ ммоль/л и ТГ – $3,2 \pm 0,6$ ммоль/л; системного воспаления – СРП – $2,1 \pm 0,3$ мг/л.

Выявлялась прямая связь расчетных индексов фиброза с маркером апоптоза гепатоцитов: NFS с ФЦК-18 – $r = 0,54$, FIB-4 с ФЦК-18 – $r = 0,51$ и APRI с ФЦК-18 – $r = 0,49$ (везде $p < 0,05$); с маркером воспаления: NFS с СРБ – $r = 0,42$; FIB-4 с СРБ – $r = 0,40$; APRI с СРБ – $r = 0,38$ (везде $p < 0,05$); с маркером внутрипеченочного холестаза: NFS с ГГТ – $r = 0,45$; FIB-4 с ГГТ – $r = 0,42$; APRI с ГГТ

– $r = 0,41$; NFS с ЩФ – $r = 0,39$; FIB-4 с ЩФ – $r = 0,35$; APRI с ЩФ – $r = 0,35$ (везде $p < 0,05$). Жесткость печени по данным эластографии коррелировала с ГГТ – $r = 0,53$; ЩФ – $r = 0,34$; СРП – $r = 0,36$, ЛПВП – $r = -0,32$ (везде $p < 0,05$).

Продвинутый фиброз $F \geq 3$ среди пациентов МАСБП выявлялся достаточно редко – у 3,6-10,8% в зависимости от использованного лабораторного или визуализирующего маркера, и активность некротическо-воспалительного процесса у пациентов была умеренной, что характерно для слабовыраженного и медленно прогрессирующего поражения печени при МАСБП. В то же время у всех пациентов отмечались кожные печеночные знаки, свидетельствовавшие о значительной дисфункции печени. Кроме того, отмечался высокий показатель апоптоза гепатоцитов – ФЦК-18, в 3 раза, превышающий таковой у здоровых доноров (у доноров – $81,5 \pm 9,3$ Ед/л, у пациентов – $265,8 \pm 54,6$ Ед/л), и ФЦК-18 прямо и выше, чем другие показатели коррелировали с индексами фиброза. Апоптотные тельца активируют звездчатые клетки, способствуя их трансформации в миофибробласты, синтезирующие межклеточный матрикс. Связь индексов фиброза с показателями внутрипеченочного холестаза подтверждала активирующее действие желчных кислот на фиброз через гепатотоксичность и другие механизмы. Воспалительный процесс, судя по умеренному росту СРП, был слабовыраженным, отражая не только локальное, печеночное, но и системное воспаление в жировой ткани, также способствуя развитию фиброза и дисфункции печени.

Выводы. Тяжелый фиброз при МАСБП в 2 раза чаще диагностировался по данным ультразвуковой эластографии – у 10,8% пациентов, чем по данным расчетных шкал – у 3,6-6,5% пациентов. Отмечалась связь шкал фиброза и жесткости печени с наличием кожных внепеченочных знаков, с маркерами гепатоцитарного апоптоза, внутрипеченочного холестаза и воспаления.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Евгеньева А.В.¹, Жомова М.В.¹, Лаврухина А.А.¹,
Осипова Ю.А.²

¹Ярославский государственный
медицинский университет,

²Клиническая больница №9,
Ярославль

Патология сердечно-сосудистой системы занимает ведущее место в статистике смертности населения. В 2023 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляла 615,9 человек на 100 тысяч населения, однако в 2024 показатель вырос до 648,5 человек.

Цель. Оценить долю сердечно-сосудистой патологии и смертность от кардиоваскулярной патологии в общей структуре заболеваний среди пациентов терапевтического отделения.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы истории болезней пациентов терапевтического отделения одной из городских больниц за 2024 год.

Результаты. За 2024 год в терапевтическом отделении было пролечено 1897 человек, умер 231 пациент (12,17%). Доля кардиологических пациентов составила 68,21% (1294 человек). Среди них: 288 человек (22,26%) по поводу болезней, сопровождающихся повышением АД; 743 (57,42%) пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения, хроническая ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз); некоронарогенные заболевания сердца (эндо-миокардит, перикардит, кардиомиопатии) выявлены у 18 (1,39%) человек, 222 пациента страдали хронической сердечной недостаточностью (17,56%); 6 человек с ревматическим поражением клапанов (0,46%) и 19 (1,47%) пациентов с другими заболеваниями сердца. Смертность от сердечно-сосудистой патологии среди пролеченных пациентов составила 13,91% (180 человек), а среди всех умерших 77,92%. Наибольший процент смертности выявлен у пациентов с ишемической болезнью сердца – 59 человек (%).

Выводы. Сердечно-сосудистая патология составляет более половины всех нозологий общетерапевтического профиля и определяет структуру смертности среди населения.

РОЛЬ ЭНЗИМОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУННЫХ МЕХАНИЗМОВ В РАЗВИТИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Емельянова О.И.¹, Русанова О.А.¹,
Трофименко А.С.¹, Спицина С.С.^{1,2}

¹НИИ клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Введение. Как уже известно и доказано, что в развитии ревматических заболеваний немало важную роль играют процессы оксидации и антиоксидации. Образующиеся свободные радикалы при СКВ способны оказывать повреждающее действие на белки, липиды, ДНК, придавая им свойства аутоантигенов и провоцируя выработку антител. В антиоксидантную систему организма входят целый ряд ферментов, которые способны нивелировать патогенный эффект активных форм кислорода. Одним из важных звеньев систе-

мы антиоксидантной защиты являются каталаза (КАТ) и глутатионпероксидаза (ГП).

Цель. Выявить взаимосвязь между уровнем АТ к каталазе и глутатионпероксидазе и активностью заболеваний.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 56 больных СКВ, 30 практически здоровых лиц. Диагноз СКВ верифицировался с помощью диагностических критериев АСР в редакции 1997 г. I степень активности выявлена у 16 больных (32,1%), II – у 36 (64,2%), III – у 4 (7,1%). Хроническое течение имели 24 больных (42,3), подострое – у 2 (18,3%), острое – у 3 (5,3%). Антитела (АТ) к КАТ и ГП определяли в сыворотке крови методом непрямого иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием магнитосорбентов (по методу Гонтаря И.П.), которые представляют собой полиакриламидные гранулы размером 10-100 мкм с магнитным материалом в центре, содержащие антиген в поверхностном слое. Результаты выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.).

Результаты. В ходе обследования больных СКВ наблюдалось достоверное снижение активности – $18,22 \pm 5,7$ мКАТ/мл, ГП $-0,094 \pm 0,06$ ЕД/мл. У больных СКВ (группа в целом) антитела к Кат. выявлены у 32 больных (57,1%), к ГП у 24 (42,8%). При минимальной степени активности заболевания 20 человек высокие уровни антител к КАТ выявлены у 7 (35%) больных, к ГП – 5 (25%). При СКВ со II и III ст. активности (36 больных) по сравнению со здоровыми выявлено снижение активности КАТ и ГП ($p < 0,05$) и увеличение уровня антител к ним ($p < 0,002$). Отмечается увеличение количества больных, в сыворотке которых выявлены высокие уровни антител: к КАТ – у 17 (47,2%), к ГП – у 15 (41,6%) больных. В группе больных СКВ с разным характером течения заболевания было выявлено достоверно более высокие уровни антител к ферментам по сравнению со здоровыми ($p < 0,05$), при подостром и остром течении процесса ($p < 0,05$), по сравнению с хроническим. Активность КАТ и ГП достоверно снижалась как при хроническом, так и при подостром течении процесса ($p < 0,02$). В группах больных с высоким уровнем антител к ферментам отмечено достоверное снижение активности энзимов, в то время как у больных с низким значением антител – лишь тенденция к снижению.

Выводы. Следовательно, с увеличением активности патологического процесса и более тяжелых форм течения заболевания наблюдается увеличение продукции антител к ферментам антиоксидантной системы, т.е. КАТ и ГП и снижение их активности. Вероятно всего, одной из причин угнетения антиоксидантной активности ферментов, могут являться антитела к ним.



АУТОИММУНИТЕТ К КАТАЛАЗЕ И ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЕ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Емельянова О.И.¹, Русанова О.А.¹,
Трофименко А.С.¹, Спицина С.С.^{1,2}

¹НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Введение. Как уже известно и доказано, что в развитии ревматических заболеваний немало важную роль играют процессы оксидации и антиоксидации. Образующиеся свободные радикалы при СКВ способны оказывать повреждающее действие на белки, липиды, ДНК, придавая им свойства аутоантигенов и провоцируя выработку антител. В антиоксидантную систему организма входят целый ряд ферментов, которые способны нивелировать патогенный эффект активных форм кислорода. Одним из важных звеньев системы антиоксидантной защиты являются каталаза (КАТ) и глутатионпероксидаза (ГП).

Цель. Выявить взаимосвязь между уровнем АТ к каталазе и глутатионпероксидазе и активностью заболевания.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 56 больных СКВ, 30 практически здоровых лиц. Диагноз СКВ верифицировался с помощью диагностических критериев АСР в редакции 1997 г. I степень активности выявлена у 16 больных (32,1%), II – у 36 (64,2%), III – у 4 (7,1%). Хроническое течение имели 24 больных (42,3), подострое – у 2 (18,3%), острое – у 3 (5,3%). Антитела (АТ) к КАТ и ГП определяли в сыворотке крови методом непрямого иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием магнитосорбентов (по методу Гонтаря И.П.), которые представляют собой полиакриламидные гранулы размером 10-100 мкм с магнитным материалом в центре, содержащие антиген в поверхностном слое. Результаты выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.).

Результаты. В ходе обследования больных СКВ наблюдалось достоверное снижение активности – $18,22 \pm 5,7$ мкКАТ/мл, ГП $-0,094 \pm 0,06$ ЕД/мл. У больных СКВ (группа в целом) антитела к Кат. выявлены у 32 больных (57,1%), к ГП у 24 (42,8%). При минимальной степени активности заболевания 20 человек высокие уровни антител к КАТ выявлены у 7 (35%) больных, к ГП – 5 (25%). При СКВ со II и III ст. активности (36 больных) по сравнению со здоровыми выявлено снижение активности КАТ и ГП ($p < 0,05$) и увеличение уровня антител к ним ($p < 0,002$). Отмечается увеличение количества больных, в сыворотке которых выявлены высокие уровни антител: к КАТ – у 17 (47,2%), к ГП – у 15 (41,6%) больных. В группе больных СКВ с разным характером течения заболевания было выявлено

достоверно более высокие уровни антител к ферментам по сравнению со здоровыми ($p < 0,05$), при подостром и остром течении процесса ($p < 0,05$), по сравнению с хроническим. Активность КАТ и ГП достоверно снижалась как при хроническом, так и при подостром течении процесса ($p < 0,02$). В группах больных с высоким уровнем антител к ферментам отмечено достоверное снижение активности энзимов, в то время как у больных с низким значением антител – лишь тенденция к снижению.

Выводы. Следовательно, с увеличением активности патологического процесса и более тяжелых форм течения заболевания наблюдается увеличение продукции антител к ферментам антиоксидантной системы, т.е. КАТ и ГП и снижение их активности. Вероятно всего, одной из причин угнетения антиоксидантной активности ферментов, могут являться антитела к ним.

ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ НА ФОНЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ефанова Е.Н., Васильева Е.А., Нелидова Н.В.
Сургутский государственный университет,
Ханты-Мансийск

Цель. Осветить проблему гангренозной пиодермии в практике врача дерматовенеролога и привлечь к ней внимание врачей других специальностей.

Материалы и методы. Клинический случай основан на проспективном наблюдении за пациенткой, получавшей лечение в Бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутском клиническом кожно-венерологическом диспансере».

Результаты и их обсуждение. Пациентка Н., 45 лет, обратилась с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей, болезненность в области высыпаний. Из анамнеза заболевания: больна 3 недели, начало заболевания связывает с травматизацией кожи. Самостоятельно обрабатывала высыпания на коже раствором фурациллина, ставила инъекции гентамицина внутримышечно без эффекта. Анамнез жизни: страдает неспецифическим язвенным колитом, постоянно принимает сульфасалазин. Наследственность дерматологически и онкологически неотягощена. Туберкулез, вирусные гепатиты, венерические заболевания в анамнезе отрицает. Перенесла острое нарушение мозгового кровообращения в 2012 г. Аллергические реакции на лекарственные препараты в прошлом отрицает.

Локальный статус. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Патологический кожный процесс носит ограниченный характер, локализуется на коже переднелатеральной поверхности средней трети правой голени. Представлен обширным (до 15 см в диаметре) язвенным дефектом с неровными, слег-

ка возвышающимися краями синюшно-красного цвета с обилием активных грануляций по всей поверхности очага. По периферии очага визуализируются лентикулярные папулы синюшного цвета. Вокруг очагов – зона фиолетово-розовой эритемы. Эритема вокруг язв имеет темно-фиолетовую окраску, а в периферической зоне – розовато-синюшную. Локальной гипертермии нет. Температурная, болевая и тактильная чувствительность подлежащих участков кожи не нарушена. Отмечается увеличение периферических лимфатических узлов в паховой группе до 0,5 см подвижных, мягко-эластической консистенции, чувствительных при пальпации.

При лабораторном обследовании выявлено ускорение СОЭ до 50 мм/ч при отсутствии каких-либо других отклонений в общем и биохимическом анализах. Исключено специфическое поражение (отрицательные результаты бактериального посева на флору, отрицательные результаты обследования на сифилис, туберкулез, микозы). Ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей патологии не выявило.

Выставлен клинический диагноз: Основной: L88 Гангренозная пиодермия, классическая (язвенная) форма. Сопутствующий: K50 Неспецифический язвенный колит.

Назначено лечение системными глюкокортикоидами (преднизолон 1 мг/кг массы тела перорально), коррекция возможных осложнений терапии гормонами. Наружно аэрозоль тетрациклин+гидрокортизон 2 раза в сутки с последующим переходом на крем гентамицин+бетаметазон 2 раза в сутки не менее 2-х недель. В результате назначенного лечения отмечалась положительная динамика патологического кожного процесса в виде отсутствия прогрессирования, начала эпителизации в очаге.

Рекомендовано продолжить терапию в прежнем объеме с последующим постепенным снижением дозы преднизолона до поддерживающей, лечение основного заболевания, расширенный онкопоиск.

Выводы. В приведенном наблюдении гангренозную пиодермию можно расценить как соматообусловленный синдром. Залогом успеха лечения пациентов с гангренозной пиодермией является взаимодействие хирургов, ревматологов и дерматовенерологов на этапе диагностики и лечения.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Ефремова А.Ю., Бакулин И.Г., Асланов Б.И.,
Семенова Е.А., Коржова А.Д.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение структуры и частоты факторов риска развития целиакии у пациентов с клиническими признаками непереносимости глютена.

Материалы и методы. Для оценки факторов риска был разработан специализированный опросник.

Скринировано 102 человека с нарушением толерантности к глютену. 20 пациентов были исключены в виду несоответствия критериям включения. В исследование вошло 82 больных с целиакией. Средний возраст составил $38,2 \pm 12,6$ лет. Соотношение мужчин и женщин – 1:4,9.

Результаты и обсуждение. У 11 пациентов (13,4%) имеются родственники первой линии родства с диагнозом «Целиакия», у 6 (7,3%) – более дальние родственники

У 65 пациентов (79,3%) заболевание манифестировало после перенесенного COVID-19, из них 5 человек указывают на точную связь появления симптомов целиакии после коронавирусной инфекции. 36 пациентов (43,9%) в качестве провоцирующего фактора выделяют перенесенное кишечное инфекционное заболевание: ротавирус, аденовирус, сальмонеллез. Одним из пусковых факторов считается резкое изменение гормонального фона, так 10 женщин из 44 (22,7%) отмечают связь дебюта целиакии с беременностью, 2 женщины указывают на медикаментозный аборт. 54 пациента (65,9%) получали антибиотики до появления симптомов целиакии, при этом половина из них указывает на усиление симптоматики после антибиотикотерапии. 48 пациентов (58,5%) испытывали сильный стресс до дебюта заболевания. У 36 пациентов (43,9%) до появления симптомов проводилось оперативное вмешательство, при этом 7 из них отмечают триггерным фактором операцию с анестезиологическим пособием.

Наблюдается связь грудного вскармливания и появления симптомов целиакии до трехлетнего возраста. У пациентов, получающих искусственное вскармливание, симптомы появились позднее 3-х лет ($p < 0.028$).

Среди 26 пациентов, выполнивших генетическое исследование на наличие гаплотипов целиакии, 5 пациентов (19,3%) имели гаплотип HLA DQ2, 11 (42,3%) – HLA DQ2.5, 4 (15,4%) – HLA DQ8, 4 (15,4%) – HLA DQ2 и DQ8, 1 (3,8%) – HLA DQ7 и 1 (3,8%) – HLA DQ2 и DQ7.

У пациентов с генетическим гаплотипом HLA DQ2.5 (11 пациентов) пусковыми факторами были сильный стресс (45,5%), COVID-19 (36,4%) и кишечная инфекция (18,1%). Пациенты с другими гаплотипами в 75% случаев отмечали появление симптомов с детства и затруднились выделить пусковой фактор.

Наличие ассоциированных заболеваний с различными механизмами развития является фактором, повышающим вероятность возникновения целиакии. Так, у 16 (19,5%) – аутоиммунный тиреоидит, у 13 (15,9%) – экзема, у 11 (13,4%) – ревматоидный артрит, у 11 (13,4%) – бронхиальная астма, у 8 (9,8%) – синдром Жильбера, у 7 (8,5%) – герпетиформный дерматит, у 5 (6,1%) – воспалительные заболевания кишечника, у 4 пациентов (4,9%) имелся сахарный диабет 1 типа. Более редкими ассоциированными состояниями являются: аутоиммунный миокардит (3,7%), лимфоцитарный

колит (2,4%), IgA-нефропатия (нефрит Берже) (2,4%), аутоиммунный гепатит (1,2%), идиопатическая дилатационная кардиомиопатия (1,2%), болезнь Аддисона (1,2%), первичный склерозирующий холангит (1,2%), синдром Шегрена (1,2%), системная красная волчанка (1,2%), рассеянный склероз (1,2%).

Выводы. Распространенными факторами риска развития целиакии у пациентов с клиническими признаками непереносимости глютена являются: уровень стресса, гормональный дисбаланс, наличие ассоциированных аутоиммунных заболеваний, перенесенные инфекции, применение антибактериальных лекарственных средств и гормональных препаратов. Малая выборка респондентов с результатами HLA-типирования не позволяет достоверно оценить вклад данного фактора в развитие целиакии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Жерздева Е.В., Симион А.Ю., Овсянников Е.С.,
Симион К.А.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Изучить особенности течения гипертонической болезни у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. В анкетировании приняли участие пациенты обоих полов: число мужчин составило 35 человек (39%), женщин – 55 человек (61%) (средний возраст – $68,5 \pm 11,5$ лет). Проведена оценка результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, а также все пациенты, входящие в исследование, прошли анкетирование с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты. Все обследуемые разделены на три группы: первая группа – пациенты с ГБ, но без симптомов тревоги и депрессии (7 пациентов (6 мужчин и 1 женщина) или 7,8%), вторая группа – пациенты с ГБ с преобладанием симптомов тревоги (62 пациента (23 мужчины и 39 женщин) или 68,9%), третья группа – пациенты с ГБ с преобладанием симптомов депрессии (21 пациент (9 мужчин и 12 женщин) или 23,3%).

Исходя из вышеописанного, анализ полученных данных по результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS показал, что тревожные расстройства у лиц, страдающих ГБ, встречаются чаще – в 68,9% случаев (62 человека).

Во второй группе в отличие от третьей и первой групп были выше цифры как систолического ($167,3 \pm 9,1$ против $162,8 \pm 8,2$ и $155,2 \pm 12,9$ мм рт. ст.; $p=0,001$), так

и диастолического артериального давления ($95,3 \pm 9,1$ против $92,8 \pm 7,8$ и $88,2 \pm 10,4$ мм рт. ст.; $p=0,03$), индекс массы тела (ИМТ) ($28,8 \pm 3,8$ против $24,3 \pm 4,8$ и $24,1 \pm 5,8$; $p=0,002$), частота сердечных сокращений (ЧСС) ($88,3 \pm 8,1$ против $83,1 \pm 7,4$ и $81,1 \pm 10,4$ уд. в мин.; $p=0,001$).

При корреляционном анализе полученных данных была выявлена прямая взаимосвязь между средним баллом уровня тревоги Шкалы HADS и уровнем АД ($r=0,474$; $p=0,003$), а также прямая взаимосвязь между средним баллом уровня депрессии Шкалы HADS и ЧСС ($r=0,783$; $p=0,0025$), ИМТ ($r=0,534$; $p=0,001$).

Выводы. 1. Выявлено, что у пациентов с ГБ, достоверно часто встречались тревожно-депрессивные расстройства (92,2%, при этом 68% – пациенты с тревожными расстройствами). 2. Тревожно-депрессивные расстройства способствуют более тяжелому течению ГБ, что подтверждается более высокими цифрами, как САД, так и ДАД. 3. В ходе исследования выявлена прямая взаимосвязь между средним баллом уровня тревоги Шкалы HADS и уровнем АД ($r=0,474$; $p=0,003$), а также прямая взаимосвязь между средним баллом уровня депрессии Шкалы HADS и ЧСС ($r=0,783$; $p=0,0025$), ИМТ ($r=0,534$; $p=0,001$).

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Жидкова Е.А., Беляева Е.А.

Тульский государственный университет,
медицинский институт,
Тула

Обоснование. Серонегативные спондилоартриты (СнСпА) – группа хронических заболеваний, которые в значительной степени влияют на качество жизни миллионов людей по всему миру. В последние десятилетия достигнуты значительные успехи в понимании причин и механизмов этих заболеваний, способов их лечения, однако многие аспекты СнСпА остаются недостаточно изученными, например, взаимосвязь и взаимовлияние спондилоартритов и метаболического синдрома, хронических неинфекционных заболеваний и конституциональных особенностей организма.

Цель исследования. Изучить связь хронических неинфекционных заболеваний, пола, конституциональных особенностей и метаболических отклонений с серонегативными спондилоартритами у взрослых.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 75 пациентов (из них 36 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 32 до 88 лет, у которых был верифицирован диагноз из группы СнСпА (анкилозирующий спондилит, псориатический спондилоартрит).

Результаты и обсуждение. Анализ историй болезни показал, что у пациентов с анкилозирующим спондилитом и псориатическим спондилоартритом в исследуемой выборке метаболический синдром встречается чаще (65% – 50 человек, М – 22, Ж – 28), чем в общей популяции (26-40% по данным ВОЗ), что указывает на известное наличие взаимосвязи между хроническим воспалением и изменениями метаболического характера. У 30% (22 человека) пациентов был выявлен сахарный диабет 2-го типа, в 4-х случаях с инсулин-потребностью, причем в подавляющем большинстве (73%) данное заболевание выявлялось у женщин. У 40% (29 человек) была выявлена гиперхолестеринемия и дислипидемия, из них 15 человек принимают статины, также стоит отметить, что у 5 пациентов уровень холестерина, несмотря на принимаемую терапию, не достиг нормы. Гипертриглицеридемия в большей степени была характерна для пациентов с псориатическим спондилоартритом. Гиперурикемия ожидаемо чаще встречалась при псориатическом спондилоартрите и отмечалась у 80% больных. Более чем у половины пациентов из общей выборки (55 человек – 73%), вне зависимости от пола, был выставлен диагноз артериальной гипертензии, которая, чаще всего, не в полной мере поддавалась контролю комбинированной антигипертензивной терапией. Практически у всех изучаемых были зарегистрированы либо избыточная масса тела, либо ожирение 1-2 степени (60 человек – 80%), индекс массы тела составлял от 28 до 37.

Конституциональные особенности также, вероятно, вносят свой вклад. В данном исследовании отмечается преобладание пациентов с гиперстеническим типом телосложения, связь СнСПА с массивностью скелета и конечностей, нарушенным обменом веществ. Телосложение, индекс массы тела и общий уровень физической активности, возможно, могут оказывать влияние на развитие и течение заболевания, что требует дальнейшего изучения.

Среди хронических неинфекционных заболеваний, которые регистрировались у анализируемых пациентов, следует отметить хронический тиреоидит, аденому простаты, ишемическую болезнь сердца (16 человек – 21%), бронхиальную астму (9 человек – 12%). Причем хронический тиреоидит чаще обнаруживался у женщин (в 95% случаев) задолго до установления диагноза серонегативного спондилоартрита. На момент диагностики уровень АТ к ТПО имел выражено высокие значения (более 700 МЕ/мл), уровень ТТГ был умеренно повышен (не более 11 мМЕ/л), Т4 в норме (более половины пациенток принимают л-тироксин). Отмечается частое обнаружение аденомы простаты и простатита у мужчин с уже имеющимся диагнозом СнСПА (23 пациента – 64%). Оба наблюдения могут свидетельствовать о патогенетической взаимосвязи воспаления при спондилоартритах, хроническом аутоиммунном тиреоидите и аденоме простаты/простатите. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению, который учитывает

не только симптомы СнСПА, но и сопутствующие метаболические и хронические состояния.

Выводы. Таким образом, понимание роли метаболического синдрома, половых и конституциональных особенностей, а также хронических заболеваний в контексте серонегативных спондилоартритов открывает новые горизонты для исследований и клинической практики. Важно развивать мультидисциплинарные подходы, вовлекающие ревматологов, эндокринологов и специалистов по нутрициологии, для создания индивидуализированных планов лечения, направленных на улучшение качества жизни пациентов и минимизацию проявлений заболевания.

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫЙ РАБДОМИОЛИЗ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Жохова Т.П., Кондрашова И.А., Григорьева Е.В.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов

Цель исследования. Продемонстрировать поиск причины рабдомиолиза с острым почечным повреждением (ОПП) у пациента с фокально-сегментарным гломерулосклерозом (ФСГС) и перенесенным инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациента Н. Проведена оценка анамнеза, данных осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты и обсуждение. Пациент Н., 67 лет. До 2023 г. данных за патологию почек не было. Июль 2023 г. – нефротический синдром (альбумин 22 г/л, суточная протеинурия 3,2 г, холестерин 12 ммоль/л), креатинин крови 100 мкмоль/л, по данным нефробиопсии – ФСГС. В ходе обследования был исключен его вторичный генез, назначена терапия: преднизолон 80 мг, симvastатин 40 мг, периндоприл 2,5 мг, аспирин 100 мг, омега-3 20 мг в сутки. Через 2 месяца – ремиссия нефрита. Доза преднизолона постепенно снижалась, в июне 2024 г. – 12,5 мг/сут., остальная терапия была без изменений.

Ухудшение состояния 16.06.2024 г. – развитие клиники острой ишемии миокарда. Пациент был госпитализирован с диагнозом «Острый ИМ без подъема сегмента ST». Лабораторные данные: тропонин – положительный, протеинурия в общем анализе мочи 2,7 г/л, остальные показатели в пределах референсных значений. Выполнялась коронарография (протяженный стеноз среднего сегмента передней нисходящей артерии (ПНА) с максимальным стенозированием до 95%) с последующей баллонной ангиопластикой и стентированием ПНА, также назначались энوكсапа-

рин натрия 2 мл п/к (в течение 3 дней), тикагрелор 180 мг, аспирин 100 мг, периндоприл 2 мг, омега-3 20 мг, аторвастатин 80 мг, была увеличена доза преднизолона до 20 мг в сутки. 26.06.24 г. пациент был выписан на амбулаторное лечение с рекомендациями продолжить проводимую терапию. В июле появились отеки ног, при контроле анализов 27.07.2024 г. суточная протеинурия 10,0 г, альбумин 18,7 г/л, холестерин 10,5 ммоль/л, креатинин 129 мкмоль/л, 01.08.2024 г. пациент был госпитализирован в отделение нефрологии. Проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном (МП) по 500 мг №3, увеличена доза преднизолона до 45 мг/сут. внутрь, остальная терапия оставлена в прежнем объеме. В течение следующих трех недель сохранялся тяжелый нефротический синдром, выполнялись трансфузии плазмы №20, креатинин крови 82 мкмоль/л. С 21.08.24 г. был назначен циклоспорин 200 мг/сут. На 8 сутки отмечалось повышение креатинина крови до 300 мкмоль/л, мочевины до 36 ммоль/л, расцененное как ОПП 2 стадии, предположительно в результате циклоспориновой токсичности. Доза циклоспорина была уменьшена до 100 мг/сут., креатинин крови снизился до 212 мкмоль/л, мочевина до 26 ммоль/л. С 09.09.2024 г. пациент отметил появление и прогрессирование мышечной слабости в ногах и руках. Объективно: мышечная сила 1-2 балла; лабораторно: КФК - 823 ед/л (норма 26-174 ед/л), КФК-МВ - 23 ед/л, миоглобин - 250 нг/мл (норма 12-92 нг/мл), креатинин - 306 мкмоль/л, мочевина - 37 ммоль/л. Выполнялась магниторезонансная томография головного мозга, поясничного отдела позвоночника - патологии не выявлено. Таким образом у пациента отмечалось развитие рабдомиолиза с ОПП, наиболее вероятно индуцированного совместным приемом аторвастатина и циклоспорина, препараты были отменены. На этом фоне уменьшилась мышечная слабость, нормализовались КФК, миоглобин, креатинин крови. Была продолжена терапия преднизолоном 45 мг/сут., повторно проводилась пульс-терапия МП по 500 мг №3. В ноябре 2024 г. была достигнута клинико-лабораторная ремиссия ФСГС. С целью сохранения ремиссии нефрита планируется назначение ритуксимаба, с целью коррекции нарушения липидного обмена - инклисирана.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует развитие рабдомиолиза с ОПП на фоне сочетанного применения аторвастатина и циклоспорина у пациента с ФСГС в стадии обострения и перенесенным инфарктом миокарда. Ранний постинфарктный период ограничивал применение высоких доз глюкокортикоидов, что способствовало сохранению активности нефрита и послужило показанием для назначения циклоспорина. ОПП исходно трактовалось как проявление циклоспориновой токсичности. Только при развитии клиники миопатии было высказано предположение о рабдомиолизе, что подтверждалось лабораторными данными. На фоне отмены препаратов купировались клинико-лабораторные проявления раб-

домиолиза и разрешилось ОПП. Учитывая отсутствие признаков миопатии на фоне исходного приема аторвастатина, развитие рабдомиолиза было обусловлено сочетанным применением аторвастатина и циклоспорина, что связано с особенностями метаболизма этих препаратов. Метаболизм аторвастатина осуществляется с помощью изофермента CYP3A4, при этом циклоспорин способен ингибировать CYP3A4, что в свою очередь ведет к снижению клиренса аторвастатина и повышению его токсичности.

Учитывая рост числа коморбидных пациентов, обоснованную необходимость полипрагмазии, следует сохранять настороженность в отношении возможного лекарственного взаимодействия и своевременно предотвращать развитие нежелательных эффектов.

ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Жугрова Е.С.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Резюме. Остеопороз (ОП) – характеризуется снижением костной массы, что сопровождается остеопоротическими переломами, которые развиваются при незначительной травме. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами тел позвонков и костей периферического скелета, приводящими к большим материальным затратам в области здравоохранения и обуславливающими высокий уровень нетрудоспособности, включая инвалидность и смертность. В настоящее время уже не вызывает сомнений о взаимосвязи в патогенезе остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. В когортное открытое проспективное исследование было включено 100 женщин, с постменопаузальным остеопорозом и коморбидными заболеваниями (ИБС, Гипертоническая болезнь, Сахарный диабет 2 типа) и 100 пациенток с коморбидными заболеваниями (ИБС, ГБ, Сахарный диабет 2 тип) без остеопороза. У всех пациенток наряду с общеклиническим обследованием оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза. Расчет абсолютного десятилетнего риска переломов по индексу FRAX, риск сердечно-сосудистых заболеваний оценивался с помощью опросника QRISK-3. Оценка суммарного ССР осуществлялась у лиц до 65 лет на основании шкалы SCORE для стран с высоким уровнем риска, согласно которой ССР <1% считается низким, от 1 до 5% – умеренным, от 5 до 10% – высоким и от 10% – очень высоким. Лица с ССЗ-АС и сахарным диабетом относятся к категории высокого и очень высокого ССР. Оценка прогноза 10-летней выживаемости обследованных пациенток выполнена с помощью индекса коморбидности Чарлсона.

Результаты. У пациенток с остеопорозом (ОП), отмечались низкие показатели минеральной плотности костной ткани по позвоночнику и бедру, что подтверждают данные DXA. Пациентки с ОП имели клинические проявления остеопороза в виде низкоэнергетических переломов. Наиболее частой локализацией были переломы позвонков 70% составили. При сравнении частоты встречаемости факторов риска остеопороза выявлено, что у лиц с коморбидной патологией в 88% в анамнезе установлены предшествующие низкоэнергетические переломы от 1 до 6 ($p=0,001$). При сравнении обследованных групп по коморбидной патологии, в группе пациенток с ОП чаще встречалась гипертоническая болезнь ($p=0,007$), хроническая сердечная недостаточность ($p=0,014$), ОНМК в анамнезе ($p<0,001$), ТИА ($p=0,011$), фибрилляция предсердий ($p=0,02$ и $0,4$ соответственно). Установлено, что наличие в анамнезе инсульта взаимосвязано с низким показателем МПК в шейке бедра ($\gamma=0,44$, $p<0,05$), абсолютным десятилетним риском перелома шейки бедра ($\gamma=0,51$, $p=0,043$), уровнем систолического давления в аорте ($\gamma=-0,49$, $p<0,05$), измеренного методом аппланационной тонометрии, СПВ ($\gamma=-0,71$, $p=0,04$), стажем менопаузы ($\gamma=0,43$, $p<0,05$) и уровнем общего холестерина ($\gamma=-0,41$, $p<0,05$). В группе пациентов с ОП значения индекса Чарлсона составили 5 (95% ДИ 3,7-7), варьировала от 2 до 9 баллов и риск смерти составил 52%, так в группе контроля соответственно 2 (95% ДИ 2,0-7) балла, риск смерти составил 26% ($p=0,004$). У женщин с коморбидной патологией и постменопаузальным остеопорозом риск сердечно-сосудистых осложнений согласно SCORE и QRISK-3 выше, по сравнению с группой пациенток без остеопороза.

Заключение. Важен мультидисциплинарный подход в ведении пожилого человека с переломом с учетом коморбидности пациента и необходимости установления заболевания, приведшего к низкотравматическому перелому.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

**Жуков А.С., Болахан А.В., Богданова Е.Г.,
Аржавкина Л.Г., Протасов О.В.**

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Псориаз является хроническим иммуноопосредованным воспалительным заболеванием с преимущественным поражением кожи.

Несмотря на многочисленные работы по изучению патогенеза псориаза, до сих пор продолжается поиск ключевого участника воспаления, поддерживающего длительное течение болезни.

Накопленные в настоящее время данные о патогенезе псориаза позволяют создавать топические препараты с таргетным действием. В результате этого появляется возможность селективно подавлять развитие воспаления на начальных этапах и не оказывать действие на другие органы и системы

Цель исследования. Изучение современных методов таргетной топической терапии больных псориазом, которые в настоящее время проходят различные стадии клинических исследований.

Поиск информации осуществлялся с использование реферативной базы PubMed на сайте www.pubmed.com, библиотеки <http://www.rsl.ru>, www.medline.ru; www.elibrary.ru за 10 лет. Были выбраны следующие ключевые слова для поиска: псориаз, лечение, наружная терапия, psoriasis, treatment, topical therapy.

Проведенный обзор позволил установить следующие разрабатываемые направления таргетной топической терапии больных псориазом:

1. Топический ингибитор сериновых протеаз: ER143 и AAN-16. Результатом действия данной группы препаратов является торможение IL-36-опосредованного воспаления, играющего важнейшую роль не только при пустулезном, но и при бляшечном псориазе. Это позволяет контролировать воспалительный процесс при псориазе на ранних этапах его развития.

2. Топические формы метотрексата: гель с метотрексатом; нанокapsулы с метотрексатом (AuNPs-3MPS); топическая липосомальная форма метотрексата.

3. Топический препарат, блокирующий резидентные клетки памяти (2% мазь PAP-1), который позволит влиять на течение и рецидивы заболевания, а возможно даже привести к излечению больного от псориаза.

4. Топический ингибиторы янус киназ (тофацитиниб) приводит к блокированию сигнальных путей различных воспалительных цитокинов, участвующих в иммунных реакциях, что сопровождается подавлением воспаления в коже.

5. Топический ингибитор транскрипционного фактора Stat3 (rS3-PA) вызывает ингибирование передачи сигнала от рецепторов активированных цитокинов и факторов роста на клеточной поверхности к ядру клетки.

6. Топический ингибитор вторичного мессенджера сигналов (SIS3) тормозит активность трансформирующего фактора роста (TGF)-b1 и таким образом дифференцировку Th17 клеток.

7. Топический ингибитор фосфодиэстеразы 7 (ASB16165) и 4 (AN-2728/кризаборол), подавляет активацию Т-клеток, в том числе цитотоксических Т-лимфоцитов, вызывая разрешение высыпаний.

8. Топический ингибитор транскрипционного фактора ROR (PF-06763809) снижает синтез провоспалительных цитокинов Т-клетками 17 типа (Th17).

9. Топический ингибитор фосфолипазы A2 (AVX001) подавляет активацию NF-κB-опосредованного сигнального пути, индуцирующего образование TNFα.

10. Топический ингибитор гидролаз (DZ2002) приводит к ингибированию активности метилтрансферазы и подавлению иммунного ответа.

Выводы. В настоящее время, с одной стороны, идут исследования в области совершенствования лекарственных веществ для системного точечного подавления псориатического воспаления, с другой – активно разрабатываются наружные препараты, позволяющие осуществлять таргетное действие без вмешательства в другие органы и системы. Создание селективно действующих веществ с высокой проникающей способностью позволит пересмотреть подходы ведения больных псориазом.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОЦЕНКЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В АРКТИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ

Жуков А.С., Болахан А.В., Богданова Е.Г.,
Аржавкина Л.Г., Протасов О.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

На жителей, проживающих в арктических регионах, действуют многочисленных факторы окружающей среды, включающие нарушения светового режима, низкие температуры и дефицит витаминов.

Ксероз (сухость) кожи вызывает нарушение ее защиты, легкую проницаемость для микроорганизмов, способствует развитию иммунных нарушений и формированию аллергического воспаления. Через нарушенный барьер могут легче проникать микроорганизмы, химические факторы агрессии, которые дополнительно поддерживают раздражение и воспаление кожи. Исследование спектра заболеваний кожи позволяет своевременно выявлять таких пациентов и профилактировать развитие данных нозологий.

Цель работы. Изучить спектр дерматологической патологии людей, проживающих в арктических регионах.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 человек. Проводился полный дерматологический осмотр на предмет диагностики заболеваний кожи, придатков и слизистых оболочек.

Результаты исследования. В ходе проведенного обследования было обнаружено, что наиболее часто встречалась сухость (ксероз) кожи. Другие кожные патологии были менее редко представлены. Общий спектр выявленных дерматологических заболеваний/состояния включал в себя следующие нозологические формы:

- ксероз кожи 19 человек (19%);
- микозы 7 человек (7%);

- вульгарные и подошвенные бородавки у 3 человек (3%);
- акне у 8 человек (8%);
- экзема у 1 человека (1%);
- псориаз у 1 человека (1%);

Оценка дерматологической патологии позволила установить следующее:

Наиболее часто встречающийся ксероз (сухость) кожи проявлялся в виде снижения жирности и появления шелушения кожи кистей, стоп, реже туловища. Ухудшение состояния наиболее часто отмечали после длительного нахождения на улице. Из микозов наиболее часто встречался отрубевидный лишай (у 6 пациентов), у одного пациента была установлена паховая эпидермофития. Вирусные бородавки были обнаружены у 3 пациентов: у 2 – подошвенные и у 1 – вульгарные на кистях. Акне проявлялись у лиц молодых возрастных групп, в виде папуло-пустулезной и узловой форм заболевания. У одного пациента выявлено обострение бляшечного псориаза волосистой части головы (ограниченной формы) и у одного – обострение экземы кистей. Холодовых дерматитов, обморожений и других заболеваний кожи как реакции на внешнее воздействие низких температур выявлено не было.

Выводы. Таким образом, спектр дерматологической патологии у лиц, проживающих в арктических регионах разнообразен с выраженным акцентом на повышение сухости кожного покрова и увеличением встречаемости кератомикоза и вульгарных акне. Выявленные особенности можно объяснить влиянием недостатка солнечного света, витаминов, а также постоянным пребыванием в помещениях с искусственными источниками тепла.

ЧАСТОТА ВЕРОЯТНОЙ САРКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И ЕЕ СВЯЗЬ С ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

Запарина Д.Н.¹, Сафонова Ю.А.^{1,2}

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить частоту вероятной саркопии у пациентов остеоартритом коленных суставов (ОА КС) в возрасте 60 лет и старше, установить связь с гериатрическими синдромами по результатам комплексной гериатрической оценки (КГО).

Материалы и методы. В исследование включены 46 пациентов, обратившиеся за медицинской помощью в учреждение первичной специализированной ме-

дико-санитарной помощи, (медиана возраста 77 [70;81] лет) с подтвержденным ОА КС согласно критериям ACR, 2019. Вероятную саркопению подтверждали на основании низких значений мышечной силы, оцененной с помощью кистевого динамометра. КГО включала: скрининг старческой астении и опросники для выявления гериатрических синдромов. Физическую активность оценивали по опроснику IPAQ, физическую работоспособность по результатам краткой батареи тестов физического функционирования (SPPB-тест).

Результаты. Вероятная саркопения обнаружена у 28,3% пациентов с ОА КС, из них у 69,2% женщин и 30,9% мужчин. Не было выявлено статистически значимых различий в частоте вероятной саркопии у пациентов в разных возрастных группах (Рис.1). Пациентов в возрасте 60-74 лет и женщин было больше в обеих группах ($p>0,05$). У пациентов с вероятной саркопенией ортостатическая гипотензия ($p=0,027$), недержание мочи ($p=0,03$), низкая физическая активность ($p=0,03$) встречались чаще, чем у пациентов без нее. Зависимость от посторонней помощи пациенты с вероятной саркопенией испытывали чаще, чем пациенты без вероятной саркопии ($p=0,045$). Болевой синдром и падения встречались у пациентов с одинаковой частотой в обеих группах (Табл.1). Интенсивный болевой синдром выявлен у 15,2% пациентов и его частота не различалась у пациентов с вероятной саркопенией и без нее.

Выводы. Выявлена высокая частота вероятной саркопии у пациентов с ОА КС, при которой чаще встречались такие гериатрические синдромы, как ортостатическая гипотензия, недержание мочи, гиподинамия. Пациенты с вероятной саркопенией чаще нуждались в уходе, чем пациенты с сохраненной мышечной силой.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФЕНОМЕНОМ ПОСТУРАЛЬНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ТАХИКАРДИИ

Заяц А.Н.¹, Жалевич Е.В.¹, Кравчук Л.В.²

¹Гродненский государственный
медицинский университет,

²Городская клиническая больница №2,
Гродно, Беларусь

Постуральная ортостатическая тахикардия - состояние со сложными этиопатогенетическими закономерностями и спорным диагностическим и прогностическим аспектами. Взаимосвязь чрезмерного роста

частоты сердечных сокращений (ЧСС) с гемодинамическим и нейрогуморальными факторами определяет актуальность его исследования у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Цель исследования. Выявить взаимосвязь феномена постуральной ортостатической тахикардии (увеличение ЧСС на 30 и более уд/мин при выполнении активной ортостатической пробы (АОП)) с показателями суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у молодых мужчин с АГ.

Материалы и методы. Проанализированы протоколы АОП и СМАД 93 пациентов мужского пола (средний возраст $24,2\pm 2,7$ лет) с установленным диагнозом АГ 1-2 степени, подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Диагноз АГ выставлен в соответствии с рекомендациями ЕОАГ 2023 года. Пациенты с АГ 2 степени составили 15,1% от обследованных. На момент обследования пациенты не принимали антигипертензивные препараты. У 12 (12,9%) пациентов при выполнении АОП зарегистрировано увеличение ЧСС на 30 и более уд/мин на 3-й минуте ортостаза; пациенты составили 1-ю группу исследования. 2-ю группу составил 81 пациент без феномена постуральной ортостатической тахикардии. Пациенты с АГ 2 степени были представлены в обеих группах (2 и 12 пациентов соответственно). Анализировались показатели СМАД: уровень систолического и диастолического АД за сутки, днем и ночью, индекс времени повышения систолического и диастолического АД за сутки, днем и ночью, суточный индекс систолического и диастолического АД, скорость утреннего подъема систолического и диастолического АД.

Результаты и обсуждение. Анализ уровня систолического и диастолического АД при СМАД выявил значимо больший уровень систолического АД ночью у пациентов 1-й группы в сравнении с пациентами 2-й группы (131 (124; 138) и 124 (118; 132) мм рт. ст., $p=0,032$), в то время как, диастолическое АД в группах было сопоставимо (75 (68; 82) и 72 (66; 80) мм рт. ст., $p>0,05$). В обеих группах медиана показателей превышала нормальные величины. Индекс времени повышения систолического АД и диастолического АД ночью был выше у пациентов 1-й группы в сравнении с пациентами 2-й группы (82 (61; 100) и 63 (33; 86) мм рт. ст., $p=0,028$; 49 (41; 63) и 17 (0; 43) %, $p=0,0032$). Медианы показателей свидетельствуют о стойком повышении систолического АД ночью у пациентов групп исследования. Суточный индекс систолического АД в 1-й группе составил 7,2 (5,5; 8,9) %, во 2-й группе - 12,1 (7,0; 17,5) %; группы значимо различались по данному показателю ($p=0,01$). В 1-й группе недостаточное снижение систолического АД выявлено у 9 (75,0%) пациентов, что значимо чаще, чем во 2-й группе - у 31 (38,3%) пациента ($p=0,019$). Скорость утреннего подъема систолического АД у пациентов 1-й группы была ниже, чем у пациентов 2-й группы (9,1 (6,3; 11,3) и 18 (11,6; 26,5) мм рт. ст./час, $p=0,0004$), что можно объяснить высоким ночным уровнем.

Выводы. Для пациентов с АГ с выявленным феноменом постуральной ортостатической тахикардии характерны: 1. более высокий уровень систолического АД ночью и стабильный характер его повышения; 2. более длительное повышение диастолического АД ночью, несмотря на сопоставимый уровень диастолического АД; 3. недостаточное снижение систолического АД ночью. Ассоциация феномена постуральной ортостатической тахикардии с неблагоприятным ночным профилем АД определяет необходимость обследования пациента с АД для выявления поражения органов-мишеней, оценки кардиоваскулярного риска и оптимизации медикаментозной коррекции факторов кардиоваскулярного риска.

МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ АГЛОМЕРАЦИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
Архангельск

Цель исследования. Проанализировать данные о первичной заболеваемости множественной миеломой (ММ) взрослого населения городской агломерации юга Архангельской области (г. Котлас и г. Коржма).

Материалы и методы. Изучена первичная заболеваемость множественной миеломой населения городов Котлас и Коржма, расположенных на юге Архангельской области, по данным формы №090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» за 15 лет (с 2009 по 2023 гг). Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у.

Результаты и обсуждение. Высокий среднегодовой уровень заболеваемости ММ по всем районам области по городам области: в областном центре- г. Архангельске (2,75 на 100 тыс. населения) и в Новодвинске (3,65 на 100 тыс.) В Котласе и Коржме диагноз ММ был впервые установлен у 39 чел., из них преобладали женщины -61,5% (24 чел.) Средний возраст больных составил 64,4 года. Всего в возрасте старше 60 лет было 25 чел. (64,1%). За исследуемый период средний возраст больных ММ снизился с 67,3 лет в 2009 году до 58,7 лет в 2023 году. 12 пациентов с ММ были моложе 50 лет, из них у двух больных диагноз был установлен в возрасте 30-44 лет. Первичная заболеваемость при ММ была наиболее высокой в возрасте 60-69 лет – 8,45 на 100 тыс. и 50-59 лет – 6,42 на 100 тыс. населения. Среднегодовой показатель первичной заболеваемости при ММ по двум городам составил 1,75 случаев в год

на 100 тыс.населения, что выше среднегодового показателя по всей области (1,41 на 100 тыс.) Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости за 15 лет зарегистрирован в 2019 году (3,43 на 100 тыс. населения). Уровень первичной заболеваемости при ММ повысился с 1,94 до 3,32 на 100 тыс. населения в 2023 г.

Выводы. Обращает на себя внимание значительный рост уровня первичной заболеваемости ММ за исследуемый период. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости ММ взрослого населения городов Котласа и Коржмы был несколько выше, чем по всей области, но ниже, чем по Архангельску и Новодвинску.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

Зверева О.Н., Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
Архангельск

Значимую по удельному весу группу в структуре онкологической заболеваемости Архангельской области формируют острые и хронические лейкозы, а также плазмоклеточные опухоли.

Цель исследования. Изучить эпидемиологию острых лейкозов (ОЛ), хронического миелолейкоза (ХМЛ), хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) и множественной миеломы (ММ) у взрослого населения трех крупных городов – Архангельска, Северодвинска и Новодвинска – за 15-летний период.

Материалы и методы. По данным Архангельского областного канцер-регистра изучена первичная заболеваемость лейкозами городского населения за период с 2009 по 2023 гг.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период среди взрослых жителей Архангельска, Северодвинска и Новодвинска зарегистрировано 180 случаев ОЛ (23,1%), 117 случаев ХМЛ (15,0%), 285 случаев ХЛЛ (36,5%) и 198 случаев ММ (25,4%). Первичная среднегодовая заболеваемость ОЛ в Архангельске составила 2,35 на 100 тыс., ХМЛ- 1,37 на 100 тыс., ХЛЛ- 3,96 на 100 тыс., ММ -2,29 на 100 тыс.населения. Первичная среднегодовая заболеваемость ОЛ в Северодвинске составила 1,32 на 100 тыс., ХМЛ- 1,32 на 100 тыс., ХЛЛ- 2,08 на 100 тыс., ММ -2,30 на 100 тыс. населения. Первичная среднегодовая заболеваемость ОЛ в Новодвинске составила 3,61 на 100 тыс., ХМЛ- 1,55 на 100 тыс., ХЛЛ- 3,63 на 100 тыс., ММ -2,58 на 100 тыс.населения. При сравнении показателей по трем городам наиболее высокая заболеваемость ОЛ, ХМЛ и ММ отмечена в Новодвинске (3,61; 1,55 и 2,58 соответственно), а ХЛЛ- в Архангельске (3,96). Средний показатель инцидентности лейкозов в трех крупных промышленных центрах Архангельской обла-

сти был выше, чем в среднем по области при ОЛ (2,11 на 100 тыс. против 1,92), ХМЛ (1,37 против 1,19), при ХЛЛ (3,34 против 3,02) и при ММ (2,82 против 2,41).

Выводы. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости острыми и хроническими лейкозами взрослого городского населения Архангельской области выше аналогичных среднегодовых региональных показателей. За исследуемый период зафиксирован рост уровня первичной заболеваемости всеми формами лейкозов.

ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ У ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РФ

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,
Архангельск

Цель исследования. Проанализировать данные о первичной заболеваемости хроническим миелолейкозом взрослого городского и сельского населения Архангельской области, входящей в состав Арктической зоны РФ.

Материалы и методы. При изучении Регистра лейкозов по Архангельской области, в который вошли взрослые больные старше 18 лет с острыми и хроническими лейкозами, проанализирована первичная заболеваемость хроническим миелолейкозом сельского населения Архангельской области по данным формы № 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» за 30 лет (с 1994 по 2023 гг.).

Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№ 003у и амбулаторных карт ф.№ 025у, запрошенных в лечебных учреждениях Архангельской области. Большинство онкогематологических больных наблюдались гематологами областной консультативной поликлиники

Результаты и обсуждение. В течение 30 лет среди взрослых жителей Архангельской области зарегистрировано 2412 случаев лейкозов, из них: острые лейкозы (ОЛ)- 873 (36,2%), хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – 778 (32,3%), хронический миелолейкоз – 396 (28,1%). На прочие нозологические формы (редкие миелолипролиферативные опухоли и лимфолипролиферативные лейкозы) приходилось 4,6%. По данным Регистра наибольшее количество больных лейкозами по всем районам области за 20 лет зарегистрировано в Вельском (108 чел) и Плесецком (147 чел) районах. Наиболее высокие уровни среднегодовой заболеваемости лейкозами взрослого населения по районам области отмечен в Мезенском районе (12,6 на 100 тыс. населения

района) и Шенкурском районе (10,67 на 100 тыс). Наибольшее количество больных лейкозами по городам области за 20 лет зарегистрировано в Архангельске (930 чел) и Северодвинске (405 чел)

Таким образом, наиболее высокий среднегодовой уровень заболеваемости лейкозами по районам области отмечен в Мезенском районе (12,6 на 100 тыс), а по городам области - в Архангельске (8,75). По городам области отмечено повышение уровня заболеваемости лейкозами в Архангельске (с 6,8 до 8,7 на 100 тыс), Северодвинске (7,1-9,5) и Коржме (2,3-9,4).

Диагноз хронического миелолейкоза был впервые установлен у 142 чел. с преобладанием среди них женщин -78 чел (54,9%). В возрасте старше 60 лет было 51 чел.(65,3%), а наибольшее количество больных зарегистрировано в возрастной группе 60-69 лет – 58 чел.(40,8%). 60 пациентов (42,3%) с ХМЛ были моложе 50 лет, из них у 28 больных (19,7%) диагноз был установлен в возрасте менее 40 лет. При ХМЛ наиболее высокий уровень первичной заболеваемости в г.Архангельске отмечен в возрастной группе 60-69 лет (4,42 на 100 тыс. населения). Среднегодовой показатель первичной заболеваемости при ХМЛ составил 1,29 на 100 тыс., что превышает среднегодовой показатель по всей области (0,93 на 100 тыс). Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости ХМЛ за время наблюдения отмечен в 2009 г. (3,39 на 100 тыс.). Уровень первичной заболеваемости повысился с 1,26 на 100 тыс. в 1993 г. до 3,29 на 100 тыс. в 2023 г.

Выводы. Показатели первичной среднегодовой заболеваемости ХМЛ соответствуют среднегодовым общероссийским показателям. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости ХМЛ взрослого населения г.Архангельска выше аналогичных среднегодовых региональных показателей. Обращает на себя внимание рост уровня первичной заболеваемости всеми формами лейкозов за исходный период.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКГ

**Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Бурханов Э.М.,
Бахтияров А.Р.**

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы достигнуты значительные успехи в области лечения системной склеродермии (ССД), но несмотря на это, выживаемость больных остается наиболее низкой среди всех системных заболеваний соединительной ткани. Так, по данным, многих исследований, 5- и 10-летняя выжи-

ваемость больных ССД варьирует в пределах 73-90 и 60-80% соответственно, а средняя продолжительность жизни после постановки диагноза составляет 12 лет. В структуре причин смерти больных ССД основное место занимают поражения сердца и легких. Нарушения ритма и проводимости сердца развиваются у большинства больных ССД. Хотя механизмы, лежащие в основе этих нарушений, не вполне ясны, именно поражение миокарда и фиброз рассматривают в качестве наиболее значимых аритмогенных факторов. Поражение сердца является неблагоприятным прогностическим признаком и ассоциируется с низкой выживаемостью больных ССД. При этом летальность вследствие поражения сердца сопоставима с частотой летальных исходов из-за поражения легких и составляет, по разным данным, от 20 до 36% всех смертей, причина которых непосредственно связана с ССД.

Цель. Определить частоту отдельных видов аритмий и нарушений проводимости сердца у больных ССД по данным электрокардиографии (ЭКГ) и оценить корреляции этих изменений с клиническими параметрами заболевания.

Материал и методы. В исследование были включены 70 больных ССД в возрасте от 24 до 69 лет, из них женщин – 67, мужчин – 3 больных и 60 сопоставимых с ними по полу и возрасту условно здоровых лиц, составивших контрольную группу. Большинство больных имели подострый вариант течения заболевания (85,7% пациентов) и среднюю степень активности (91,4% больных). Всем участникам исследования проводили общеклинические, биохимические лабораторные исследования и стандартную ЭКГ в покое.

Результаты. При стандартной ЭКГ у больных ССД нарушения ритма определялись в 80% случаев (у 56 больных), в том числе синусовая аритмия у 6 (10,7%) больных, синусовая тахикардия у 14 (25%) и экстрасистолия у 17 (30,3%), признаки блокады ножек пучка Гиса у 19 (34%) больных. В зависимости от локализации эктопического очага наджелудочковая экстрасистолия выявлена у 5 (29,4%), желудочковая – у 11 (64,7%) пациентов, в одном наблюдении (5,8%) отмечалось сочетание наджелудочковых и желудочковых экстрасистол. Анализ нарушения проводимости показал: неполная блокада левой ножки пучка Гиса у 3 больного (15,7%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 11 (57,9%) и блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса – у 5 больных (26,6%). Частота и выраженность аритмий сердца у больных ССД была достоверно больше, чем в контрольной группе.

Заключение. Таким образом, аритмии и нарушения проводимости являются частым и важным проявлением поражений сердца при ССД. Эти нарушения могут быть выражены в разной степени и способны стать причиной летального исхода. Раннее выявление угрожающих жизни желудочковых аритмий может стать ключевым условием для улучшения жизненного прогноза больных ССД.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Махкамова М.Н.

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение частоты поражения почек при системной красной волчанке у больных различных возрастных групп.

Материалы и методы. В исследование вошли 60 больных (мужчин – 8, женщин 52) с СКВ в возрасте от 18 до 69 лет, соответствовавшие критериям SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) 2012г. Средний возраст обследованных больных составлял $48,9 \pm 15,6$ лет. На момент обследования средняя длительность СКВ в годах составляла $6,8 \pm 3,5$. Пациенты распределены на шесть групп по наличию и тяжести поражения почек: без признаков почечного поражения, с минимальными изменениями (бессимптомная протеинурия/гематурия), с нефротическим синдромом, с нефритическим синдромом, с хронической болезнью почек и с симптоматической артериальной гипертензией. Всем пациентам проводилось стандартное обследование, включавшее оценку активности заболевания по индексу SLEDAI 2K (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index-2k).

Результаты и обсуждение. В исследование включены 60 пациентов с системной красной волчанкой. Почки без поражения у 5 (8,3%) человек, а минимальные изменения выявлены у 21 (35%) пациентов. Нефротический синдром диагностирован у 8 (13,3%) больных, а нефритический синдром – у 13 (21,7%). Хроническая болезнь почек (ХБП) отмечена у 3 (5%) пациентов. Симптоматическая артериальная гипертензия (САГ) на фоне поражения почек выявлена у 10 (16,7%) человек.

Выводы. У пациентов с системной красной волчанкой поражение почек выявлено в 91,7% случаев, наиболее частым вариантом является минимальные изменения – 35% и нефритический синдром – 21,7%. Симптоматическая артериальная гипертензия (САГ) наблюдается у 16,7% пациентов и ассоциируется с более выраженной протеинурией. Эти данные подтверждают важность контроля артериального давления для предотвращения прогрессирования почечной недостаточности, что требует своевременной диагностики, коррекции факторов риска и подбора адекватной терапии.



РИСК РАЗВИТИЯ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА

Иванов В.С., Ведмецкая А.М., Иванов С.Н.,
Думбадзе Р.Д., Киселева Е.С., Смирнов В.В.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить риск развития внезапной сердечной смерти (ВСС) у пациентов без структурных заболеваний сердца.

Материалы и методы. Проведен анализ статей, обзоров и исследований научной литературы по указанной проблематике.

Результаты и обсуждение. При изучении ЭКГ у здоровых лиц среднего возраста без сердечно-сосудистых заболеваний, было отмечено, что прогностической значимостью обладают не все патологические находки на ЭКГ [1]. Угол QRST 100 град. и более, признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) и ранняя реполяризация (ER) $>0,2$ мВ имеют самую высокую прогностическую ценность для определения ВСС. По данным исследования установлено, что $QRS > 110$ мс, пространственный и фронтальный угол QRS-T, рассчитанный с помощью векторкардиографии деполяризации и реполяризации являются значимыми маркерами риска ВСС в течение 10 лет. Удлиненный корригированный интервал QT, рассчитанный по формуле Базетта, напротив, не показал диагностической важности. В исследовании, опубликованном в Европейском журнале сердечной недостаточности, указывалось, что некоторые желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) приводят к нарушению гемодинамики [8]. Вызывают повышение давления заклинивания легочных артерий, что приводит к увеличению давления в правом предсердии, количества натрийуретического пептида (BNP), конечного диастолического давления в ЛЖ и дальнейшему ухудшению функции ЛЖ. Выявлено 2 показателя ЭКГ, характеризующих нарушение гемодинамики: интервал сцепления <500 мс и интервал между ЖЭС и следующим за ним зубцом P <300 мс [3]. После проведения пациентам абляции все эхокардиографические показатели в этой группе улучшились, снизился уровень BNP. Данные параметры могут быть использованы для выявления пациентов, которым следует рассмотреть вопрос о катетерной абляции, что является так же актуальной проблемой [2]. Однако требуется проведение дополнительных исследований для выявления потенциально уязвимой подгруппы пациентов с ЖЭС. Отмечается, что выявление ЖЭС у пациентов с нейроциркуляторной дистонией, вызванной механизмами ранней постдеполяризации и re-entry, является предиктором развития ИБС и гипертонической болезни (ГБ) [5, 9, 10]. При

назначении препаратов III класса для устранения ЖЭС и/или развитии неустойчивой ЖТ риск развития ИБС увеличивался [6]. Группа ученых из Института клинической медицины Университета ОУЛУ обследовала здоровых спортсменов. Было установлено, что субъекты с ER и горизонтальными/нисходящими сегментами ST имели более высокий риск внезапной аритмической смерти, чем субъекты без ER. Высокая амплитуда подъема точки J еще больше увеличивала риск ВСС. У пациентов же с ER и быстро восходящим/восходящим сегментом ST не было зафиксировано повышенного риска смерти вследствие аритмии [4].

Выводы. Проведенный анализ показал, что выполненные в течение последних лет исследования, доказывают диагностическую значимость выявления желудочковых аритмий у лиц без сердечно-сосудистых заболеваний для прогнозирования развития кардиоваскулярной патологии и внезапной сердечной смерти [7]. Выявлены предикторы развития сердечной патологии, на которые следует обратить внимание. Сделан вывод о незаменимости метода электрокардиографии для определения групп повышенного риска. Желудочковую экстрасистолию, вызванную механизмами ранней постдеполяризации и re-entry, можно рассматривать как предиктор развития ИБС и ГБ. Также в качестве предикторов можно считать паттерн ранней реполяризации желудочков с определением его морфологии и амплитуды подъема точки J; длительность комплекса QRS; гипертрофию левого желудочка; пространственный и фронтальный угол QRS-T, рассчитанный с помощью векторкардиографии деполяризации и реполяризации; инверсию зубца T. Интервал сцепления <500 мс и интервал между ЖЭС и следующим за ним зубцом P <300 мс, использовать для оценки гемодинамической значимости ЖЭС. Необходимы дополнительные исследования с длительным сроком наблюдения для подтверждения найденных данных, а так же определения значимости факторов риска, наличия вредных привычек и образа жизни.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

Игнатенко Е.А.

Республиканская больница,
Петрозаводск

Введение. Муковисцидоз (МВ) – одно из наиболее распространенных наследственных заболеваний человека, которое развивается в результате мутации в гене CFTR, расположенном в хромосоме 7. МВ – мультисистемное заболевание, при этом патология дыхательных путей является главной причиной осложнений и летальности. Поражение бронхолегочной

системы вследствие накопления вязкого инфицированного секрета, вызывающего обструкцию и выраженную воспалительную реакцию, ведет к повреждению дыхательных путей и неуклонному ухудшению функции легких и, в итоге к дыхательной недостаточности [1, 2]. Несмотря на развитие молекулярно-генетических методов и возможности неонатального скрининга, нередко возникают сложности в своевременной диагностике МВ и назначении лечения таким пациентам, что необходимо для предотвращения последующих осложнений. На данный момент на 9000 новорожденных встречается 1 ребенок, больной МВ [1]. Так, в Республике Карелия диагноз поставлен 32 пациентам, 14 из которых – дети. Ежегодно благодаря скринингу в республике диагностируется 1-2 случая муковисцидоза у новорожденных.

Цель. Изучение, анализ этиологии и клинических особенностей МВ в Республике Карелия с использованием Регистров пациентов ГБУЗ «Республиканская больница им. В. А. Баранова» и ГБУЗ «Детская республиканская больница».

Материалы и методы. В работе использовались стандартные методы изучения этиологии и патогенеза наследственных заболеваний по данным клинических Регистров пациентов ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» и ГБУЗ РК «Детская республиканская больница». Обработка данных проводилась на Уникальной научной установке ПетрГУ «Многокомпонентный программно-аппаратный комплекс для автоматизированного сбора, хранения, разметки научно-исследовательских и клинических биомедицинских данных, их унификации и анализа на базе ЦОД с использованием технологий искусственного интеллекта и предиктивной аналитики для дальнейшего внедрения в научно-исследовательскую и образовательную деятельность, практическую медицину и реальную клиническую практику» (<https://ckp-rf.ru/catalog/usu/2075518/>).

Результаты. В группу для изучения были отобраны нетипичные случаи обнаружения МВ, которые сравнивали по вариантам диагностики, течения заболевания, лечения и исхода. Особое внимание уделяли случаям с необычным гетерозиготным типом мутации, отличающимся ответом на используемую терапию. Первый случай: пациентка 2002 года рождения с генетической мутацией по муковисцидозу *delF508/delT2143* (впервые диагноз МВ поставлен в 2006 году) в 2021 году была госпитализирована в пульмонологическое отделение ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» в связи с ухудшением состояния и диагнозом – муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение, хронический обструктивный бронхит тяжелой степени, высокий риск обострений, дыхательная недостаточность 1 ст. До госпитализации на протяжении 15 лет имели место частые рецидивирующие бронхиты, назначалась муколитическая терапия для профилактики осложнений. В марте 2022 года в больнице Санкт-Петербурга ей была назначена таргетная

терапия (Трикафта), на фоне которой пациентка стала чувствовать себя лучше. 11.11.2022 отмечено ухудшение, после интубации и ИВЛ была добавлена терапия Дорназой Альфа. Однако пациентке стало лучше после добавления к терапии Плаксила и Пароксетина. После контакта с больным ОРВИ состояние ухудшилось. В анамнезе от 8.12.2022 С-реактивный белок 259 мг/л, отрицательная рентгенологическая динамика. В легких очаги поражений продолжали нарастать, лабораторные показатели ухудшались. Несмотря на проведенную терапию, 12.12.2022 пациентка скончалась.

Второй случай характеризуется своей уникальностью в силу неординарности мутации: мальчик, 9 лет с генетической мутацией *3944delGT/S1455X* (диагноз МВ поставлен в 4 года (2019 год), установлен со второго раза). С момента диагностирования основного заболевания получал Дорназу, муколитическую и ингаляционную терапию. Несмотря на это, по данным истории болезни, были частые ухудшения самочувствия, сопровождающиеся одышкой, кашлем, нарушением носового дыхания. В январе 2024 года сделано контрольное СКТ, по заключению которого были выявлены очаговые изменения в легких (интерстициального характера), признаками лимфаденопатии. В феврале 2024 года назначена таргетная терапия. С этого момента по результатам обязательного контроля по поводу таргетной терапии наблюдаются улучшение лабораторных показателей, повышение функции легких, снижение частоты обострений и респираторных заболеваний, снижение показателя потовой пробы, что является основным показателем эффективности терапии.

Выводы. Проведенное исследование показало, что муковисцидоз в настоящее время можно рассматривать не только как генетическое заболевание, но и как одну из нерешенных проблем пульмонологии. Своевременная диагностика и наличие чувствительного к таргетной терапии генотипа являются настоящим спасением для пациентов. У них появляется возможность жить практически полноценной жизнью, в которой достаточно редким явлением могут быть одышка, рецидивы и осложнения. Конечно, проблема ранней диагностики МВ и начала эффективного лечения заболевания существует в каждом регионе. Помимо этого можно перечислить много причин, препятствующих ведению и разработке системы контроля таких пациентов. Но, если этого не сделать вовремя, то даже новейшая таргетная терапия не будет эффективна в борьбе с деструктивными изменениями, которые могут привести к развитию тяжелой легочной недостаточности. Далеко не все врачи знают, что при лечении таргетными препаратами возникает риск развития нежелательных побочных эффектов и осложнений, которые часто могут быть временными. Поэтому информирование врачебного сообщества о новых методах диагностики, течении МВ и способах лечения данного заболевания должно быть всесторонним и своевременным.

ОЦЕНКА ДИНАМИЧЕСКОГО (ДИСПАНСЕРНОГО) НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кадырова Д.А.¹, Хакимова Ш.Н.²

¹Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино,

²Городской центр здоровья №10,
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Оценка динамического (диспансерного) наблюдения пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Проводилась оценка мероприятий по диспансеризации 60 человек в возрасте от 40 до 60 лет с АГ (мужчины 38 (63,3%) и женщины 22 (36,7%)) в Государственном учреждении городского центра здоровья (ГУ ЦЗ) №№2 и 10 г. Душанбе. Были проанализирована медицинская документация Городского центра здоровья и пациенты, находившиеся на диспансерном учете, прошли анкетирование после письменного согласия. Опросник содержал вопросы касательно диспансерного наблюдения пациентов.

Результаты и обсуждение. Анализ частоты обращаемости пациентов с АГ за анализируемый период (2021-2022 гг.) показал, что количество посещений от одного до 3-х раз к семейному врачу регистрировалось из 60 у 19 (31,6%) пациентов. 26 (43,4%) пациентов не разу не обратились к семейному врачу за год. 15 (25,0%) пациентов с АГ обратились к семейному врачу всего лишь один раз за анализируемый период. К кардиологу обратились всего лишь 31 (51,7%) пациентов от общего количества пациентов за данный период. Следует отметить, что несоблюдения сроков диспансерного наблюдения не всегда зависело от приверженности пациента. Так анализ амбулаторных карт пациентов с АГ показал, что в большинстве случаев (75,3%) врачи не планировали последующие визиты пациентов для оценки переносимости и эффективности препаратов и контроля достижения целевого уровня АД, а также контроля за выполнением полученных рекомендаций. Анализ частоты проведения диспансерных мероприятий пациентам с АГ показал, что только 54,5% человек выполнили рекомендуемые лабораторно-инструментальные методы исследования. При этом необходимо отметить, что лабораторные методы исследования рекомендуется проводить всем пациентам с АГ не менее 1 раза в год. Электрокардиографическое исследование пациентам с АГ проводилось в 64,7% случаев. Ультразвуковое исследование почек было выполнено лишь в 19,9% случаев, эхокардиография – 7,8%.

Результаты исследования показали, что динамическое, диспансерное наблюдение в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) про-

водятся не полностью и не могут быть эффективными. По утверждению большинства исследований динамическое наблюдение – чрезвычайно важная составляющая медицинской помощи пациентам с АГ, задачами которого являются: поддержание целевых уровней АД, контроль выполнения врачебных рекомендаций по коррекции факторов риска, контроль за соблюдением режима приема гипотензивных препаратов, оценка состояния органов-мишеней.

Вывод. Для профилактики прогрессирования заболевания и осложнений АГ в амбулаторных условиях следует проводить диспансерный учет и наблюдение всех пациентов в полном соответствии с разработанными нормативными документами для учреждений ПМСП.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кадырова Д.А.¹, Хакимова Ш.Н.²

¹Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино,

²Городской центр здоровья №10,
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить фактор риска (ФР) сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у пациентов молодого возраста с артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В данном исследовании изучили ФР ССО у 67 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет, из них мужчин 33 (49,2%) и 34 (50,8%) женщин с АГ в Государственном учреждении городского центра здоровья № 10 г. Душанбе. Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска достаточно проста и доступна. Для этого необходимо иметь шкалу SCORE, а также данные о пациенте: пол, возраст, статус курения, систолическое АД (мм рт. ст.), уровень общего ХС (ммоль/л или мг/дл). Шкала охватывает возрастной диапазон от 40 до 65 лет. Поскольку модель SCORE предсказывает только смертельный риск, порог высокого риска определен как превышающий 5% за 10 лет. Интерпретация шкалы SCORE: <1% расценивается как низкий риск (НР), ≥ 1 <5% – умеренный риск (УР), ≥ 5 и <10 – высокий риск (ВР) и ≥ 10% – очень высокий риск (ОВР). Согласно международным стандартам для людей 39 лет и моложе рекомендуется пользоваться Шкалой относительного риска.

Результаты и обсуждение. Из 67 пациентов 15 (22,4%) находились в возрастной группе от 40 до 44 лет. Среднее значение показателя ССР у них составило 5,52 ± 4,69, Ме значения – 4,47. Существенная разница данного показателя у мужчин и женщин не выявлено. Распределение пациентов по уровню ССР

показало, что наибольшее количество пациентов – 8 (53,3%) – имеют УР. В 6,8% случаев пациенты имеют НР по шкале SCORE. Пациенты ВР и ОВР составили 4 (26,6%) и 2 (13,3%) соответственно.

52 (77,5%) пациенты с АГ молодого возраста находились в возрастной группе от 18 до 39 лет. Для этой возрастной группы пациентов, для расчета ССР использовали Шкалу относительного риска ССР. Результаты исследования показали, что у 34 (65,3%) мужчин с АГ молодого возраста с 18 до 39 лет по шкале SCORE с экстраполяцией риска на возраст 60 лет, определен высокий десятилетний фатальный риск (5,32%). У женщин этой возрастной группы определен низкий сердечно-сосудистый риск (менее 5%).

При нормальном артериальном давлении (АД), как и при более высоких степенях АГ, риск ССО может варьировать от незначительного до высокого в зависимости от наличия или отсутствия ФР, поражения органов-мишеней и/или сопутствующих заболеваний.

Таким образом, в возрастной группе пациентов от 18 до 39 лет у мужчин с АГ молодого возраста по шкале SCORE с экстраполяцией риска на возраст 60 лет определен высокий десятилетний фатальный риск (5,32%). У женщин этой возрастной группы определен низкий сердечно-сосудистый риск (менее 5%). В возрастной группе от 40 до 44 лет значение показателя ССР составил $5,52 \pm 4,69$, Ме значения – 4,47. Наибольшее количество пациентов этой группы имеют умеренный ССР.

Выводы. Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска с использованием шкалы SCORE достаточно проста и доступна в амбулаторных условиях. Учитывая высокий риск развития ССО у пациентов молодого возраста с АГ, следует использовать данную методику для прогнозирования и профилактики осложнений заболевания.

ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ ФИБРОЗА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ПЕРЕНОСИВШИХ COVID-19

Карпова И.С.¹, Ванкович Е.А.¹, Боровая Т.В.²

¹Республиканский научно-практический
центр Кардиология РБ,

²Белорусский государственный медицинский
университет,
Минск, Беларусь

Перенесенный COVID-19 характеризуется развитием в отдаленном периоде патологических изменений в миокарде в виде структурного ремоделирования

миокарда и фиброза. В основе фиброза лежат патологические изменения в экстрацеллюлярном матриксе и коронарной микроциркуляции. Целью исследования явилась оценка динамики выраженности фиброза миокарда по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 135 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом: лица, перенесшие коронавирусную инфекцию COVID-19 – 85 человек (I группа) (65,0 (62,0; 71,0) лет) и лица, не переносившие инфекцию – 50 человек (II группа) (67,9 (65,0; 72,0) лет). Данные исследований сравнивались с показателями этих пациентов в доковидном периоде (2017-2018 г.г.), имевшиеся в базе данных. МРТ исследование осуществлялось на высокопольном магнитно-резонансном томографе Siemens Magneto Aera с индукцией магнитного поля 1.5 Т. МРТ сердца дополнялась оценкой выраженности фиброза миокарда левого желудочка (ЛЖ) методом магнитно-резонансной T1-релаксометрии (T1-mapping) с определением фракции внеклеточного объема (ECV). Дополнительно в миокарде определялась объемная фракция интерстициального коллагена (ОФИК). Ее оценка осуществлялась с применением методики косвенной оценки с помощью амплитудного анализа основных зубцов электрокардиограммы (ЭКГ) покоя в 12 отведениях и массы миокарда ЛЖ, рассчитанной по формуле, предложенной J.Shirani в результате сопоставления данных прижизненной эндомиокардиальной биопсии с данными электрокардиограммы и эхокардиографии. Суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) по Холтеру проводилось с трехканальной записью с использованием аппарата «Кардиан».

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики с использованием t критерия Стьюдента с помощью пакета программ STATISTICA 7.0.

Результаты и обсуждение. МРТ сердца у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом включало определение фракции внеклеточного объема (ECV). Фракция внеклеточного объема исходно не отличалась между группами. Однако, в группе пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, этот показатель достоверно возрос до 31,7 (23,3; 28,7) % в сравнении с доковидным периодом (25,2 (23,8; 27,4) % ($p=0,00000$)) и оказался выше референсных значений в постковидном периоде у 1/4 лиц, в то время как в группе пациентов, не переносивших коронавирусную инфекцию, объем фракции внеклеточного объема оставался на прежнем уровне и был выше референсных значений лишь у 8,33% пациентов. Показатель ECV при МРТ по сути является биомаркером фиброза миокарда. Увеличение степени фиброза миокарда после коронавирусной инфекции свидетельствует о повреждении миокарда и увеличении в нем зоны соединительной рубцовой ткани. Одним из показателей, характеризующих дегенерацию коллагеновой ткани в

миокарде с развитием интерстициального фиброза является показатель объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК). В обеих группах пациентов этот показатель был значительно повышен (в I группе 42,7 (30,3; 54,9), во II – 47,7 (33,0; 67,6) (2%-6% в норме) и исходно не отличался между группами. Если показатель ОФИК в I группе пациентов после коронавирусной инфекции повысился на 11 %, то во II группе не претерпел изменений. Очевидно, что рост объемной фракции интерстициального коллагена приводит к увеличению пассивной жесткости миокарда. В то же время более выраженный интерстициальный фиброз миокарда может определять аритмии и дальнейшее прогрессирование ХСН. Рост фиброза миокарда после коронавирусной инфекции по данным МРТ проявился увеличением структурно-функциональных нарушений сердца. Так, у пациентов после COVID-19 была достоверно снижена фракция выброса (ФВ) ЛЖ (52,7%) и ФВ правого желудочка (ПЖ) (52,7 (46,0%)) в сравнении с группой лиц, не переносивших COVID-19 ($p=0,00000$ и $p=0,004$, соответственно). Причем, последняя достоверно снизилась, в сравнении с показателями до COVID-19 ($p=0,046$). Анализ размеров правых отделов сердца у пациентов I группы выявил тенденцию к удлинению правого предсердия, в сравнении с пациентами, не болевшими коронавирусной инфекцией, а также достоверно более значимые систоло-диастолические размеры ПЖ ($p=0,03$ и $p=0,0002$, соответственно). Наряду с этим, у пациентов, перенесших COVID-19, по данным МРТ наблюдались достоверно меньшие ударный объем и сердечный выброс ПЖ в сравнении с пациентами II группы и исходными (доковидными) результатами. По данным СМЭКГ, в группе пациентов после перенесенной COVID-19 отмечалось достоверно больше одиночных желудочковых экстрасистол ($p=0,000000$), а желудочковые экстрасистолы в виде куплетов встречались в 29,0% случаев, в то время как во II группе – только у единичных пациентов.

Выводы. Перенесенная коронавирусная инфекция у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом проявилась увеличением размеров зон фиброза миокарда, прогрессированием сердечной недостаточности и учащением желудочковых аритмий.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Касимова М.Б., Ешмурзаев А.Т.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Язвенная болезнь представляет собой социально значимое хроническое заболевание, поражающее человека в любом возрасте. При регулярных обострениях ЯБ сопровождается болевым, диспепсическим синдро-

мами, невротизацией и астенизацией личности, что обуславливает ухудшение качества жизни.

Цель исследования. Изучить качество жизни пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Исследование проведено в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. В исследовании участвовало 120 больных с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в возрасте от 20 до 40 лет, из них 21 пациент с ЯБЖ и 99 пациентов с ЯБ ДПК. Критериями исключения из исследования являлись: возраст моложе 18 и старше 60 лет; наличие психических заболеваний; указание в анамнезе на прием в течение последних 3-х месяцев нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов и др.; хирургическое лечение с выполнением резекции желудка, гастрэктомии, ваготомии. Всем пациентам было проведено исследование клинических проявлений и лабораторно-инструментальных показателей. Пациенты с ЯБЖ и ЯБ ДПК получали стандартную 10-дневную эрадикационную терапию: омепразол по 20 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки. Для изучения качества жизни использовали опросник MOS SF-36, рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения для изучения всех компонентов качества жизни (КЖ) и являющийся наиболее распространенным в клинических исследованиях. Содержащиеся в опроснике 36 пунктов сгруппированы в 8 шкал, представляющих собой составные характеристики здоровья, включающие функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные ощущения, положительные и отрицательные эмоции общего состояния здоровья. Физический суммарный компонент здоровья включает в себя показатели: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ). Психический суммарный компонент здоровья в совокупности определяет также ряд показателей: жизнеспособность (Ж), социальное и ролевое эмоциональное функционирование (СФ и РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). По каждой из 8 шкал анализировались средние показатели. Результаты представляются в виде баллов (0-100).

Результаты и обсуждение. Анализ КЖ пациентов проводился по опроснику MOS SF-36 до лечения, через 14 дней после начала лечения и через 1, 6 и 12 месяцев после окончания лечения. При анализе показателей результаты ниже 70 баллов расценивались как снижение качества жизни. Полученные данные свидетельствуют о том, что у исследуемых пациентов до лечения прослеживаются низкие показатели качества жизни по всем шкалам опросника MOS SF-36. Так, значительные изменения выявлены в физическом компоненте здоровья – снижены показатели ФФ $41,12 \pm 0,082$ балла. Также выявлено снижение уровня РФФ – $38,12 \pm 0,08$ балла. Показатель «интенсивности боли» составил $41,48 \pm 0,081$ балла. Показатель «субъективной оценки общего состояния

здоровья» составил $38,48 \pm 0,085$ балла. Также выявлены значительные изменения в психологическом компоненте здоровья. Наиболее выраженные изменения отмечены по шкале ПЗ – $31,04 \pm 0,081$ балла, изменения по шкале Ж – показатель настроения, энергичности, жизненных сил у больных – $37,49 \pm 0,078$ балла. Средний показатель РЭФ составил $38,08 \pm 0,081$ балла. Показатели «социальной активности» больных также снижены – $35,08 \pm 0,081$. Эти данные свидетельствуют о значительной редукции социальной активности пациентов ЯБЖ и ДПК. При сравнении КЖ больных до лечения, через 14 дней, 1 месяц и при динамическом наблюдении через 6 и 12 месяцев было выявлено значительное улучшение КЖ по всем шкалам опросника MOS SF-36. Так, в среднем показатель ФФ повысился через 14 дней после лечения на 2,85 балла; через 1 месяц после лечения на 35,3; через 6 месяцев на 34,04; через 12 месяцев на 34,03. За период наблюдения отмечалось также улучшение КЖ по шкале РФФ – на 12,09; 30,07; 31,75; 33,03. Показатель шкалы «болевого синдром» улучшился на 5,07; 31,13; 33,38; 34,14. Субъективная оценка «общего состояния здоровья» исследуемых больных через 14 дней после лечения повысилась на 0,91; через 1 месяц на 27,08; через 6 месяцев на 28,22; через 12 месяцев на 29,43 балла. Показатель Ж у обследованных больных в период динамического наблюдения улучшился на 10,21; 31,38; 33,15; 34,34 балла. Данные шкалы СФ за период исследования повысились на 7,95; 44,16; 46,09; 47,13. Качество жизни по шкале РЭФ улучшилось через 14 дней после лечения на 9,83; через 1 месяц – на 37,22; через 6 месяцев – на 39,07; через 12 месяцев – на 40,17. Показатель ПЗ в группе наблюдения улучшился на 5,98; 39,37; 41,05; 42,02 балла.

Заключение. Применение своевременного противорецидивного лечения, качественной эрадикационной терапии значительно улучшают качество жизни пациентов по всем показателям в отдаленные периоды.

СТРУКТУРА ВНЕСКЕЛЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Касимова М.Б., Хабибуллаева Ш.М.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Прогноз анкилозирующего спондилита (АС) определяется поражением не только опорно-двигательного аппарата, но и поражением других органов – внескелетными проявлениями (ВП), к которым относятся поражение глаз, сердца, кишечника, кожи, почек. Показано, что какое-либо из ВП выявляется почти у 42% больных АС, а увеит и кардиальная патология считаются факторами неблагоприятного прогноза и инвалидизации пациентов с АС.

Цель. Проанализировать структуру внескелетных проявлений у больных анкилозирующим спондилитом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней и амбулаторных карт больных АС, находившихся на диспансерном наблюдении в Республиканском ревматологическом центре минздрава Республики Узбекистан. В исследование включено истории болезней и амбулаторные карты 150 больных АС, удовлетворяющих модифицированным Нью-Йоркским классификационным критериям заболевания 1984 г. Среди обследованных пациентов 89,6% составили мужчины, 10,4% – женщины. Возраст начала заболевания больных варьировал от 3 до 49 лет, длительность заболевания на момент включения в исследование колебалась от 18 до 30 лет.

В качестве ВП учитывались увеит, поражение сердца, воспалительное заболевание кишечника (ВЗК), нефрит, псориаз, сочетание двух и более ВП. Также учитывалось сочетание периферического артрита с ВП.

Результаты и обсуждение. ВП выявлены у 77 из 150 пациентов (51,3%). У 25 (32,5%) был увеит, у 6 из них увеит протекал с частыми рецидивами: три и более обострений в год; 23 (30%) пациент имел осложнения увеита с нарушением зрения. Нарушение проводимости сердца было выявлено у 12 (15,6%) больного. Изменения аорты и клапанов сердца обнаружены у 31 (40,2%) пациента, в том числе изменения корня аорты – у 28 (36,3%), утолщение створок аортального или митрального клапанов – у 26 (33,8%). Нефрит выявлен у 4 (5,2%) больных, у 2 из них была ХБП II и III стадии. Псориаз был у 3 (3,9%) пациентов, из них у 1 – тяжелые формы псориаза (BSA >10%). ВЗК диагностировано у 2 (2,6%) – у 1 пациента язвенный колит и у 1 – болезнь Крона тяжелого течения. У 29 (37,7%) пациентов отмечено сочетание двух и более ВП, наиболее часто – увеита и поражения сердца.

Выводы. При АС ВП встречаются часто. В структуре ВП преобладали увеит и поражение сердца – нарушение проводимости, изменения аорты и клапанов сердца. Другие ВП, как псориаз, ВЗК и нефрит наблюдались реже. ВП имеют тенденцию к сочетанию у одного пациента. Наиболее частым было сочетание увеита и поражения сердца. У пациентов с ВП достоверно чаще выявлялся периферический артрит по сравнению с группой без ВП.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Касимова М.Б., Ахмедова Н.А., Мухаматов Р.Н.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Своевременная диагностика хронических заболеваний печени, в том числе неалкогольной жировой бо-

лезни печени (НАЖБП) является одной из актуальных проблемы в клинической гепатологии. НАЖБП может быть как проявлением различных заболеваний, так и самостоятельной патологией. Согласно многоцентровым исследованиям, у более, чем 95% лиц с НАЖБП (любой стадии), заболевание не диагностировано.

Цель. Изучить особенности клинической картины у больных неалкогольной жировой болезнью печени.

Материалы и методы. Исследование проводилось в гепато-билиарном отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование были включены 75 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет, среди них было 19 (25,3%) мужчин и 56 (74,7%) женщин. Средний возраст пациентов составил $41 \pm 1,24$. Всем пациентам было проведено: сбор жалоб и анамнеза с оценкой факторов риска, объективный осмотр, клинико-биохимические лабораторные исследования, УЗИ печени и желчевыводящих путей, доплерография портальной и селезеночной вены, эластография печени. Критериями исключения были: употребление алкоголя более 30–40 г в сутки, прием лекарственных препаратов, вирусные гепатиты, аутоиммунные заболевания печени, цирроз печени, заболевания желчевыводящих путей, беременность и лактация.

Результаты и обсуждение. Почти у всех больных были жалобы на слабость, вялость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, метеозависимость, частые головные боли умеренной интенсивности, головокружение, эмоциональная лабильность. 38 больных предъявляли жалобы также на тяжесть, чувство дискомфорта, распирания в области правого подреберья различной интенсивности и 20 больных – на диспепсический синдром. У 26 (35,7%) пациентов отмечалось ожирение I-й степени, у 18 пациентов (24%) – ожирение II степени и у 12 пациентов (16%) – III степени. Нормальный индекс массы тела был отмечен лишь у 18 пациентов, что составило 24%. По данным УЗИ у пациентов с НАЖБП было отмечено увеличение преимущественно правой доли печени ($139,21 \pm 11,95$ см). По результатам УЗИ у 29 пациентов отмечался жировой гепатоз I степени, у 25 пациента жировой гепатоз II степени, у 21 пациента жировой гепатоз III степени. У 6 пациентов с I степенью НАЖБП, у 4 пациентов со II степенью и у 9 больных с III степенью отмечены конкременты в желчном пузыре. По международной классификации METAVIR F0 выявлена у 13 больных (17,3%), F1 выявлена у 19 (25,3%) больных, F2 у 30 (40%), F3 у 13 (17,3%) больных. Показатели жесткости печени у пациентов с НАЖБП были сочетаны с возрастом, наличием сахарного диабета 2-го типа, которые являлись факторами риска возникновения НАЖБП и биохимическими показателями (холестерин, глюкоза, АСТ, АЛТ, билирубин). Исследование показало высокую чувствительность (93,2%), специфичность (83,4%) и диагностическую точность (98,4%) эластографии в определении стадии развития гепатозов.

Выводы. Таким образом, использование эластографии в комплексе с лабораторными показателями

имеет важное значение. Эластография позволяет улучшить диагностику заболевания и своевременно начать патогенетическую терапию, способствует оценить эффективность лечения НАЖБП и сохранению качества жизни пациентов.

ВАРУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ – ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Стребкова Е.А.,
Савушкина Н.М., Шарапова Е.П.,
Алексеева Л.И., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить взаимосвязь варусной деформации коленных суставов (КС) с риском прогрессирования остеоартрита (ОА) в пятилетнем проспективном наблюдении.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 52 женщины с первичным ОА КС (в соответствии критериям ACR), с длительностью заболевания до 5 лет (средний возраст $59,11 \pm 8,95$ лет, со средней длительностью заболевания $3,46 \pm 1,32$ лет, подписавшие информированное согласие. Пациенты были обследованы дважды с интервалом в 5 лет, данные заносились в специально разработанную карту, включающую анамнестические, антропометрические и клинические данные, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, стандартную рентгенографию, УЗИ и МРТ КС. Первоначально из 52 больных у 22 (42,3%) была I стадия заболевания, у 24 (46,2%) – II стадия, у 6 (11,5%) – III стадия ОА по классификации Kellgren & Lawrence.

Результаты. Через 5 лет наблюдения прогрессирование ОА КС (увеличение рентгенологической стадии) было отмечено у 14 больных, у 38 – стадия ОА не изменилась. Пациенты в обеих группах были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания. Однако у больных в группе с прогрессированием ОА отмечалась более интенсивная боль в КС при ходьбе $60,36 \pm 18,33$ против $48,71 \pm 17,81$, $p=0,043$ (мм), более высокий ИМТ $34,45 \pm 4,60$ против $28,92 \pm 4,92$, $p=0,001$ (кг/м²) и чаще выявлялась варусная деформация КС 28,6% против 5,3%, $p=0,02$. При УЗИ – чаще определялся синовит 57,1% против 18,4%, $p=0,006$, при МРТ – чаще был выявлен отек костного мозга в медиальных отделах большеберцовой кости 64,3% против 13,2%, $p=0,001$ по сравнению с больными без прогрессирования ОА. При повторном обследовании через пять лет статистически значимые различия между группами сохранились. С помощью дискриминантного анализа были выделены основные факторы риска прогрессирования ОА КС: варусная деформация КС, синовит, отек костного мозга, а

прием комбинированной терапии хондроитина сульфата (ХС) и глюкозамина (Г) более 6 месяцев в год в течение 5 лет был выделен как фактор снижающий риск прогрессирования заболевания. На основании выделенных факторов и их коэффициентов была создана модель, позволяющая с высокой точностью (площадь под ROC-кривой составила – 0,93) прогнозировать течение заболевания у конкретного больного. Чувствительность модели – 78,6%, специфичность – 84,2%.

Заключение. Варусная деформация, синовит, отек костного мозга – основные факторы риска, обуславливающие прогрессирование ОА КС у больных с длительностью заболевания до 5 лет. Позитивное влияние на риск рентгенологического прогрессирования оказывал длительный прием комбинации ХС и Г.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ

Климова Т.С., Овсянников Е.С.,
Дробышева Е.С., Гречкин В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Оценить качество жизни пациентов с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе БУЗ ВО ВОКБ №1, БУЗ ВО ВГКП №1. В исследовании приняли участие 60 пациентов с внебольничной пневмонией. Группу 1 составили 20 больных с тяжелой внебольничной пневмонией (9 женщин и 11 мужчин, средний возраст $63,28 \pm 6,42$ лет), группу 2 – 20 больных пневмонией средней степени тяжести (8 женщин и 12 мужчин, средний возраст $55,73 \pm 8,62$ лет), группу 3 – 20 больных пневмонией легкой степени тяжести (2 женщины и 18 мужчин, средний возраст $46 \pm 6,85$ лет). Диагноз верифицировали согласно клиническим рекомендациям РФ по лечению пациентов с внебольничной пневмонией. Для оценки качества жизни больных использовался опросник SF-36. Статистическая обработка данных выполнена в пакете программ Statgraphics 19, значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Проанализировав результаты опросника SF-36 было выявлено, что качество жизни пациентов с внебольничной пневмонией на достаточно низком уровне. У больных с тяжелой пневмонией в равной степени были снижены показатели ролевого функционирования (РФ – 21 [18,1;29,2], ФФ – 26,1 [25,2;32,3] и показатели, относящиеся к психологическому компоненту здоровья: СФ – 35,5 [35;37], ПЗ – 35 [30;35,5]. У пациентов с пневмонией средней степени тяжести показатели ролевого функционирования также были снижены: РФ – 40 [40;45], ФФ – 30 [25;32,5], а также показатели психологического здоровья: СФ –

20 [15,0;22,5], ПЗ – 45 [42,5;50]. У больных с пневмонией легкой степени тяжести показатели ролевого функционирования составили: РФ – 60 [55;60], ФФ – 55 [50;57,5], показатели психологического здоровья: СФ – 20 [17,4;20], ПЗ – 45 [40;50]. Все показатели SF-36 были значительно хуже у пациентов группы 1, причем во всех случаях различия были статистически достоверными.

Выводы. Исходя из полученных результатов исследования, было выяснено, что пневмония ухудшает качество жизни больных, оказывая влияние на все сферы жизнедеятельности – физическое, эмоциональное, ролевое, психологическое, социальное функционирование. При этом качество жизни больных с тяжелой внебольничной пневмонией значительно снижалось по всем показателям в активной фазе заболевания: в большей степени страдало ролевое функционирование (РФ и ФФ), а показатели физического здоровья в целом были хуже, чем психологического.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Князев И.С., Махмудов Х.Р.
Таджикский государственный медицинский
университет,
Душанбе, Таджикистан

Остеоартрит коленных суставов (ОАКС) является одной из наиболее распространенных локализаций остеоартритического процесса, возраст дебюта которого в последние десять лет неуклонно снижается, приводя к ранней инвалидизации пациентов и необходимости проведения тотального эндопротезирования коленного сустава. Воспалительный фенотип ОАКС сопровождается развитием упорного синовиального синдрома, усугубляющего интенсивность болевых ощущений и значимо ограничивающего физическую активность пациента.

Цель работы. Оценить эффективность комбинированной терапии хондроитина сульфатом (ХС) для парентерального введения в сочетании с локальной терапией гиалуронатами /полинуклеотидным гелем.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 139 пациентов с верифицированным диагнозом ОАКС, средний возраст пациентов составил $62 \pm 4,6$ лет, у в группу обследованных были включены пациенты только с III ст ОАКС по Kellgren. Длительность анамнеза симптоматического ОАКС составила $8,5 \pm 5,2$ лет. Длительность периода наблюдения составила 52 недели. Все пациенты получали ХС в дозе 100 мг/мл-2 мл внутримышечно, через день до 25 инъекций, 1 раз в 6 месяцев. После завершения курса парентерального введения ХС, 70 пациентам (1 группа) была проведена вискоосуlementарная терапия

в виде 3х кратного внутрисуставного введения 1,5% линейного гиалуроната в объеме 2 мл с интервалом в 2 недели между инъекциями и 69 пациентам (2 группа) была проведена локальная вискоsupплементарная терапия с применением полинуклеотидного геля в объеме 2 мл, 3хкратно с интервалом в 2 недели между инъекциями. В обеих группах курс вискоsupплементарной терапии проводился дважды с интервалом в 6 месяцев. Оценка эффективности терапии проводилась до начала лечения и через 3 месяца после окончания второго курса парентеральной терапии ХС и локальной терапии и включала в себя определение показателя ВАШ, индекса WOMAC (боль, скованность, функциональность). Динамику синовиального синдрома оценивали с помощью ультрасонографии.

Результаты исследования. До начала терапии у пациентов обеих групп значение ВАШ составило $74 \pm 5,5$ мм, значение индекса боли по WOMAC – составило $84 \pm 6,2$ мм, индекса скованности по WOMAC – $8,8 \pm 1,7$, индекса функциональности по WOMAC – $86 \pm 12,2$. Через 52 недели терапии у пациентов 1 группы отмечалась положительная клиническая динамика в виде снижения выраженности боли по ВАШ до $45 \pm 6,4$ мм, индекса скованности по WOMAC до $5,5 \pm 1,6$, индекса функциональности по WOMAC до $51 \pm 4,2$, в то время, как у пациентов 2 группы отмечалось снижение выраженности боли по ВАШ до $32 \pm 7,4$ мм, индекса скованности по WOMAC до $3,6 \pm 1,6$, индекса функциональности по WOMAC до $38 \pm 3,8$. И если в 1 группе купирование синовиального синдрома имело место у 48% пациентов, то во 2 группе у 72%.

Выводы. Комбинированная терапия воспалительного фенотипа ОАКС с применением парентеральной формы ХС в сочетании с курсовым внутрисуставным введением полинуклеотидного геля оказывает более значимое положительное влияние в отношении болевого и синовиального синдромов в сравнении с комбинированной терапией ХС и гиалуронатом, что вероятно, обусловлено особенностями влияния полинуклеотидного геля состояние суставного хряща и синовиальной оболочки сустава.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

Ковалёва Н.С.

Воронежский областной центр социальной
реабилитации ветеранов и инвалидов
боевых действий,
Воронеж

Актуальность. Сохранение и восстановление здоровья ветеранов боевых действий (ВБД) является приоритетной задачей современного здравоохранения.

Увеличение численности комбатантов, полиморфизм их травм, приобретенных заболеваний требуют совершенствования подходов терапии и реабилитации.

Цель исследования. Изучение вариантов хронической боли как одного из наиболее частых запросов в медицинской реабилитации у ВБД.

Материалы и методы. На данный момент в исследовании 52 мужчины в возрасте от 21 до 78 лет. Из них 48 (92%) городские жители и 4 жителя (8%) Воронежской области. Все пациенты консультированы терапевтом, неврологом, физиотерапевтом, психотерапевтом, проанализированы данные анамнеза и проведенных обследований, составлен план реабилитационных мероприятий, даны индивидуальные рекомендации по медикаментозному лечению. Длительность курса реабилитации – 10 дней. Включались физиотерапевтические процедуры местного воздействия, массаж, лечебная гимнастика.

Результаты и обсуждения. Поводом обращения в отделение медицинской реабилитации были стойкие рецидивирующие болевые синдромы различной локализации. У большинства больных (62%) преобладал изолированный вертеброгенный болевой синдром с ограничением движений в отделах позвоночника, напряжением и болезненностью паравертебральных точек при пальпации. У 10 пациентов (19%) отмечено сочетание цефалгий и дорсалгий, у 5 (10%) – дорсалгий и артралгий верхних конечностей, у 2 (3%) – дорсалгий и гонартроза, у 1 (2%) – вертеброгенного, цефалгического и артралгического синдромов, у 1 (2%) – цефалгического и артралгического синдромов, у 1 (2%) – невралгия седалищного нерва с характерными двигательными, чувствительными и рефлекторными нарушениями. 7 (13%) человек связывают боли в плечевых, коленных, локтевых суставах с последствиями небоевой, бытовой травмы. Коморбидная патология со стороны сердечно-сосудистой, мочеполовой, эндокринной систем не выявлена лишь у 6 (12%) больных. У всех пациентов наблюдалась значимая положительная динамика в общем самочувствии, эмоциональной устойчивости, клиническом статусе – купировании жалоб и мышечно-тонических проявлений, расширении объема активных и пассивных движений.

Выводы. Аналитическая обработка, расширение опыта медицинской реабилитации хронических болевых синдромов влияет на целевой выбор эффективного лечения данной категории пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Кодирова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. «Подагрическая нефропатия» – это собирательное понятие, включающее в себя всю

почечную патологию, наблюдающуюся при подагре; тофусы в паренхиме почки, уратные камни, интерстициальный нефрит, гломерулонефроз и артериосклероз с развитием нефросклероза. Повреждение почек наблюдается у 30-75% больных подагрой. Исследования показали, что существует два механизма, посредством которых мочевая кислота напрямую влияет на функцию почек. Во-первых, гиперурикемия приводит к повреждению и воспалению эндотелия почечных канальцев. Во-вторых, гиперурикемия вызывает гемодинамические нарушения в почечных клубочках.

Цель. Изучить клинические проявления подагрической нефропатии.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 58 больных подагрической нефропатией. Из них 44 мужчин и 14 женщин. Средний возраст больных – 52,2 года. При включении в исследование у всех больных проводилась оценка жалоб, данных анамнеза, объективного исследования, результаты клинико-лабораторных, биохимических и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. У 29 больных (50%) в почечных канальцах были обнаружены тофусы, а у 19 пациентов (32,7%) – камни в почечных лоханках. Это связано с накоплением уратов в интерстициальной ткани почек, что в дальнейшем приводит к развитию интерстициального нефрита. Известно, что во многих исследованиях выявлены характерные симптомы уратного нефролитиаза, а именно: повышенный риск образования камней при кислой реакции мочи, сочетание подагрического артрита в течение многих лет, беспокоящих симптомов почечной колики, нередко осложненного пиелонефритом, нередко сопровождающегося ожирением и артериальной гипертензией, а также постепенное прогрессирование хронической болезни почек. У 22 больных мужского пола и у 5 больных женского пола выявлен уратный нефролитиаз, у 14 больных (24,1%) развилась хроническая болезнь почек. Среди факторов риска у 26 мужчин и 6 женщин выявлено ожирение II-III степени, а также артериальная гипертензия у 63,7% (37) больных и стабильная стенокардия напряжения у 34,4% (20). В общем анализе мочи у всех больных выявлено снижение относительной плотности мочи, микрогематурия, протеинурия, кристаллы мочевой кислоты, в биохимическом анализе крови – гиперурикемия и азотемия. УЗИ почек и радиоизотопная ренография выявили нарушение функции почек у 55% (32) больных.

Выводы. Для ранней диагностики подагрической нефропатии необходимо определение уровня мочевой кислоты в крови и почечной экскреции, а также проведение УЗИ почек, мочевыводящих путей, КТ и МРТ почек. У больных с при наличии наследственной предрасположенности подагре и мочекаменной болезнью в возрасте до 25 лет целесообразно определять почечную экскрецию мочевой кислоты (в суточной моче).

ТОЦИЛИЗУМАБ ЭФФЕКТИВНО НОРМАЛИЗУЕТ СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СУБПОПУЛЯЦИЙ ИММУННЫХ КЛЕТОК КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ВОЗРАСТЕ 55-65 ЛЕТ

Кожевникова Е.О.

Институт экспериментальной медицины,
Санкт-Петербург

Для патогенетической терапии COVID-19 перспективными являются препараты, ликвидирующие «цитокиновый шторм». Такие лекарственные средства способствуют развитию эффективного иммунного ответа на внедрение коронавируса Sars-CoV-2. При среднетяжелых и тяжелых формах течения COVID-19 применяют ингибитор рецептора IL-6R Тоцилизумаб.

Цель исследования. Оценить эффективность применения Тоцилизумаба для нормализации морфологических показателей анализа крови при COVID-19 у лиц среднего и пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 168 пациентов с тяжелой и средней степени тяжести формой течения COVID-19. Пациенты получали базовую схему лечения, состоящую из противовирусных, антибактериальных препаратов, прямых антикоагулянтов в лечебных дозировках, дексаметазона, инфузионной, нутритивно-метаболической и симптоматической терапии. У всех больных отмечалась резистентная к терапии фебрильная лихорадка, дыхательная недостаточность. У включенных в исследование пациентов наблюдалась сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца – в 35% случаев, сахарный диабет – в 16% случаев, артериальная гипертензия – в 37% случаев, алиментарно-конституциональное ожирение – в 36% случаев и хроническая обструктивная болезнь легких – в 6% случаев. Критерии включения в исследование: тяжелое течение COVID-19, ранняя респираторная фаза COVID-19, возраст от 45 до 65 лет, степень поражения легочной ткани по данным КТ – 3-4. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 – контроль (базовая схема лечения, средний возраст больных $60,9 \pm 14$ лет), 2 – базовая схема лечения и Тоцилизумаб, 4-8 мг/кг однократно внутривенно (средний возраст пациентов $57,5 \pm 11,5$ лет). Для принятия решения о назначении Тоцилизумаба оценивали комплекс параметров: $SpO_2 \leq 93$, одышка в покое, температура свыше $38^\circ C$ в течение 5 сут, уровень С-реактивного белка (СРБ) ≥ 9 мг/л, число лейкоцитов $< 3,0 \times 10^9$ /л, абсолютное число лимфоцитов $< 1,0 \times 10^9$ /л, прогрессирование легочного поражения по КТ с наличием «свежих» очагов. Кровь забирали перед началом (1 сут) и на 6 сут от начала лечения. Общий анализ крови проводили на гемоанализаторе PENTRA-80 (Horiba ABX Diagnostics, USA). Оценивали основные показатели морфологического состава крови: лейкоци-

ты, нейтрофилы, лимфоциты, моноциты, тромбоциты, отношения нейтрофилы/лимфоциты, лимфоциты/моноциты, тромбоциты/лейкоциты, тромбоциты/лимфоциты. Статистическая обработка данных включала расчет медианы (Me) и интерквартильного размаха (IQR) при статистической значимости $p < 0,05$. Для сравнения всех лабораторных показателей использовали непараметрический критерий Манна-Уитни, а для оценки различий летальности в группах применяли критерий хи-квадрат.

Результаты исследования и обсуждение. До начала терапии показатели гемограммы в 2-х группах пациентов значимо не различались. В обеих группах исходно наблюдалось статистически значимое снижение количества лимфоцитов. В контрольной группе на 6 сут от начала терапии у пациентов с COVID-19 статистически значимо увеличилось число лейкоцитов, нейтрофилов, моноцитов, тромбоцитов. На 6 сут лечения у больных, принимавших Тоцилизумаб, на 50% повысилось число тромбоцитов, и уменьшилось количество лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов на 4-14%. Под действием Тоцилизумаба выявлено достоверное повышение соотношений тромбоциты/лейкоциты на 60% и тромбоциты/лимфоциты на 40%, что может рассматриваться как предиктор неблагоприятного исхода COVID-19. Госпитальная летальность у пациентов, которым проводили стандартную терапию, составила 40,9%. В группе больных, в схеме лечения которых применяли Тоцилизумаб, летальность оказалась 28,4%. Механизм действия Тоцилизумаба и иных представителей группы препаратов антицитокиновой направленности предполагает временное, но интенсивное снижение активности системной воспалительной реакции за счет купирования напряжения в «цитокиновой сети». Это позволяет выиграть время для развития адекватных селективных механизмов противовирусной защиты.

Выводы. Тоцилизумаб в дополнение к стандартной терапии оказывает нормализующее влияние на морфологические показатели в крови у пациентов с COVID-19 в возрасте 55-65 лет.

Работа выполнена в рамках Государственного задания FGWG-2025-0025.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИПЕПТИДНОГО КОМПЛЕКСА ТИМУСА ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кожевникова Е.О.

Институт экспериментальной медицины,
Санкт-Петербург

При среднетяжелом и тяжелом течении COVID-19 эффективным средством патогенетической терапии яв-

ляется иммуномодулирующий препарат Тималин (полипептидный комплекс, выделенный из тимуса телят (ПКТ)). При коронавирусной инфекции ПКТ предотвращает развитие «цитокинового шторма». Применение ПКТ в терапии тяжелой формы COVID-19 приводит к купированию воспалительных процессов в альвеолах, способствуя выздоровлению пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ПКТ в комплексной терапии COVID-19 для нормализации показателей гемостаза.

Материалы и методы. В исследование были включены 168 пациентов с COVID-19, которые соответствовали критериям тяжелого течения коронавирусной инфекции в соответствии с актуальной версией временных методических рекомендаций Минздрава РФ. Пациенты получали базовую схему лечения, состоящую из противовирусных, антибактериальных препаратов, прямых антикоагулянтов в лечебных дозировках, дексаметазона, инфузионной, нутритивно-метаболической и симптоматической терапии. У всех больных отмечалась резистентная к терапии фебрильная лихорадка, дыхательная недостаточность. У включенных в исследование пациентов наблюдалась сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца – в 35% случаев, сахарный диабет – в 16% случаев, артериальная гипертензия – в 37% случаев, алиментарно-конституциональное ожирение – в 36% случаев и хроническая обструктивная болезнь легких – в 6% случаев. Критерии включения в исследование: тяжелое течение COVID-19, ранняя респираторная фаза COVID-19, возраст от 45 до 65 лет, степень поражения легочной ткани по данным компьютерной томографии – 3-4. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 – контроль (базовая схема лечения, средний возраст больных $60,9 \pm 14$ лет), 2 – базовая схема лечения и ПКТ, 10 мг, 1 раз в сут в течение 5 сут, внутримышечно (средний возраст больных $61,3 \pm 10$ лет). Кровь забирали перед началом (1 сут) и на 6 сут от начала лечения. Общий анализ крови проводили на гемоанализаторе PENTRA-80 (Horiba ABX Diagnostics, USA). Оценивали основные показатели коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПТВ), фибриноген, D-димер, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) (реактивы Siemens (Германия), аппарат Sysmex CS-2000 (Япония)). Статистическая обработка данных выполнена с помощью версии 4.1.0 специализированного языка для статистического анализа R. Данные представлены медианой (Me) и интерквартильным размахом (IQR) с указанием точного значения статистической значимости (p). Для сравнения всех лабораторных показателей использовали непараметрический критерий Манна-Уитни, а для оценки различий летальности в группах применяли критерий хи-квадрат. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. До начала терапии показатели коагулограммы в 1 и 2 группах пациентов значимо не различались. Во всех исследуемых группах исходно наблюдалось статисти-

чески значимое повышение концентрации АЧТВ, ЛДГ, фибриногена, D-димера в крови. В контрольной группе на 6 сут от начала терапии у пациентов с COVID-19 статистически значимо удлинилось ПТВ. Применение ПКТ в комплексной терапии коронавирусной инфекции снижало уровень фибриногена и ЛДГ в крови соответственно в 1,2 (с 8,5 г/л до 6,9 г/л) и 1,8 раза (с 802 Ед/л до 440 Ед/л) и способствовало уменьшению концентрации D-димера в 1,7 раза (с 1080 нг/л до 625 нг/л), достигая верхней границы нормы (727 нг/л), что свидетельствует об уменьшении интенсивности внутрисосудистого свертывания крови и тромбообразования. Госпитальная летальность у пациентов со стандартной терапией составила 40,9%, а при включении в стандартный комплекс терапии ПКТ – 20,6%. Тенденция к снижению летальности при применении ПКТ по сравнению со стандартной терапией обусловлена его способностью модулировать отклонения клеточного и гуморального иммунитета, а есть не только ликвидировать «цитокиновый шторм» в ранней респираторной фазе, но и стимулировать иммунитет в случае его супрессии, наблюдаемой в позднюю респираторную фазу COVID-19.

Выводы. Применение ПКТ в дополнение к стандартной терапии оказывает нормализующее влияние на показатели системы гемостаза у пациентов с COVID-19 среднего и пожилого возраста и способствует снижению летальности.

Работа выполнена в рамках Государственного задания FGWG-2025-0025.

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРАССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА

Коломиец В.А.¹, Дуданова О.П.¹, Ларина Н.А.¹,
Хилков Т.Н., Шаповалова Я.А.²

¹Петрозаводский государственный университет,

²Клиническая больница ОАО «РЖД-Медицина»,
Петрозаводск

Цель исследования. Определить влияние тканевой бактериальной нагрузки на клинические, эндоскопические и гистологические особенности хронического гастрита, ассоциированного с инфекцией *Helicobacter pylori* (HP).

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов хроническим хеликобактерассоциированным гастритом (ХГ): мужчин – 12, женщин – 18, в возрасте 52,11±12,91 года. Диагноз ХГ верифицирован при гисто-

логическом исследовании, как и этиологический фактор, то есть выявлены HP бактерии в слизистой желудка при гистологическом исследовании. Первоначально у всех пациентов диагностирована функциональная диспепсия, в последующем выполнена верхняя эндоскопия (видеоэндоскопы «Pentax EG29-i10», «Pentax EG-2490K», Япония), при которой обнаружены признаки воспаления слизистой антрального отдела желудка в виде эритемы, отека или эрозий. Всем пациентам выполнена биопсия слизистой желудка около малой кривизны выше на 2-3 см от привратника с гистологическим исследованием. Биоптаты помещались в 4% формалин, заливались парафином, готовились срезы, окрашивались гематоксилином-эозином и толуидиновым синим. Микроскопическое исследование выполнялось на микроскопе OLYMPUS – BX43 (Япония).

Проводилось морфометрическое исследование следующим образом: при увеличении $\times 100$ в 5 полях зрения оценивалось количество HP бактерий в баллах: единичные до 20 бактерий – 1 балл, скопления бактерий 20-50 – 2 балла, более 50 бактерий – 3 балла; измерялась площадь воспалительного инфильтрата в мкм^2 и подсчитывалось его среднее значение; полуколичественным методом оценивалось наличие сегментоядерных нейтрофилов в воспалительном инфильтрате: 1-20 нейтрофилов – 1 балл, 20-40 – 2 балла, более 40 и наличие лейкодиapedеза сквозь толщу эпителия в просвет ямок, с тенденцией к формированию «внутриямочных абсцессов» – 3 балла. Отмечалось наличие атрофии желез и кишечной метаплазии. Оценивался клинический фенотип диспепсии – эпигастральная боль/жжение или постпрандиальный дистресс-синдром.

На момент исследования пациенты не принимали ингибиторов протонной помпы, антибактериальных препаратов. Исключались пациенты с печеночной, почечной, сердечной недостаточностью, принимающие нестероидные противовоспалительные препараты и злоупотребляющие алкоголем.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы Statgraph 2.1. Показатели выражали в средних величинах M со стандартным отклонением STD . Для сравнения показателей у обследованных групп пациентов использовали U-тест Вилкоксона-Манна-Уитни, для выявления коррелятивных связей – ранговый коэффициент Спирмена. Сравнение номинальных признаков осуществлялось с использованием критерия χ^2 . Различия между изучаемыми группами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты с уровнем бактериальной нагрузки в 1 балл ($n=10$) и 2 балла ($n=4$) были объединены и составили I группу ($n=14$) и пациенты с уровнем нагрузки в 3 балла составили II группу ($n=16$). Возраст пациентов был сопоставимым – 52,33±18,58 года в I группе и 51,69±13,56 года во II группе, женщин в I группе было меньше – 6 (42,9%), во второй группе – больше – 10 (62,5%). Эритема при эндоскопии выявлялась у 14 (100,0%) пациентов, отек – у 8 (57,1%) и эрозии – у 6 (42,9%) пациентов I группы и у 16 (100%), 12

(75,0%) и 11 (68,8%) пациентов соответственно II группы. Площадь воспалительной инфильтрации в I группе была достоверно меньше, чем во второй группе – $12313,59 \pm 8716,67$ мкм² против $33292,45 \pm 13870,23$ мкм² ($p < 0,05$), меньше была примесь сегментоядерных нейтрофилов в воспалительном инфильтрате – $1,33 \pm 0,58$ балла против $2,0 \pm 0,61$ балла ($p < 0,05$), соответственно. Уровень атрофии желез был меньше в первой группе – $1,33 \pm 0,58$ балла против $1,58 \pm 0,51$ ($p > 0,05$). Метаплазия кишечная не выявлялась у пациентов I группы и имела во II, составив $1,69 \pm 0,48$ балла. Отмечался более высокий уровень гемоглобина $150,30 \pm 5,51$ г/л и эритроцитов $4,98 \pm 0,19 \times 10^{12}/л$ у пациентов I группы и против $142,3 \pm 10,82$ г/л ($p > 0,05$) и $4,64 \pm 0,42 \times 10^{12}/л$ ($p > 0,05$) соответственно во II группе.

Хотя считается, что субъективных симптомов при хроническом гастрите не бывает, все обследованные пациенты жаловались на расстройство со стороны желудка – боли/жжение в эпигастрии или постпрандиальный дистресс-синдром. Жалобы на боли/жжение в эпигастрии реже отмечались среди пациентов I группы – у 6 (42,9%) и чаще – у 10 (62,5%) ($p > 0,05$) пациентов II группы.

Таким образом, *Helicobacter pylori*, грамотрицательная спиралевидная бактерия, выявлялась в антральном отделе желудка обследованных пациентов, вызывая развитие хронического воспаления, активность которого прямо зависела от бактериальной нагрузки. При инфицировании слизистой происходило распознавание антигенов бактерии Toll-like рецепторами эпителиальных и иммунных клеток желудка, секреция ими провоспалительных цитокинов, хемокинов, биологически активных соединений, которые инициировали воспаление. Активность воспаления подтверждало наличие сегментоядерных нейтрофилов в воспалительном инфильтрате. Чем больше было количество бактерий в слизистой, тем больше была площадь воспалительного мононуклеарного инфильтрата, тем больше была примесь нейтрофилов, тем более выраженным было повреждение слизистой – эритема, отек и эрозии у пациентов II группы, тем чаще пациентов беспокоили боли и жжение в эпигастрии. У пациентов II группы выявлялась атрофия желез и метаплазия, что свидетельствовало о неблагоприятном течении хронического гастрита и риске развития рака желудка. Отмечалась тенденция к снижению уровня гемоглобина и эритроцитов у пациентов II группы с более высокой степенью колонизации слизистой. Это могло быть связано, как с более частым наличием у них эрозий и потерей крови, так и с нарушенной утилизацией железа из-за атрофии желез.

Всем пациентам была проведена эрадикационная терапия первой линии с амоксициллином, кларитромицином, трикалия дицитратом, ингибитором протонной помпы и энтеролом.

Заключение. Количество бактерий, колонизирующих слизистую антрального отдела желудка, определяло более тяжелое течение хронического гастрита – выраженность болевого синдрома, степень повреждения слизистой при эндоскопии, гистологическую активность воспаления, наличие атрофии желез и метаплазии.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЙ (ВМП)

Комаров В.Т., Григорьева О.Г., Хичина Н.С.,
Фадеева С.С.

Пензенская областная клиническая больница
имени Бурденко,
Пенза

Ранняя диагностика ВМП имеет важное значение, поскольку от этого зависят сроки лечения и исход заболевания.

Цель исследования. Проанализировать клинические проявления и инструментальные данные ранней диагностики, результатов лечения и исходов ВМП.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 16 пациентов с ВМП (13 женщин и 3 мужчин, средний возраст 54,1 года), лечившихся в отделении ревматологии Пензенской областной больницы имени Бурденко, из них: идиопатический полимиозит – 7, дерматополимиозит – 2, спорадическая некротическая миопатия – 1, ювенильный дерматополимиозит (ДПТ) – 1, паранеопластический дерматополимиозит в связи с карциномой молочной железы и рака легкого – 2, антисинтез-синдром – 1, overlap-синдром – 2 – ДПТ в сочетании с ревматоидным артритом и с системной склеродермией. Диагноз ВМП ставился в соответствии с диагностическими критериями ВМП (К. Tanimoto, 1995). Продолжительность болезни составила 5,9 года, из них умерло 3 пациента: 2 женщины от пневмонии вследствие COVID-19 и тромбоза легочной артерии, 1 мужчина от рака легкого. $\frac{3}{4}$ пациентов консультированы в федеральных центрах: НИИ ревматологии имени В. А. Насоновой, Первый МГМУ имени И.М. Сеченова. Пациенты в отделение ревматологии направлены от невролога с миопатией и невритом зрительного нерва, от пульмонолога в связи с патологией легких, от гастроэнтеролога ввиду увеличения трансаминаз, от инфекциониста с лихорадкой неясного генеза. У пациентов оценивались данные МСКТ-томографии органов грудной клетки, электромиографии, МРТ-томографии мышц плеч и бедер. Всем пациентам проводилось исследование мышечных ферментов крови: ЛФК, ЛДГ, АЛТ, АСТ, иммунологические нарушения: антинуклеарный фактор (АНФ), антитела к ДНК, полимиозитная панель: антитела к РНП, к Jo-1, к RSP.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов заболевание начиналось с болей и слабости в мышцах, у половины больных – с поражения кожи, одышки и болей в суставах, у $\frac{1}{3}$ больных – с онемения рук, лихорадки и с похудения до 10 кг. В клинике заболевания отмечались: у всех слабость проксимальных мышц, поперхивание при глотании – у $\frac{1}{2}$ пациентов, трудно говорить и трудно держать шею – у $\frac{1}{3}$ больных, наличие миопатической походки – у $\frac{1}{4}$ пациентов, нарушение ритма сердца и поражение

дистальных мышц, онемение языка – у 3 больных. Среди поражения кожи у всех больных с ДПТ наблюдались: отечность лица и кистей и периорбитальный отек, положительный симптом Готтрона на кистях, эритема кожи груди и бедер, пигментация кожи. По данным МСКТ-томографии органов грудной клетки у 8 больных отмечались явления интерстициального поражения легких: многочисленные периваскулярные узелки, сливающиеся по типу матового стекла. Данные МРТ-томографии мышц подтверждали диффузные поражения трехглавых и дельтовидной мышц плеч и широкой мышцы спины. При анализе лабораторных показателей выявлено повышение АНФ у половины больных в титре в среднем 1 на 1200, у 1/3 больных отмечены увеличение показателей антител к РНП, к Jo-1, к RSP. Следует обратить внимание на тот факт, что у абсолютного большинства пациентов отмечено наличие низкого СРБ, отсутствие ускоренного СОЭ, лейкоцитоза и анемии. В то же время отмечено выраженное увеличение мышечных ферментов: КФК в среднем до 6062,5 ммоль/л., ЛДГ до 804,6 ммоль/л, АЛТ до 200,1 ммоль/л. АСТ до 205,3 ммоль/л.

При оценке лечения из 16 больных все получали преднизолон начиная с 60 мг, постепенно снижая дозу до 7,5 мг в сутки в среднем, цитостатические иммунодепрессанты: мофетила микофенолат 2,0 в сутки, метотрексат 15 мг в неделю, азатиоприн 100 мг в сутки, циклофосфан в/венно капельно на курс 3000 мг, 1/2 всех пациентов получали пульстерапию метипредом 1000 мг в/венно капельно 2 раза в году, 1/2 пациентов – в/венный иммуноглобулин человеческий от 10 до 20 мг на курс 3 раза в год, 1/3 пациентов получали ритуксимаб по 1000 мг в/венно капельно один раз в 6 месяцев. В процессе наблюдения исходов заболевания из 16 пациентов наблюдаются со сроком лечения до 2 лет – 3, 2-3 года – 4, до 7 лет – 3, 20-23 года – 3 с улучшением, умерло 3 пациента от рака легкого, ТЭЛА, COVID-19.

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика, несмотря на трудный прогноз, позволяет провести интенсивную терапию и в дальнейшем поддерживающую терапию, сохранить жизнь пациентам и улучшить прогноз заболевания.

ВЛИЯНИЕ ТОЦИЛИЗУМАБА НА УРОВНИ АДИПОЦИТОКИНОВ И ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА-1 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кондратьева Л.В., Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В.,
Диатроптов М.Е., Лисицына Т.А.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Известно, что блокада рецепторов интерлейкина-6 с помощью тоцилизумаба вызывает набор веса.

Следовательно применение этого лекарственного препарата может изменять профиль продуцируемых жировой тканью адипоцитокинов (АЦК) и синтезируемых в скелетных мышцах миокинов.

Цель. Изучить влияние тоцилизумаба на уровне АЦК (лептина, адипонектина) и миокина (инсулиноподобного фактора роста (ИФР)-1) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) во время проспективного наблюдения в течение 6 месяцев, оценить взаимосвязь динамики данных показателей с противовоспалительным действием препарата и изменением массы тела.

Материал и методы. Включено 13 пациентов с РА (8 женщин, 5 мужчин), которым впервые инициирована терапия тоцилизумабом 8 мг/кг/инфузию внутривенно каждые 4 недели. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Критерии включения: возраст старше 18 лет, соответствие диагноза критериям ACR/EULAR 2010г, умеренная или высокая активность заболевания (DAS28 $\geq 3,2$). Критерии не включения: инфекции, злокачественные новообразования, беременность или ее планирование, другие противопоказания к назначению тоцилизумаба, прием препаратов для снижения веса.

Возраст пациентов составил 52 [45;56] лет, длительность РА – 10 [2;13] лет, большинство были позитивны по ревматоидному фактору (84,6%) и антителам к цитруллинированному пептиду (84,6%), имели II и III рентгенологическую стадию заболевания (53,8% и 23,1%), тогда как I и IV стадии встречались реже (15,4% и 7,7%). Наиболее частой причиной назначения тоцилизумаба служила недостаточная эффективность или непереносимость синтетических базисных противовоспалительных препаратов (сБПВП) – метотрексата, лефлуномида, сульфасалазина или их сочетания, в 1 случае – неэффективность ингибитора фактора некроза опухоли- α . Глюкокортикоиды (ГК) получали 23,1% пациентов, в дозе 5 [5;7,5] мг/сут в преднизолоновом эквиваленте. Увеличение дозы ГК во время исследования не допускалось.

У всех больных РА исходно и у 12 участников повторно через 6 месяцев терапии тоцилизумабом иммуноферментным методом определяли уровни лептина (Diagnostics Biochem Canada Inc., Канада), адипонектина (BioVendor, Чешская Республика) и ИФР-1 (Mediagnost, Германия) в сыворотке крови. При включении и в конце исследования измеряли рост, вес, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ).

Статистический анализ проводили методами параметрической и непараметрической статистики в программе Statistica 12. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Через 6 месяцев терапии тоцилизумабом DAS28 снизился с 5,5 [5,1;6,4] до 2,3 [1,6;3,0] ($p < 0,01$), СРБ – с 7,2 [4,3;14,7] мг/л до 0,2 [0,2;0,4] мг/л ($p < 0,01$), ремиссии и низкой активности заболевания достигли 11 (84,6%) пациентов. Доза ГК во время динамического наблюдения была снижена у 2 из них. В начале исследования масса тела у больных РА составляла

71,9 [60,7;85,4] кг, в конце - 71,2 [60,9;85,5] кг ($p=0,46$), ИМТ также не изменился (26,5 [24,6; 28,9] кг/м² против 25,7 [24,3;28,9] кг/м², соответственно, $p=0,51$).

На фоне применения тоцилизумаба увеличилась концентрация адипонектина (с 8,7 [7,8; 9,2] мкг/мл до 8,9 [7,6; 14,0] мкг/мл, $p=0,034$), но уровни лептина (15,0 [8,9; 34,6] нг/мл против 10,6 [7,6; 32,2] нг/мл, $p=0,94$) и ИФР-1 (175,2 [152,4; 200,0] нг/мл против 184,9 [170,8; 212,4] нг/мл, $p=0,43$) не изменились. Динамика (Δ) содержания лептина коррелировала с Δ веса ($r=0,59$, $p=0,04$) и с Δ ИМТ ($r=0,59$, $p=0,04$), но не с Δ DAS28 или Δ СРБ. Корреляций между Δ адипонектина, Δ ИФР-1, с одной стороны, и Δ веса, Δ ИМТ, Δ DAS28, Δ СРБ, с другой, не обнаружено.

Выводы. Использование тоцилизумаба привело к выраженному снижению активности РА через 6 месяцев терапии у большинства пациентов, а также к увеличению уровня адипонектина в сыворотке крови, тогда как концентрации лептина и ИФР-1 оставались стабильными. Эффект в отношении адипонектина не был связан с противовоспалительным действием препарата или динамикой массы тела, в то же время изменения уровня лептина напрямую отражали повышение либо снижение массы тела и ИМТ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ДЛЯ ДЕСТРУКЦИИ МИКРОБНЫХ БИОПЛЕНК НА МОЧЕВЫХ КАТЕТЕРАХ

Конев С.Д.

Клиника высоких медицинских технологий
имени Н.И. Пирогова,
Санкт-Петербург

Введение. Проблема формирования биопленок возбудителями инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), на инвазивных устройствах, применяющихся в медицинской практике, в настоящее время приобретает высокую актуальность. Существование микроорганизмов возбудителей инфекций в виде биопленок создает большие проблемы в медицинской практике, наносит экономический ущерб и снижает качество оказания медицинской помощи. Формированием биопленок объясняются причины длительно протекающих инфекционных заболеваний, не поддающихся антибиотикотерапии.

В сложившихся условиях одним из эффективных компонентов борьбы с бактериальными инфекциями, в том числе вызванными биопленочными формами микроорганизмов, может явиться использование бактериофагов. Применение бактериофагов для деструкции биопленок является перспективным направлением и вызывает большой интерес специалистов различного

профиля, что подтверждается увеличением числа научных работ за последние годы, однако количество публикаций по данной тематике с использованием метода сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) достаточно ограничено.

Цель. Оценить эффективность воздействия литических бактериофагов на бактериальные биопленки *P. aeruginosa* и *E. coli*, сформированные на мочевых катетерах.

Задачи. 1. Осуществить подбор специфических бактериофагов с высокой литической активностью в отношении исследуемых штаммов. 2. Смоделировать биопленки *P. aeruginosa* и *E. coli* на фрагментах катетеров Фолея. 3. Провести СЭМ фрагментов катетеров Фолея с описанием бактериальных биопленок и изменений в их структуре после воздействия бактериофагов. 4. Проанализировать эффективность применения бактериофагов для деструкции сформированных биопленок.

Материалы и методы. Моделирование биопленок *P. aeruginosa* ATCC® 12903 и *E. coli* ATCC® 25922 выполняли на фрагментах катетеров Фолея *in vitro*. Подбор бактериофагов проводили методом спот-теста, для оценки их литической активности. Анализ эффективности воздействия литических бактериофагов для оценки изменений в структуре биопленок проводили, используя метод СЭМ.

Результаты. На сканограммах фрагментов катетеров после культивирования *P. aeruginosa* и *E. coli* в течение 24 часов без обработки бактериофагами отмечено наличие микробных сообществ в виде сформированных биопленок, при этом в толще межклеточного матрикса, выявлены многочисленные делящиеся клетки. Через 48 часов инкубирования фрагментов катетеров без добавления бактериофагов наблюдали интенсивно развитые многослойные биопленки *P. aeruginosa* и *E. coli*.

Электронно-микроскопический анализ поверхности катетеров с суточной модельной биопленкой *P. aeruginosa* и *E. coli* после однократного воздействия бактериофагов с экспозицией в течение 24 часов показал выраженные признаки разрушения микробного сообщества. В первую очередь отмечено изменение морфологических свойств бактериальных клеток, входящих в состав сохранившихся фрагментов биопленок, что проявлялось в сморщивании поверхности клеточной стенки и ее разрушении. На популяционном уровне об изменении структуры биопленок *P. aeruginosa* и *E. coli* в результате воздействия бактериофагов свидетельствовала деструкция межклеточного экзополисахаридного матрикса, вплоть до его полного исчезновения на отдельных участках микробного сообщества.

Новизна и практическая значимость: Наглядно показана эффективность применения бактериофагов для деструкции сформированных биопленок *P. aeruginosa* и *E. coli* на мочевых катетерах.

При возникновении у пациентов катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей, свя-

занных с биопленочными формами микроорганизмов и недопустимости удаления инвазивного устройства, возможно применение бактериофагов способом промывания через катетер.

Выводы. 1. Моделированные биопленки на мочевых катетерах подвергались деструкции бактериофагом с разрушением экзополисахаридного матрикса и ярко выраженным лизисом клеток. 2. Результаты проведенных экспериментальных исследований продемонстрировали, что бактериофаги могут быть эффективным средством для борьбы с ИСМП, вызванными микроорганизмами, формирующими биопленки.

ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е.

Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенск

Истинная акантолитическая пузырьчатка – это разновидность буллезного дерматоза, приводящего к летальному исходу в отсутствии своевременной и адекватной терапии. В настоящее время ведущую роль играют аутоиммунные процессы, развивающиеся в ответ на изменение антигенной структуры клеток эпидермиса под воздействием различных повреждающих агентов.

Анализ литературных источников позволил обнаружить единое мнение авторов во взглядах на этиологию данного заболевания: наиболее часто вульгарная пузырьчатка развивается при приеме лекарственных препаратов, содержащих тиоловые группы; инсоляция; инфекционные агенты; стресс; употребление определенных пищевых продуктов; физические факторы, однако зачастую определить провоцирующий фактор не представляется возможным. В Российской Федерации в 2015 году заболеваемость пузырьчаткой составила 1,9 случая на 100000 населения, а распространенность – 4,8 случая на 100000 взрослого населения. Вульгарная форма является самой распространенной, чаще заболевают лица в возрасте 50–60 лет, характеризуется наличием пузырей различных размеров с тонкой вялой крышкой, возникающих на видимо неизменной коже и/или слизистых оболочках полости рта, носа, глотки, гениталий.

Эрозии обычно ярко-розового цвета с блестящей влажной поверхностью. Одним из наиболее характерных признаков акантолитической пузырьчатки является феномен Никольского. Зуда нет, при поражении кожи – жжение, боль. Из-за болезненных эрозий слизистой рта затруднен прием пищи. При появлении в пожилом возрасте данного заболевания следует проводить онкопоиск, расценивая вульгарную пузырьчатку часто как паранеопластическую пузырьчатку. Основа лечения больных пузырьчаткой – применение глюкокортикоидов (преднизолон, триамцинолон, дексаметазон, бетаметазон).

Сложностями в терапии пожилых лиц является наличие сопутствующей патологии и ожидаемых осложнений на фоне введения глюкокортикостероидных препаратов.

За последние 5 лет в ГБУЗ АО АОКВД с диагнозом пузырьчатка госпитализировались 27 человек, из них с впервые установленным диагнозом – 22 человека. Несмотря на редкость заболевания, врачи должны проявлять настороженность относительно данной патологии, особенно в пожилом возрасте, рекомендовать госпитализацию в стационарное отделение дерматовенерологического профиля на ранних стадиях прогрессирования процесса, т.к. своевременно начатое лечение способствует более благоприятному течению заболевания и длительной, стойкой ремиссии.

УРОВНИ SST2, NT- КОНЦЕВОГО ПРЕДШЕСТВЕННИКА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Корсакова Д.А., Смирнова М.П., Чижов П.А.

Ярославский государственный
медицинский университет,
Ярославль

Введение. Маркер фиброза миокарда sST2 активно изучается у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Установлена роль sST2 как маркера миокардиальной дисфункции с неблагоприятным прогностическим значением. В настоящее время для оценки острых и хронических сердечно-сосудистых событий используются мультимаркерные панели, в которые входят показатели, отражающие различные этапы патогенеза. Представляет интерес комплексная оценка уровня NT- концевого предшественника натрийуретического пептида (NTproBNP), высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ) и sST2 в зависимости от коморбидной патологии. Взаимосвязь уровня указанных маркеров у пациентов с ХСН при наличии фибрилляции предсердий (ФП) и стабильной стенокардии (СтСт) напряжения изучено недостаточно.

Цель исследования. Изучить уровни маркеров sST2, NTproBNP и вчСРБ у пациентов с ХСН, коморбидных по ФП и СтСт.

Материалы и методы. Обследовано 102 пациента терапевтического стационара с ХСН, 72 женщины (Ж) и 30 мужчин (М), средний возраст 74±9 года. У всех проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, а также оценивали уро-

вень sST2 в нг/мл, NTproBNP в пг/мл, вчСРБ в мг/л на медицинском лабораторном фотометре (ИФА-ридере) Immuposchem-2100 иммуноферментным методом. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Statistica 12.

Результаты и обсуждение. 2 ФК выявлен у 24 (23,5%) обследованных, 3 ФК у 50 (49,0%), 4 ФК – у 28 (27,5%). Проведено сопоставление уровня исследованных маркеров миокардиального стресса, фиброза и воспаления у больных с ХСН разного ФК. Установлено достоверное повышение уровня sST2 (Н-критерий=8,84 $p=0,01$) и NT-proBNP (Н-критерий=11,1, $p=0,004$) при нарастании тяжести ХСН. Уровень sST2 у пациентов при 2 ФК составил 11,5 (8,0;23,5) нг/мл, с 3ФК – 17,6 (11,5;33,9) нг/мл, при 4 ФК 27,3 (13,2;60,2) нг/мл. Уровень NT-proBNP в подгруппах с разным ФК составил 218,3 (178,5;335,7) пг/мл, 353,0 (218,8;1560,8) пг/мл и 567,1 (374,4;1375,4) пг/мл, соответственно. Достоверных различий медианных уровней вчСРБ при нарастании ФК ХСН не установлено, однако доли больных с концентрацией вчСРБ > 5 мг/л при 4 ФК ХСН (50%) достоверно больше, чем при 2 ФК (10,7%, $p=0,02$).

У 36 человек (35,29%) обследованных была выявлена ФП. Учитывая отсутствие достоверных отличий изученных показателей у больных с постоянной и пароксизмальной формами ФП, данные пациенты объединены в одну группу.

При наличии коморбидности по ФП отмечалось достоверное увеличение уровня всех исследуемых показателей. Так, уровень NTproBNP в подгруппе с ФП составил 522,7 (336,7;1569,8) пг/мл, sST2-25,0 (13,0;51,4) нг/мл и вчСРБ-18,5 (13,0;34,9) мг/л, в то время, как у пациентов без ФП они составили 239,61 (188,94;623,09) пг/мл, 14,6 (9,4;26,9) нг/мл и 5,3 (2,9;21,5) мг/л соответственно, $p<0,05$.

При сопоставлении уровня исследованных маркеров у больных, коморбидных по ФП с ХСН разного ФК установлены достоверные различия концентрации NT-proBNP (Н-критерий=6,6, $p=0,04$) на фоне нарастания ФК ХСН. Повышенный уровень sST2 в подгруппе пациентов с ФП также отмечался достоверно чаще: доля пациентов с ФП с уровнем маркера более >35 нг/мл в 4 ФК составила 46,7%, а при 2 ФК – 15,8%, $p=0,04$.

СтСТ была выявлена у 48 человек (47,05%).

У пациентов с СтСТ уровень NT-proBNP был достоверно выше в сравнении с пациентами без СтСТ: 540,93 (318,80;2419,77) пг/мл против 239,61 (188,94;623,09) пг/мл, $p=0,007$. Доля пациентов с повышенным уровнем sST2 была достоверно выше в подгруппе пациентов, имеющих СтСТ: 72,22% против 60,87% в подгруппе без СтСТ, $p=0,02$. Аналогичный результат обнаружен для уровня вчСРБ, $p=0,04$.

При сопоставлении уровня исследованных маркеров у больных со СтСТ с ХСН разного ФК также установлены достоверные различия концентрации NT-proBNP (Н-критерий=6,2 $p=0,04$) на фоне нарастания ФК ХСН. Кроме того, доля пациентов с повышенным уровнем вчСРБ в этой подгруппе была достоверно

выше у лиц с 4 ФК ХСН (72,22%) при сравнении с 3 ФК ХСН (60,87%), $p=0,03$.

В ходе исследования обнаружены достоверные корреляции средней силы между уровнем sST2 и наличием ФП (0,35), а также уровнем NT-proBNP и ФП и вчСРБ и ФП: 0,31 и 0,37 соответственно.

Выводы. На фоне нарастания ФК ХСН отмечается достоверное повышение уровня NT-proBNP и sST2. При наличии коморбидности по ФП у пациентов с ХСН отмечается достоверное увеличение уровня sST2, NT-proBNP и вчСРБ и количество пациентов с повышенным содержанием исследуемых маркеров. В подгруппе обследованных с ХСН и СтСТ достоверно выше уровень NT-proBNP и доля пациентов с повышенными показателями sST2 и вчСРБ.

ВИТАМИН D И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Костоева Х.Я.¹, Тополянская С.В.^{1,2}, Мацюк Н.В.²,
Налиткина А.А.², Прохорова И.Н.²,
Васильева Ю.Ю.², Долотказина Е.Н.²,
Лыткина К.А.², Мелик-Оганджян Г.Ю.²,
Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ имени Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Цель. Анализ взаимосвязей между концентрацией витамина 25(ОН)D в крови и различными нейропсихитрическими нарушениями у пациентов старческого возраста, наблюдающихся в Московском городском гериатрическом центре.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 290 больных (227 женщин (78,3%) и 63 (21,7%) мужчин) в возрасте от 75 до 99 лет (средний возраст 86,3±5,8 года), наблюдающихся в Московском городском гериатрическом центре. Долгожители составили 36,3% от всех участников исследования. В рамках данного исследования проводили тест Mini-Cog и МОСА-тест для оценки когнитивных нарушений. Оценивали функциональную активность пациентов с помощью индекса Бартел (базовую функциональную активность) и шкалы IADL (инструментальную функциональную активность). Наличие старческой астении определяли с помощью шкалы «Возраст не помеха». Оценивали риск падений по шкале Морсе, наличие инсомнии и депрессии (с помощью гериатрической шкалы депрессии). 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, ≥30 нг/мл – норма.

Результаты. Средняя концентрация 25(OH)D в целом по группе составила $16,4 \pm 10,6$ нг/мл (1,0-80,0 нг/мл), медиана – 14,4 нг/мл (Q1-Q3: 9,0-20,4 нг/мл). Уровень 25(OH)D был в норме у 35 (12,1%) больных, у 41 (14,2%) выявлялась недостаточность витамина D, у 125 (43,4%) – дефицит, у 87 (30,2%) – выраженный дефицит. У пациентов моложе 80 лет средняя концентрация витамина D достигала $21,6 \pm 9,5$ нг/мл, у долгожителей – $13,1 \pm 9,9$ нг/мл ($p=0,00004$). В группе пациентов моложе 80 лет 9% имели выраженный дефицит витамина D, 45,5% – дефицит, 15,2% – недостаточность, 30,3% – нормальный уровень данного витамина. Среди больных 80-89 лет 24% имели выраженный дефицит 25(OH)D, 44,7% – дефицит, 19,3% – недостаточность, 12% – нормальное содержание данного витамина в крови. В группе долгожителей 46,1% имели выраженный дефицит 25(OH)D, 41,3% – дефицит, 6,7% – недостаточность, 5,8% – нормальные показатели этого витамина. В общей группе пациентов наблюдалась достоверная обратная корреляция между концентрацией витамина D и возрастом больных ($r=-0,28$; $p=0,000002$). В общей группе пациентов зарегистрирована значимая прямая корреляция между уровнем витамина 25(OH)D и показателями теста Mini-Cog ($r=0,3$; $p=0,000004$), а также обратная корреляция с значениями шкалы Морсе ($r=-0,29$; $p=0,000006$) и теста «Возраст не помеха» ($r=-0,2$; $p=0,001$). Установлена прямая корреляция между концентрацией витамина D и показателями индекса Бартел базовой функциональной активности ($r=0,42$; $p<0,000001$). В группе пациентов моложе 80 лет наблюдалась достоверная обратная корреляция между концентрацией витамина D и значениями МОСА-теста ($r=-0,43$; $p=0,04$), в группе долгожителей зарегистрирована прямая корреляция между значениями теста Mini-Cog и концентрацией витамина D ($r=0,35$; $p=0,0006$). Средний по группе уровень витамина D у больных с высоким риском когнитивных нарушений составил $13,1 \pm 6,9$ нг/мл, с низким риском когнитивных нарушений – $19,1 \pm 12,0$ нг/мл ($p=0,000005$). В группе пациентов с низким риском когнитивных нарушений выраженный дефицит витамина D наблюдался в 21,5% случаев, дефицит – в 46,2%, недостаточность – в 12,9%, норма – в 19,3%. В группе пациентов с высоким риском когнитивных нарушений выраженный дефицит 25(OH)D наблюдался в 36,2% случаев, дефицит – в 41,3%, недостаточность – в 14,5%, нормальные показатели этого витамина – лишь в 3,6% случаев ($p=0,01$, по сравнению с больными с низким риском когнитивных нарушений). У больных с выраженным дефицитом витамина D наблюдались более высокие показатели шкалы падений Морсе ($45,9 \pm 20,4$ и $32,1 \pm 17,5$ баллов, соответственно; $p=0,002$), теста «Возраст не помеха» ($5,2 \pm 0,8$ и $4,8 \pm 1,1$; $p=0,0009$), шкалы Лоутона ($4,9 \pm 2,5$ и $6,4 \pm 2,1$; $p=0,00002$), индекса Бартел ($77,1 \pm 18,1$ и $85,9 \pm 14,6$; $p=0,0001$), теста mini-Cog ($1,6 \pm 1,4$ и $3,3 \pm 1,1$; $p=0,000001$), по сравнению с пациентами с нормальной концентрацией 25(OH)D. Зарегистрированы достоверные позитивные корреляции между концентрацией

25(OH)D и следующими показателями минеральной плотности костной ткани: Т-критерием в шейке левого бедра ($r=0,14$; $p=0,04$), МПКТ левой шейки ($r=0,35$; $p=0,03$), Т-критерием в шейке правого бедра ($r=0,18$; $p=0,008$), Т-критерием в правом бедре ($r=0,17$; $p=0,01$) и МПКТ в правом бедре ($r=0,15$; $p=0,02$).

Заключение. Результаты исследования демонстрируют значимые взаимосвязи между витамином 25(OH)D и когнитивными нарушениями, а также другими исследованными параметрами у пациентов старческого возраста и долгожителей, наблюдающихся в гериатрическом центре. Необходимо продолжение исследований, направленных на уточнение патогенетической роли витамина D в развитии и прогрессировании нейро-психиатрической патологии у гериатрических больных.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СПОРАДИЧЕСКОГО ПАРКИНСОНИЗМА СТИЛА- РИЧАРДСОНА-ОЛЬШЕВСКОГО

Коценко Ю.И.

Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького,
Донецк

Введение. Впервые ранее неизвестное нейродегенеративное заболевание описано J. Steel, J. Richardson (невролог), J. Olszewski. Хотя в 1904 году W. Posey опубликовал наблюдение пациента с глазодвигательными нарушениями.

Цель демонстрации клинического случая. Изучить особенности клинико-неврологических и нейровизуализационных диагностических признаков супрануклеарного паралича (СНП) на клиническом примере и оценить проявления по критериям Национального института неврологических расстройств и инсульта – прогрессирующий СНП (National Institute of Neurological Disorders and Stroke for Progressive Supranuclear Palsy – NINDS-PSP) и критерии Международного общества паркинсонизма и двигательных расстройств (the International Parkinson and Movement Disorder Society – MDS-PSP).

Результаты. Пациентка 1965 г.р. отмечает скованность и шаткость при ходьбе, частые падения, поперхивание при глотании, снижение звучности голоса, плаксивость, снижение настроения, общую слабость, забывчивость и рассеянность.

Болеет около 5 лет с 2018 года, когда со слов родственников впервые появилась замедленность при выполнении привычных движений, стала спотыкаться, произошли изменения во взгляде, который стал фиксированным в одну точку. Вскоре была вынуждена обра-

таться к неврологу по месту жительства, обследована, выставлен диагноз дисциркуляторная энцефалопатия с паркинсоническим синдромом, лечение леводопой без эффекта. Через год отметила нарастание скованности, изменение почерка, дискоординацию с частыми падениями из-за чего была вынуждена уволиться с работы. Лечение было скорректировано с постепенным увеличением дозы леводопы. Через 1,5 года отметила снижение настроения, аппетита, появление поперхивания при глотании и замедленность речи, стала разговаривать шепотом. Около года назад в сентябре 2022 года родственники стали акцентировать свое внимание на неуклюжесть, падения при вставании с кровати и ходьбе, снижение памяти на текущие события, рассеянность, заторможенность, усталость и фиксированный взгляд.

Вредные привычки отрицает, профессиональных вредностей не имеет. Наследственный анамнез отягощен, гипертоническая болезнь у матери.

В неврологическом статусе: сознание ясное, заторможена, брадифрения, брадипсихия, MMSE (краткая шкала оценки психического статуса) – 22 балла (легкие когнитивные нарушения – ЛКН), FAB (батарея лобной дисфункции) – 15 баллов (ЛКН), тест рисования часов – 6 баллов, астенизирована, менингеальных знаков нет.

Аносимия не выявлена. Глазные щели $D \leq S$, анизокории нет, парез отведения (в стороны и вверх) и выраженная слабость конвергенции. Фотореакции живые. Тест Вартерберга сохранен («кукольных глаз»). На диплопию не указывает. Тригеминальные точки безболезненны, нарушения чувствительности в лице не выявлены, тонус жевательных мышц сохранен, достаточный. Гипомимия, лагофтальма нет, выраженные носогубные складки, язык – медиально, атрофий и фибрилляций в языке нет. Убедительных расстройств слуха нет, Вебера и Ринне – «-». Нистагма нет. Элементы дизартрии, дисфония (в сочетании с брадилалией). При фонации uvуланезначительно подвижна симметрична, глоточные и небные рефлексы живые, «+» Аствацатурова, Маринеску-Радовичи, Карчиняна и Тулуз-Вюрпа.

Постуральная неустойчивость (ретропропульсия и латеропульсия), передвигается с двусторонней поддержкой, походка шаркающая, замедленная, экстензия и напряжение мышц в шейном отделе (ретроколлиз). Олигобрадикинезия. Мышечная сила в руках и ногах достаточная, гипертонус по пластическому типу с двух сторон, «+» симптом Нойка-Ганева, трофика мышц не нарушена, периостальные и сухожильные рефлексы оживлены с рук и ног с наличием патологических кистевых (Бехтерева, Россоломо, Гофмана) и стопных знаков (Бабинского). Убедительных нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Достоверно верифицировать статическую функцию в позе Ромберга невозможно ввиду неустойчивости и экстензии туловища. Пальценосовая и пяточно-коленная пробы – несколько неуверенные ввиду гипертонуса.

Общеклинические показатели крови и мочи, биохимический анализ крови в пределах нормальных значений.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 64 уд/мин, регулярный, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, отклонение электрической оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка.

Офтальмолог: ангиопатия на глазном дне с двух сторон, диплограмма – норма.

Нейровизуализационные изменения при МРТ (1,5 Т) головного мозга: в области скорлупы с обеих сторон, на симметрично расположенных участках визуализируется участок повышенного МР-сигнала в T2-ВИ и FLAIR, изоинтенсивного T1- взвешенном изображении (ВИ) размерами (КК/Ф/С)4: справа 4/19 мм, слева 4/26 мм. Мозжечок атрофичен, мост уменьшен в размерах, в сагиттальной плоскости определяется симптом «колибри», наличие линейных зон поперечной и продольной исчерченности, повышенного МР-сигнала в T2-ВИ и FLAIR, изоинтенсивного ткани мозга в T1-ВИ. Срединные структуры не смещены. После внутривенного контрастирования (Омнискан-15мл) его накопления в описанных очагах и зонах не определяется. Дифференцировка белого и серого вещества сохранена, срединные структуры не смещены. Ширина боковых желудочков на уровне передних рогов – 7 мм, тел справа – 11 мм, слева – 12 мм, III желудочка – 8 мм, IV желудочка – без особенностей. Ячейки сосцевидных отростков и пирамидок височных костей достаточно пневматизированы. Содержимое орбит – без особенностей. Краниовертебральный переход неизменен. Патологических изменений в костях не выявлено.

При электронейромиографии исследованы и проанализированы потенциалы двигательных единиц (ПДЕ) в руках и ногах, треморография: экстрапирамидные нарушения, тремора нет.

Тест с леводопой отрицательный. Лечение заключалось в назначении тригексифенидила, ипидакрина, эсциталопрам, коэнзим Q10, амантадина гидрохлорид.

Выводы. У пациентки имеет место СНП, клиническая картина которого прогрессирует за последние 5 лет, при этом манифестация после 50 лет (в критериях после 40 лет), неврологическая картина заключается в глазодвигательных нарушениях (супрануклеарный паралич), постуральная неустойчивость, элементы псевдобульбарного синдрома, рефлекторная пирамидная недостаточность и симметричный акинетико-ригидный синдром. Дополнительно отсутствует терапевтический эффект. При нейровизуализации (МРТ головного мозга) диагностирован симптом «колибри».



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРУДНОДИАГНОСТИРУЕМОЙ И ГЕНЕТИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ МИОДИСТРОФИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СЕКВЕНИРОВАНИЯ ДНК

Коценко Ю.И.

Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького,
Донецк

Цель демонстрации клинического случая. Изучить особенности клинико-неврологического течения нервно-мышечной патологии с учетом полученных инструментальных и генетических результатов.

Пациентка 1974 г.р. фиксирует нарушение походки, слабость и скованность в мышцах ног, из-за чего вынуждена передвигаться на носках, появление шаткости и неустойчивости при статическом положении.

Впервые около 10 лет назад отметила напряжение в правой стопе из-за чего опиралась на пальцах при ходьбе, ухудшение состояния, через 3 года, когда появилась слабость в правом бедре, выросла статическая дисфункция, через 1 год симптоматика распространилась на левую ногу, окружающие отметили изменение походки, появление шаткости и неустойчивости, через еще год увольняется с работы из-за невозможности выполнять трудовые обязанности в привычной объеме. В течение длительного периода после физической нагрузки отмечает субфебрилитет с ускорением скорости оседания эритроцитов до 25 мм/час (норма до 15 мм/ч), лимфоцитарным сдвигом (лимфоциты 42% (норма 18-40%), нейтрофилы 45% (норма 47-72%)). Амбулаторно пациентке выполнена ЭНМГ, где описана грубая аксонопатия моторных волокон малоберцовых нервов с двух сторон.

Вредные привычки отрицает, профессиональных вредностей не имеет.

Наследственный анамнез отягощен, при этом диагноз не известен: нарушение ходьбы появились у ее отца в 30 лет в прогрессирующим течением и развитием инвалидизирующего состояния – передвигался в инвалидном кресле (умер в 50 лет), родная сестра отца передвигается также в инвалидном кресле (живая). У пациентки есть дочь (от беременности 3, родов 1) 28 лет без неврологического дефицита.

В неврологическом статусе: сознание ясное, ориентирована верно, астенизирована, менингеальных знаков нет, функция черепных нервов без особенностей. Псевдобульбарных нарушений не выявлено. Мышечная сила в руках диффузно снижена до 4 баллов, в ногах до 4 баллов в проксимальных отделах, до 2-3 баллов в дистальных отделах с наличием разгибательных контрактур в голеностопных суставах, передвигается с опорой, гипертонус в ногах по спастическому типу,

гипотрофия мышц голени, до 2 см справа, периостальные и сухожильные рефлексы оживлены с рук и ног, больше справа с расширением рефлексогенных зон и наличием патологических кистевых (Якобсона-Ласка, Россолимо, Гофмана) и стопных знаков (Бабинского). Убедительных нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Верифицировать статическую функцию в позе Ромберга невозможно ввиду неустойчивости и недостаточной опоры на всю стопу. Пальценосовая проба – удовлетворительная, пяточно-коленная проба – несколько неуверенная.

Общеклинические показатели крови и мочи в пределах нормальных значений. Биохимический анализ крови: креатининфосфокиназа 334 ед/л (норма <145 ед/л), лактатдегидрогеназа 225 ед/л (норма 200-450 ед/л).

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 59-61-64 уд/мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, нарушение процесса реполяризации в V4 отведении.

Офтальмолог: синдром сухого глаза.

Нейровизуализационных изменений при МРТ (1,5 T) головного мозга и позвоночника не выявлено.

При ЭНМГ игольчатым электродом исследованы и проанализированы потенциалы двигательных единиц (ПДЕ), их амплитуда и длительность в мышцах. При этом изучены слева четырехглавая мышца (ПДЕ 10,3 мс = -13%), передняя большеберцовая (ПДЕ 5,9 мс = -49%), справа икроножная (ПДЕ 6,5 мс = -44%) и передняя большеберцовая мышца (ПДЕ 5,5 мс = -48%). Выявлена значимая перестройка ПДЕ по миогенному типу с уменьшением средней длительности до 50% от возрастной нормы во всех исследованных мышцах голени, спонтанная активность отсутствует, в передних большеберцовых мышцах зарегистрированы миотонические разряды.

По данным МРТ (T1-SE, STIR, аксиально) мышц голени на T1 импульсной последовательности и T2 Dixon water MR-сигнал диффузно изменен, в мышцах бедер – диффузные изменения в m. sartorius, m. semimembranosus, m. semitendinosus, m. gracilis, в мышцах шеи, верхнего плечевого пояса, рук, торакоабдоминальной области и таза – неизменен, однако отмечается жировая дегенерация паравerteбральных мышц. MR-изображения могут быть характерным проявлением миофибриллярной мышечной дистрофии, связанной с дефектом белка десмина и альфаВ-кристаллина

Лечение заключалось в назначении тиоктовой кислоты, фолиевой кислоты, холина альфосцерат, ипидакрина.

В ходе молекулярно-генетической диагностики жидкой крови с этилендиаминтетрауксусной кислотой выполнен поиск патогенных вариантов, ассоциированных с врожденными миопатиями. Выявлен патогенный вариант нуклеотидной последовательности в 6 экзоне гена DES в гетерозиготном состоянии A>G в локусе Chr2:219421340, что приводит к миссенс-замене / нуклеотидной замене (NM_001927.4: c.1024A>G, p.(Asn342Asp)).

Установлено, что данный выявленный вариант нуклеотидной последовательности не зарегистрирован в контрольной выборке Genome Aggregation Database (gnomAD v.4.0.0). Однако, отмечено наличие гена DES в гетерозиготном состоянии при лопаточно-перонеальном синдроме (Kaesler type), дилатационной кардиомиопатии. При гомозиготном, гетерозиготном и компаунд-гетерозиготном состоянии описаны при миофибриллярной миопатии. Вариант c.1024A>G встречался при десмин-ассоциированной миопатии, миопатии и кардиомиопатии. При этом результат требует проведения сегрегационного анализа, с необходимостью подтверждения метода прямого секвенирования по Сенгеру и уточнения происхождения данного варианта (наследственный или de novo).

Оценка клинической значимости патогенности выявленных вариантов проводилась на основании российских рекомендаций для интерпретации данных, полученных методами массового параллельного секвенирования.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кошлатая О.В.¹, Суджаева О.А.¹,
Мещеряков Ю.В.², Попель О.Н.¹

¹Республиканский научно-практический
центр «Кардиология»,

²Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Сравнить информативность почечных биомаркеров для оценки риска возникновения хронической болезни почек (ХБП) у пожилых пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), осложненной ХСН

Материалы и методы. В исследование включено 64 пациента возрасте от 65 до 75 лет (в среднем 74,4±4,5 года) с ХИБС, осложненной ХСН I-II функционального класса по Нью-Йоркской классификации (NYHA), не имеющих в анамнезе структурной патологии почек и ХБП. Всем пациентам изначально, через три месяца и через 1 год были выполнены биохимические исследования крови, мочи, эхо-кардиографическое исследование (Эхо-КГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и почечных сосудов, рентгеновская компьютерная томография сердца (РКТ). Для выявления факторов риска развития ХБП через год от

начала наблюдения применялся метод множественной регрессии. Для оценки вклада каждого из биохимических показателей был применен метод отношения шансов (Odd Ratio) с расчетом границ 95% доверительного интервала. Для сравнения независимых выборок с количественными показателями использован непараметрический тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test)

Результаты. Пациенты, включенные в исследование, через 3 месяца и через 1 год были осмотрены врачом-нефрологом. Несмотря на то, что все пациенты на момент включения в исследование не имели структурной патологии почек и ХБП в анамнезе, у 84% процентов по результатам годового обследования был выставлен диагноз ХБП: у 35% пациентов диагностирована ХБП С1 стадии, у 7% – С2, у 27% – С3а и у 15% – С3б. В результате проведения регрессионного анализа для определения факторов, влияющих на развитие ХБП через 1 год от начала наблюдения, было установлено, что в развитии ХБП играют роль несколько групп факторов: клинические характеристики пациентов, наличие и степень выраженности структурной патологии сердца и почек. Статистически значимыми ($p < 0,05$) явились следующие показатели: по данным Эхо-КГ: конечно-систолический объем левого желудочка (ЛЖ) (В) ($U=134$, $p=0,006$), конечно-диастолический объем ЛЖ (В) ($U=177$, $p=0,04$), фракция выброса ЛЖ (В) ($U=135$, $p=0,006$), объем левого предсердия ($U=178$, $p=0,021$), наличие гипертрофии ЛЖ ($U=294$, $p=0,04$), наличие фиброза митрального клапана ($U=328$, $p=0,01$); по данным РКТ сердца: толщина эпикардального жира по правому желудочку ($U=8$, $p=0,015$); по данным УЗИ почек и почечных сосудов: индекс резистентности междолевой почечной артерии ($U=224$, $p=0,02$), индекс резистентности сегментарной почечной артерии ($U=409$, $p=0,016$); по данным биохимических маркеров в сыворотке крови: содержание креатинина ($U=61,5$, $p=0,00001$), цистатина С ($U=29$, $p=0,0000$), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ($U=123$, $p=0,0012$), мочевой кислоты ($U=104$, $p=0,0033$), Apo-B ($U=121$, $p=0,009$), натрийуретического пептида (NT-proBNP) ($U=139$, $p=0,025$), содержание суточного белка в моче ($U=61$, $p=0,003$); по клиническим данным: возраст, наличие артериальной гипертензии и инфаркта миокарда в анамнезе. В результате проведения сравнительной оценки информативности различных биомаркеров выявлено: показатель отношения шансов (OR) суточного белка в моче составил 14,2 (0,77; 261,2), OR цистатина С 5,81 (0,28; 18,09), мочевой кислоты 5,8 (0,68; 49,4), 3,9 OR NT-proBNP, OR креатинина сыворотки 0,48 (0,02; 11,3), OR ЛПНП 0,07 (0,016; 0,35), OR Apo-B 0,29 (0,03; 10,8)

Выводы. Наиболее информативными биомаркерами для оценки риска выхода пожилых пациентов с ХИБС и ХСН на ХБП явились: уровень суточного белка мочи, уровень цистатина С, мочевой кислоты, NT-proBNP в сыворотке крови.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК РАННИХ СТАДИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Кошлатая О.В., Суджаева О.А.,
Попель О.Н., Карпова И.С.
Республиканский научно-практический
центр «Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости хронической болезни почек (ХБП) у пожилых пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) по результатам годичного наблюдения

Материалы и методы. В исследование включено 100 пациентов возрасте от 65 до 75 лет (в среднем $70,1 \pm 2,07$ лет) с ХИБС без установленного диагноза ХБП в анамнезе. Всем пациентам изначально, через три месяца и через 1 год были выполнены биохимические исследования крови на автоматическом биохимическом анализаторе «Architect с 4000», эхо-кардиографическое исследование (Эхо-КГ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и почечных сосудов с определением индексов резистентности сегментарных почечных артерий (RI) на аппарате экспертного класса GE Vivid E9, рентгеновская компьютерная томография сердца (РКТ) с определением коронарного кальциевого индекса (ККИ) на аппарате Siemens Somatom Force.

Результаты. Все пациенты, включенные в исследование, через три месяца и через год от момента включения были осмотрены врачом-нефрологом: по результатам 3-х месячного обследования у 45% процентов был выставлен диагноз ХБП – у 18% пациентов диагностирована ХБП С1 стадии, у 6% – С2, у 18% – С3А и у 3% – С3Б, что говорит о недостаточной диагностике данного заболевания в целом у пожилых пациентов с ХИБС в силу разных причин. Через 1 год проведено обследование 92 человек: выявлено увеличение числа пациентов с ХБП в каждой группе: у 5,5% пациентов диагностирована ХБП С1 стадии, у 40,3% – С2, у 28,3% – С3А и у 10,9% – С3Б, у 12% пациентов диагноз ХБП отсутствовал, что говорит о быстром прогрессировании данного заболевания у пациентов старшей возрастной группы на фоне малосимптомности и стертости клинической картины. Проведен сравнительный анализ данных пациентов с ХБП 1-2 стадий с пациентами без ХБП: в группе пациентов с ХБП 1-2 стадии было больше пациентов мужского пола – 38% против 9% в группе без ХБП, в пять с лишним раз было больше пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) – 47,6% против 9,09% в группе без установленного диагноза ХБП, в 3 раза больше пациентов, перенесших аортокоронарное шун-

тирование (АКШ) – 7,1% в группе с ХБП и 0% в группе без ХБП, больше пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) – 28,5% в основной группе и 18,1% в группе без ХБП, на 20% больше лиц, имевших артериальную гипертензию (АГ): 91% в группе с ХБП и 72,2% в группе без ХБП, пациенты достоверно отличались по весу: вес пациентов в среднем по группе с ХБП составил $79,3 \pm 2,6$ кг, в группе без ХБП $69,5 \pm 7,7$ кг ($p=0,018$). По данным Эхо-КГ пациенты основной группы достоверно отличались по показателям, характеризующим диастолическую функцию ЛЖ: пииковой скорости позднего диастолического наполнения – А, м/с: в группе с ХБП $0,84 \pm 0,13$ м/с и $0,72 \pm 0,15$ м/с в контрольной группе ($p=0,023$), имела разницу по показателям, характеризующим систолическую функцию: ФВ ЛЖ (%) в группе с ХБП составила $59,7 \pm 6,15\%$ и $65,4 \pm 5,5\%$ без нее соответственно ($p=0,055$), что говорит о тенденции к ухудшению функционального состояния системы кровообращения у пациентов с коморбидной патологией. По данным РКТ сердца группы достоверно отличались по показателю ККИ: $471 \pm 89,2$ ед. в группе с ХБП 1-2 стадии и $282,9 \pm 48,0$ ед. без нее ($p=0,026$). Положительные результаты РКТ в большинстве случаев подтверждают наличие коронарного атеросклероза. Анализируя данные холестерина в обеих группах, нами выявлена достоверная разница в таких показателях как общий холестерин: $6,09 \pm 1,01$ ммоль/л в основной группе и $4,96 \pm 1,25$ ммоль/л в группе сравнения ($p=0,003$), ЛПНП $4,23 \pm 1,09$ ммоль/л и $3,12 \pm 1,3$ в группе с ХБП и без нее ($p=0,007$), АРО-В: $1,19 \pm 0,27$ и $0,95 \pm 0,24$ ($p=0,0075$). Это согласуется с данными анализа РКТ сердца и анамнестическими данными пациентов: наличие ХБП 1-2-стадий у пожилых пациентов является мощным предиктором риска развития сердечно-сосудистых осложнений

Выводы. Актуальным представляется раннее и своевременное выявление ХБП у пожилых пациентов с ХИБС с целью замедления прогрессирования заболевания и развития осложнений.

ГИПОНАТРИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кравченко А.Я.¹, Гаврилова Я.В.²

¹Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,

²Воронежская городская поликлиника №10,
Воронеж

Актуальность. Гипонатриемия является наиболее частым нарушением электролитного баланса, встречающимся в клинической практике у стационар-

ных больных [4]. Распространенность гипонатриемии у пациентов с инфарктом миокарда колеблется в пределах 12,5-23,2% [2]. Согласно данным некоторых исследований, низкое содержание натрия в плазме крови ассоциировано с неблагоприятным прогнозом, более тяжелым течением и высокой смертностью (краткосрочной и долгосрочной) при любом заболевании, в том числе ОКС [1,2,3]. Установление прогностического значения гипонатриемии при ОКС является актуальной задачей, требующей углубленного изучения.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости гипонатриемии у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и оценить влияние гипонатриемии на тяжесть основного заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 75 пациентов (средний возраст $66,3 \pm 11,6$ года), из них женщин – 31 (41,3%), мужчин – 44 (58,6%), госпитализированных с предварительным диагнозом ОКС в 2024 г. При наблюдении в стационаре, инфаркт миокарда (ИМ) как с зубцом Q, так и без него, развился у 33 больных; нестабильная стенокардия (НС) – у 42. Анализировались следующие данные: возраст, пол, диагноз при поступлении и выписке, наличие осложнений, уровень натрия в сыворотке крови в первые сутки госпитализации, количество баллов по шкале Grace, догоспитальный прием препаратов из группы диуретиков в анамнезе. Гипонатриемия диагностировалась при значениях $Na \leq 135$ ммоль/л.

Результаты. В исследуемой выборке гипонатриемия была выявлена в первые сутки госпитализации у 7 пациентов с ОКС, из них у 1 – при НС, у 6 (85,7%) – при ИМ, что составляет 10,6% от общего числа. У 57,1% больных ОКС с гипонатриемией течение заболевания было осложненным, т.к. было диагностировано одно из следующих осложнений: острая левожелудочковая недостаточность, фибрилляция предсердий, желудочковая экстрасистолия. Среди пациентов, не имеющих гипонатриемию, у 39,7% ($n=27$) развился ИМ, а осложненное течение ОКС было у 26,4% ($n=18$). По шкале Grace у 71,43% пациентов с низкими значениями натрия в крови риск госпитальной или отдаленной (в течение 6 месяцев) летальности был определен как средний или высокий. Среди пациентов без гипонатриемии только у 33,8% был определен средний или высокий риск летальности. Анализ исследуемых показателей выявил слабую отрицательную корреляцию между уровнем натрия в крови и количеством баллов по шкале Grace ($R=-0,29$). Средний уровень натрия в крови у пациентов, принимавших диуретики до госпитализации составил $140,8 \pm 1,72$ ммоль/л, в группе не получавших диуретическую терапию – $140,4 \pm 1,81$ ммоль/л ($P>0,05$).

Выводы. Таким образом, частота гипонатриемии у пациентов с ОКС оказалась довольно высокой и составила 10,6%. При этом снижение уровня натрия в крови не был связан приемом диуретиков в анамнезе. У пациентов с ОКС и гипонатриемией отмечаются более частое развитие ИМ и развитие осложнений, а также худший прогноз по сравнению с пациентами, не имею-

щими нарушений электролитного баланса, что привлекает внимание к вопросу о необходимости коррекции данного состояния при лечении пациентов с ОКС.

ВКЛАД ГИПЕРУРИКЕМИИ В СТРУКТУРУ ПОЛИМОРБИДНОСТИ У РАБОТАЮЩИХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Красивина И.Г.¹, Долгов Н.В.², Долгова Л.Н.²

¹Ярославский государственный
медицинский университет,
²РЖД-Медицина,
Ярославль

Связь между гиперурикемией (ГУ) и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний активно обсуждается в аспекте кардиоваскулярной профилактики и нефропротекции. Установлено, что ГУ тесно связана с нарушениями липидного обмена и проблемами гликемического контроля. Несмотря на то, что традиционно уровень сывороточной урикемии значительно различается между мужчинами и женщинами, в настоящее время под ГУ понимают его повышение более 360 мкмоль/л независимо от пола. Различно ли влияние ГУ на структуру заболеваемости наиболее распространенными хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) у мужчин и женщин, требует уточнения.

Цель. Сравнительный анализ гендерных различий по коморбидной отягощенности и метаболическим нарушениям в зависимости от наличия ГУ у амбулаторных работающих пациентов.

Материал и методы. На базе амбулаторно-поликлинических подразделений ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» город Ярославль» в рамках одномоментного поперечного исследования обследовано 458 человек (248 мужчин и 202 женщины). Средний возраст обследованных $47,7 \pm 7,7$ лет, средний ИМТ $28,8 \pm 3,7$ кг/кв. м. В объем обследований включали клинический терапевтический осмотр с регистрацией имеющихся ХНИЗ, лабораторное исследование крови (глюкоза, липидный профиль, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, креатинин). Фиксировали наличие у обследуемого ожирения (ОЖ), гипертонической болезни (ГБ), сахарного диабета 2 типа (СД2), неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), хронических гастритов (ХГ), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), остеоартритов (ОА), подагры (П), атеросклероза сосудов любого бассейна (АС), мочекаменной болезни (МКБ). Пациенты были распределены в подгруппы в зависимости от пола и уровня сывороточной урикемии: ≥ 360 мкмоль/л (мужчины с ГУ (МГУ, $n=96$); женщины с ГУ (ЖГУ, $n=13$)) и <360 мкмоль/л (мужчины с нормоурикемией (МНУ, $n=160$); женщины с НУ (ЖНУ, $n=188$)). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием

программы Statistica13. Использовали параметрические и непараметрические показатели, за уровень статистической значимости принимали значение $p < 0,05$.

Результаты. ГУ была зарегистрирована у 38,7% мужчин и 6,4% женщин. По возрасту МГУ были на 4,3% ($p=0,017$) старше МНУ, а ЖГУ на 10,6% ($p=0,021$) старше ЖНУ. По ИМТ +10,3% ($p=0,0000$) у МГУ и +20,5% ($p=0,001$) у ЖГУ относительно подгрупп МНУ и ЖНУ соответственно. Морбидное ОЖ имелось у 94,8% МГУ против 63,7% МНУ (Chi-square 59,0; $p=0,0000$) и у 84,6% ЖГУ против 48,4% ЖНУ (Chi-square 11,7; $p=0,019$). Атерогенные отклонения липидных фракций были характерны для пациентов с ГУ в целом: дислипидемия любого типа зарегистрированы у 85% МГУ и 100% ЖГУ. По уровням триглицеридов и ЛПНП ЖГУ не отличались от МГУ. Встречаемость ГБ составила 72% МГУ, 46% МНУ, 75% ЖГУ и 24% ЖНУ ($p < 0,001$ между подгруппами ГУ и НУ). Нарушение гликемии натощак у МГУ регистрировалось в 14 раз чаще МНУ (42% и 3%; $p=0,0000$) и в 4 раза чаще при сравнении ЖГУ и ЖНУ (15,4% и 3,7%; $p=0,049$). Встречаемость СД2: 8% МГУ, 6% МНУ, 23% ЖГУ и отсутствие зарегистрированных случаев у ЖНУ. Уровень креатинина был значимо выше при ГУ: у МГУ на 6,8% относительно МНУ ($p=0,00006$), а у ЖГУ на 11,8% относительно ЖНУ ($p=0,003$). Встречаемость хронической болезни почек у ЖГУ достигала 10% против 4% у МГУ и 2,5% ЖНУ. Регистрация МКБ увеличивалась от 6% среди ЖНУ до 12% среди МГУ. У 12% ЖГУ были выявлены онкологические заболевания любых локализаций против 8% ЖНУ, 6% МНУ и 5% МГУ. Распространенность НАЖБП была существенно выше у МГУ (35% против 17% МНУ, 8% ЖГУ и 6% ЖНУ; $p < 0,05$). По встречаемости ГЭРБ различия касались лишь мужчин и женщин, а связи с ГУ не было выявлено (24% МГУ, 17% МНУ, 8% ЖГУ, 4% ЖНУ). ХГ встречались у 60% МГУ, 56% МНУ, 46% ЖГУ и 49% ЖНУ. ОА любых локализаций имели место у 23% МГУ, 14% МНУ, 69% ЖГУ и 20% ЖНУ. П регистрировалась у 4% МГУ и МНУ, 15% ЖГУ и 1% ЖНУ (внутригендерные и межгендерные различия по ОА и П: $p < 0,05$). В целом простая сумма зарегистрированных в амбулаторной карте заболеваний продемонстрировала высокую степень полиморбидности прежде всего ЖГУ, имевших в среднем до 6 нозологических единиц. Вторую позицию заняли МГУ – по 4 – 5 диагнозов. Нозологическая отягощенность у МНУ и ЖНУ была сопоставима и соответствовала 4 и менее зарегистрированным болезням.

Вывод. Гиперурикемия сопряжена с высокой степенью полиморбидности. Для обоих полов это значимый фактор отягощенности по морбидному ожирению, гипертонической болезни, дислипидемии. Мужчины с ГУ чаще страдают НАЖБП и нарушением гликемии натощак. У женщин с ГУ чаще регистрируется СД2, ОА, подагра, а также они характеризуются самой высокой степенью полиморбидности, в том числе и онкологическими заболеваниями, а не только болезнями и состояниями круга метаболического синдрома. Данный факт следует учитывать при проведении скрининговых диспансерных осмотров.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ОЖГОВОВОЙ БОЛЕЗНИ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА

Кружалин Е.Е.¹, Убушаева Д.С.¹, Сахин В.Т.¹,
Есипов А.В.¹, Крюков Е.В.², Казаков С.П.³,
Сотников А.В.², Гордиенко А.В.², Рукавицын О.А.³,
Прохорчик А.А.¹, Гуляев Н.И.¹, Калинин А.Г.¹

¹НМИЦ ВМТ имени А.А. Вишневого,
Красногорск,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург,

³ГВКГ имени Н.Н. Бурденко,
Москва

Цель исследования. У пострадавших с ожоговой травмой в стадии ожогового шока и ожоговой токсемии оценить диагностическую значимость NLR в отношении прогнозирования клинического исхода. Оценить наличие взаимосвязи между NLR и тяжестью состояния по шкале APACHE II и тяжестью ожоговой травмы на основании индекса Франка (FI).

Материалы и методы. Обследованы 27 пациентов мужского пола, возраст – 34 [31,25-42,5] года, поступивших в специализированный стационар на 4 [3-5] сутки после получения ожоговой травмы. В зависимости от клинического исхода пациенты разделены на две группы. В 1-ю группу включены 13 выживших пострадавших, возраст – 36 [33-44] лет, APACHE II 5 [2-7] баллов, FI 96 [85-124] баллов. Во 2-ю группу включены 14 умерших пострадавших, возраст – 33 [23-31] года, APACHE II 21 [15-24] балл, FI 175 [151-197] баллов. Средняя продолжительность лечения пострадавших включенных во 2-ю группу составила 9 суток, что соответствует стадии ожоговой токсемии и началу стадии септикотоксемии ожоговой болезни. Всем пострадавшим выполнялось исследование общего клинического анализа крови при поступлении в стационар (стадия ожогового шока) и через трое суток (стадия ожоговой токсемии) с подсчетом числа нейтрофилов и лимфоцитов и последующим расчетом индекса NLR (гематологический анализатор Sysmex XN, Япония). У каждого показателя рассчитывали медиану (Me) и межквартильный интервал (IQR). Достоверность различий между исследуемыми выборками определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни ($p < 0,05$). Для оценки взаимосвязи между двумя переменными использовали корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (r). Статистически значимым отличием коэффициента r от 0 признавали уровень $p < 0,05$. Для статистической обработки результатов исследований была создана база данных в программе MS Excel из пакета прикладных программ MS Office 2013 с последующей статистической обработкой в программе StatSoft Statistica 10.

Результаты и обсуждения. В стадии ожогового шока во 2-ой группе в сравнении с 1-ой группой значимо снижено число лимфоцитов ($0,59 [0,44-0,98] \times 10^9/\text{л}$ и $1,71 [1,10-2,07] \times 10^9/\text{л}$, $p=0,01$) и увеличено значение индекса NLR ($7,57 [7,21-10,44]$ и $3,72 [2,46-6,46]$, $p=0,02$). В стадии ожоговой токсемии во 2-ой группе значимо снижено число лимфоцитов ($1,01 [0,66-1,05] \times 10^9/\text{л}$ и $1,67 [1,42-2,52] \times 10^9/\text{л}$, $p=0,008$) и NLR ($9,34 [7,00-25,46]$ и $4,51 [4,02-6,65]$, $p=0,03$). В отношении числа нейтрофилов в стадии ожогового шока и стадии ожоговой токсемии межгрупповых различий не выявлено ($p>0,05$). В стадии ожогового шока выявлена взаимосвязь между FI с числом лимфоцитов ($r=-0,54$), и значением индекса NLR ($r=0,53$). В стадии ожоговой токсемии также установлена взаимосвязь между FI, числом лимфоцитом ($r=-0,45$) и NLR ($r=0,67$).

Выводы. Результаты данного исследования подчеркивают важность мониторинга NLR как потенциального маркера воспаления у пациентов с ожогами, как в период ожогового шока, так и в период ожоговой токсемии. Доказано влияние тяжести ожоговой травмы на NLR. Полученные результаты отражают возможность использования этого показателя для прогнозирования течения ожоговой болезни, подчеркивают важность мониторинга в периферической крови показателей лимфоцитов и NLR как потенциальных маркеров воспаления и состояния иммунной системы у пациентов с ожогами, а также необходимость учета влияния FI на эти показатели. Понимание изменения состояния иммунного статуса пациентов с ожоговыми травмами полезно для дальнейших клинических исследований и разработки методов лечения.

ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА

Кружалин Е.Е.¹, Убушаева Д.С.¹, Сахин В.Т.¹,
Есипов А.В.¹, Крюков Е.В.², Казаков С.П.³,
Сотников А.В.², Гордиенко А.В.², Рукавицын О.А.³,
Прохорчик А.А.¹, Гуляев Н.И.¹, Калинин А.Г.¹

¹НМИЦ ВМТ имени А.А. Вишневого,
Красногорск,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург,

³ГВКГ имени Н.Н. Бурденко,
Москва

Цель исследования. У пострадавших с ожоговой травмой в стадии ожогового шока и ожоговой токсемии оценить диагностическую значимость NLR пунктата костного мозга в отношении прогнозирования

клинического исхода. Исследовать взаимосвязь между NLR пунктата костного мозга и тяжестью состояния по шкале APACHE II и тяжестью ожоговой травмы на основании индекса Франка (FI).

Материалы и методы. Обследованы 27 пациентов мужского пола, возраст – 34 [31,25-42,5] года, поступивших в специализированный стационар на 4 [3-5] сутки после получения ожоговой травмы. В зависимости от клинического исхода пациенты разделены на две группы. В 1-ю группу включены 13 выживших пострадавших, возраст – 36 [33-44] лет, APACHE II 5 [2-7] баллов, FI 96 [85-124] баллов. Во 2-ю группу включены 14 умерших пострадавших, возраст – 33 [23-31] года, APACHE II 21 [15-24] балл, FI 175 [151-197] баллов. Средняя продолжительность лечения пострадавших включенных во 2-ю группу составила 9 суток, что соответствует стадии ожоговой токсемии и началу стадии септикотоксемии ожоговой болезни. Всем пострадавшим выполнялась гемоцитометрия пунктата костного мозга при поступлении в стационар (стадия ожогового шока) и через трое суток (стадия ожоговой токсемии) с подсчетом числа нейтрофилов и лимфоцитов и последующим расчетом индекса NLR (гематологический анализатор Sysmex XN, Япония). У каждого показателя рассчитывали медиану (Me) и межквартильный интервал (IQR). Достоверность различий между исследуемыми выборками определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни ($p<0,05$). Для оценки взаимосвязи между двумя переменными использовали корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (r). Статистически значимым отличием коэффициента r от 0 признавали уровень $p<0,05$. Для статистической обработки результатов исследований была создана база данных в программе MS Excel из пакета прикладных программ MS Office 2013 с последующей статистической обработкой в программе StatSoft Statistica 10.

Результаты и обсуждения. В стадии ожоговой токсемии у пациентов 2-ой группы в сравнении с пациентами 1-ой группы значимо повышен NLR ($6,57 [6,30-8,81]$ и $4,20 [3,92-4,85]$, $p=0,008$). В стадии ожогового шока значимых межгрупповых различий по исследуемым параметрам не выявлено ($p>0,05$). В отношении числа лимфоцитов и нейтрофилов в стадии ожоговой токсемии межгрупповых различий также не выявлено ($p>0,05$). В стадии ожогового шока и ожоговой токсемии корреляция между исследуемыми показателями низкая.

Выводы. Увеличение индекса NLR в пунктате костного мозга в стадии ожоговой токсемии у пострадавших с неблагоприятным исходом свидетельствует о важном значении изменений иммунитета для дальнейшего течения ожоговой болезни. Необходимы дальнейшие исследования индекса NLR костного мозга для уточнения его значения в оценке течения ожоговой болезни.

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ: АКТУАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИЯ И МЕТОДЫ

Куприянова А.А., Перцев А.В., Гречкин В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Оценить возможность ЭхоКГ в приемном отделении для раннего выявления инфекционного эндокардита у пациентов с лихорадкой.

Материал и методы. В терапевтическом отделении было обследовано 70 лихорадящих больных (длительность лихорадки не менее 10 дней) в возрасте от 29 до 69 лет и подозрением на инфекционный эндокардит (возраст от 29 до 69 лет). В рамках комплексного обследования всем пациентам проводилась эхокардиография, а также стандартный набор диагностических процедур: рентгенография органов грудной клетки, общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, бактериологический посев крови.

Результаты и их обсуждение. Инфекционный эндокардит был выявлен у 35 больных. При этом вегетации на клапанных структурах сердца были обнаружены у 14 пациентов с опийной наркоманией, у 4 – с тяжелой пневмонией, у 9 – после инвазивных лечебных и диагностических манипуляций (катетеризация мочевого пузыря и подвздошной вены, цистоскопия, выскабливание полости матки), у 3 – после экстракции зуба, у 5 – на фоне хирургического сепсиса, у 3 – с врожденными пороками сердца. Локализация вегетаций была различной. Чаще всего поражался трикуспидальный клапан (при опийной наркомании, флебите подвздошной вены и т.д.), реже – аортальный и митральный. В двух наблюдениях имело место поражение нескольких клапанов. У трех больных с опийной наркоманией инфекционный эндокардит был диагностирован уже на поликлиническом этапе.

Выводы. Раннее выявление больных с лихорадкой и подозрением на инфекционный эндокардит, проведение им комплексного обследования, включая ЭхоКГ, до госпитализации, а также непрерывность диагностического процесса в стационаре позволяют своевременно начать лечение, что положительно влияет на течение заболевания.



ДИНАМИКА ПОРАЖЕНИЙ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Куприянова А.А., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Оценить взаимосвязь между приверженностью антигипертензивной терапии и поражением органов-мишеней у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 62 пациентов с артериальной гипертензией. Для оценки их состояния были изучены амбулаторные карты и проведен опрос с использованием индивидуальной анкеты. Кроме того, был выполнен расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, биохимический анализ крови (оценка уровня креатинина), анализ мочи на микроальбуминурию, ультразвуковое исследование почек и эхокардиография.

Результаты и их обсуждение. Было обследовано 52 пациента с установленным диагнозом артериальная гипертензия, из них 13 мужчин (28,6%) и 43 женщины (71,4%). Средний возраст больных составил $67,9 \pm 1,39$ лет. Средняя продолжительность артериальной гипертензии была $15,4 \pm 1,42$ лет. Было выявлено, что 65% пациентов не привержены назначенной терапии, 37% принимают препараты ежедневно. Среднее значение максимальных цифр систолического артериального давления за весь период течения заболевания достигало $162,3 \pm 2,61$ мм рт.ст. В группе опрошенных пациентов, получивших согласно опроснику Мориски-Грин 3 и более баллов, средние показатели систолического АД составили $140,6 \pm 2,11$ мм.рт.ст, при этом в группе не приверженных лечению пациентов значения достигли $194,3 \pm 2,76$ мм рт.ст., что соответствует III степени АГ ($p125$ г/м² у мужчин и >110 г/м² у женщин). Показатель был меньше в группе приверженных терапии пациентов по сравнению с группой, не принимавших необходимые препараты – средние значения составили $132,1 \pm 0,13$ г/м² и $156,7 \pm 0,21$ г/м² соответственно.

Выводы. Было доказано, что значительно меньше прогрессирует артериальная гипертензия в отношении нарушения функций органов – мишеней у пациентов, постоянно и рационально принимающих антигипертензивную терапию по сравнению с пациентами, пренебрегающими приемом данных лекарственных средств или не принимающих их вовсе ($p < 0,05$).

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Куприянова А.А., Перцев А.В., Резниченко К.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Разработка и внедрение комплексной инновационной системы реабилитации для пациентов с ХОБЛ, которая включает обучение, общие физические упражнения и применение компьютерной системы тренировки дыхательной мускулатуры.

Материалы и методы. Исследование было включено 103 пациента с ХОБЛ (группа Е (62,1%/63 мужчин; 39,9%/40 женщин; средний возраст – 53,21±0,47 лет). Пациенты были разделены на две группы: первая (48 человек) получала стандартную медикаментозную терапию в сочетании с курсовой легочной реабилитацией, вторая (44 человека) – только стандартную медикаментозную терапию. Легочная реабилитация пациентов при обучении с рекомендациями по отказу от курения и правильного питания, а также физических упражнений, с особым вниманием к боковым движениям. Все участники поддержали информированное согласие. Данные были проанализированы с использованием программы STATGRAPHICS 5.1 Plus.

Результаты и их обсуждение. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ с высоким и средним уровнем медикаментозного комплаенса, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания был проведен курс легочной реабилитации, выявлена достоверная положительная динамика исследуемых показателей по сравнению с больными ХОБЛ с низким уровнем медикаментозного комплаенса, которые получали только стандартную медикаментозную терапию заболевания: снижение числа обострений и госпитализаций в 1,9 и 2,3 раз соответственно, достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья по шкале mMRC в 1,7 раза, достоверное снижение степени выраженности системного воспаления (ФНО-α) на 2,48 пг/мл, достоверное повышение толерантности к физической нагрузке (ТШХ) на 62,75 м; по результату CCQ статистически значительно улучшились показатели «Общий показатель» на 1,73 балла, «Симптомы» – на 1,87 балла, «Функциональный статус» – на 1,68 балла, «Психический статус» – на 1,41 балла; также улучшились показатели шкал физического и психосоциального компонентов качества жизни, оцениваемых по результатам опросника SF-36: ФА на 15,13 баллов, РФ на 16,72 баллов, Б на 15,43 баллов, ОЗ на 22,13 баллов, ЖС на 20,27 баллов,

СА на 15,46 баллов, РЭ на 17,34 баллов, ПЗ на 15,78 баллов. Выводы. Курс легочной реабилитации позволяет повысить качество жизни, улучшить физический и психосоциальный статус пациентов, что является необходимым условием для включения в схемы ведения больных ХОБЛ для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и уменьшения нагрузки на здравоохранение в целом

Выводы. Курс легочной реабилитации позволяет повысить качество жизни, улучшить физический и психосоциальный статус пациентов, что является необходимым условием для включения в схемы ведения больных ХОБЛ для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и уменьшения нагрузки на здравоохранение в целом.

РОЛЬ МАРКЕРОВ CD117, CD34 И PGE2 ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

Курбанова К.Ш., Азимова Ф.В.
Республиканский научно практический центр
дерматовенерологии и косметологии,
Ташкент, Узбекистан

Преадипоциты «ASC» является стандартной номенклатурой, предложенной Международной федерацией по терапии и науке жировой ткани. ASC обладают рядом преимуществ как перспективный источник клеток для регенерации тканей и клинической терапии. Так, ASC могут быть получены из обильного аутологичного источника с незначительной инвазивной добычей (липосакцией); ASC также имеют значительную пролиферативную способность в культуре и многолинейный потенциал, такой как адипогенная, остеогенная и хондрогенная дифференцировки тканей; ASC можно идентифицировать с помощью сортировки клеток, активированных флуоресценцией, поскольку они имеют несколько специфических поверхностных маркеров – CD117, человеческий лейкоцитарный антиген-DR (HLA-DR) и маркер, связанный со стволовыми клетками, такой как CD34.

Существенной функцией ASC является секреция факторов роста, которые активируют митоз и пролиферацию клеток. Эти факторы роста включают фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), TGF-β, фактор роста гепатоцитов (HGF), фактор роста тромбоцитов (PDGF), плацентарный фактор роста и bFGF. Экспрессия этих мощных факторов роста позволяет ASC иметь ангиогенную способность и усиливать неоваскуляризацию тканей, которая, в последующем, отразится на регенерации клеток. ASC также являются иммуномодуляторами и иммуносупрессорами посредством прямого взаимодействия между клетками или секретиремого профиля цитокинов, таких как простагландин E2 (PGE2), фактор ингибирования лейкемии (LIF) и кинуренин.

Цель исследования. Изучение специфических маркеров клеток адипоцитов (ASC) - CD117, CD34 и их иммунной активности исследованием простагландина E2 (PGE2) в крови пациентов андрогенной алопецией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов с андрогенной алопецией в возрасте от 18 лет до 53 лет, среди которых лиц женского пола было 52 человек, лиц мужского пола – 23. У женщин наблюдалась в большинстве II-III степень по Людвику 38 (73,1%) и клинически отмечалось значительное разрежение волос в лобно-теменной области волосистой части головы, и у 14 (26,9%) отмечалась I степень заболевания, при котором наблюдалось небольшой (0,7-1 см шириной) разрежение волос в темени. У 11 (47,8%) мужчин преобладала III-IV андрогенной алопеции по Гамильтону, при котором клинически отмечалось выпадение волос в лобной, височной и теменной областях волосистой части головы, у 8 (34,8%) мужчин - III степень, при котором клинически констатировали выпадение волос лишь в области лба и висков. У 4 (17,4%) мужчин отмечалась IV-V степень андрогенной алопеции, при котором наблюдались выраженные залысины, образовавшиеся при слиянии участков выпадения волос в лобно-теменной области волосистой части головы. Лица контрольной группы были в составе 20 человек, репрезентативных по полу и возрасту с пациентами андрогенной алопецией. У пациенток с андрогенным выпадением волос определялся также гормональный статус (ЛГ, ФСГ, ДГЭС, СССГ, 17-ОН). Данные уровни гормонов у лиц женского пола с андрогенной алопецией в 16,3% случаев был выше нормы и пациентки направлялись на консультацию эндокринолога. У лиц мужского пола исследовали свободный тестостерон, который был высок в 4% случаев. Провоцирующим фактором у пациентов андрогенной алопецией были: – стрессовые состояния 29,4%, курение – 16,7%, SARS 19 – 37,5%, заболевания ЛОР органов – 16,4%.

Результаты и обсуждение. Видеотрихоскопия кожи волосистой части головы показала достоверное снижение количества анагеновых волос и увеличение телогеновых волос как в теменной области волосистой части головы, так и в затылочной. Так, при I степени андрогенной алопеции в теменной области у женщин количество волос в фазе анагена составила $68,1 \pm 3,02\%$ ($p < 0,01$), при II – $59,7 \pm 5,2\%$ ($p < 0,001$), при III – $51,4 \pm 8,7\%$ ($p < 0,001$), тогда как аналогичные показатели в контрольной группе составляли $87,1 \pm 4,3\%$. Количество волос в стадии телогена увеличилась и составила: $31,9 \pm 2,1\%$ ($p < 0,01$) при I степени, $40,3 \pm 8,9\%$ ($p < 0,01$) при II степени, $48,6 \pm 10,2\%$ ($p < 0,01$) при III степени, (контроль – $12,9 \pm 1,9\%$). В затылочной области количество волос в стадии анагена у женщин с андрогенной алопецией достоверно уменьшается: при I степени $73,2 \pm 1,9$ ($p < 0,05$), при II – $63,7 \pm 3,5\%$ ($p < 0,001$), при III – $58,9 \pm 1,3\%$ ($p < 0,001$), тогда как аналогичные показатели в контрольной группе составляли $85,4 \pm 3,9\%$. Количество волос в стадии телогена

параллельно стадии анагена достоверно увеличилась: $26,8 \pm 1,4\%$ ($p < 0,01$) при I степени, $36,3 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$) при II степени, $41,1 \pm 1,07\%$ ($p < 0,001$) при III степени (контроль – $14,6 \pm 2,3$).

Результаты исследования маркеров адипоцитов показали, что ASC у пациентов андрогенной алопецией имеют низкую метаболическую активность и вследствие этого, снижение их роли в регенерации волос. Основываясь на данных, что ASC секретируют факторы роста, усиливающие митоз и пролиферацию клеток, в нашем исследовании у пациентов с андрогенной алопецией предположительно наблюдается также снижение их уровня, и в последующем, снижение митоза и пролиферации клеток волосяного фолликула. Достоверное увеличение простагландина E2 (PGE2) у пациентов андрогенной алопецией в нашем исследовании, вероятно, наблюдается вследствие иммунных клеточных нарушений.

Выводы. Таким образом, исследование маркеров ASC у пациентов андрогенной алопецией имеет важное значение в регенерации волосяного фолликула и увеличения волос в стадии анагена. Применение фракции ASC внутридермально в кожу волосистой части головы при андрогенной алопеции, возможно, усилит регенерацию волос и успешно отразится на не только на качестве терапии данного заболевания, но и уменьшит рецидивирование патологического процесса.

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ

Куржос М.Н.¹, Тополянская С.В.²,
Пилярова М.Х.¹, Галимбекова М.В.¹,
Мельникова К.Д.¹, Бубман Л.И.¹, Елисеева Т.А.¹,
Лыткина К.А.¹, Мелконян Г.Г.¹

¹Госпиталь для ветеранов войн №3,

²Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель. Изучить особенности болевых синдромов у пациентов с боевыми травмами конечностей.

Материалы и методы. В исследование включено 72 пациента, перенесших ранения конечностей. Средний возраст пациентов составлял $35,1 \pm 8,0$ лет (от 20 до 54 лет). Медиана времени от момента ранения достигала 29 дней (Q1-Q3: 14-64 дней). 50,7% пациентов перенесли ампутацию конечностей, у 55,2% применялась вакуум-ассистированная терапия ран, у 28,3% – аппараты внешней фиксации переломов. Выраженность болевого синдрома (постоянного и послеоперационного) оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), анализировали вид болевого синдрома с помощью: DN4, Pain Detect, опросника боли Мак-Гилла, шкалы катастрофизации боли. Оценивали выраженность депрессии и тревоги с помощью шкалы Гамильтона.

Результаты. Выраженность постоянной боли по шкале ВАШ достигала в среднем $4,7 \pm 1,8$ балла (от 2 до 9 баллов), послеоперационной – $7,5 \pm 2,0$ (2-10) баллов. Средние показатели DN4 составляли $4,4 \pm 1,8$ балла (0-10 баллов), Pain Detect – $16,1 \pm 8,9$ баллов (0-47 баллов). В соответствии со значениями шкалы DN4 нейропатическая боль регистрировалась у 70,8% пациентов, Pain Detect – у 62,5%. Показатели опросника боли Мак-Гилла достигали в среднем $57,9 \pm 38,1$ баллов (0-163 балла), шкалы катастрофизации боли – $8,6 \pm 5,9$ баллов (0-23 балла). Лишь у 2 обследованных пациентов значения шкалы катастрофизации боли превышали 21 балл («катастрофизаторы»). Выраженность депрессии ($4,4 \pm 3,8$ (0-16) балла) и тревоги ($2,0 \pm 2,1$ (0-7) балла) в изученной группе раненых была незначительной. Зарегистрирована обратная корреляция между возрастом пациентов и выраженностью постоянной боли по ВАШ ($r = -0,28$; $p = 0,01$). Наблюдалась обратная корреляция между показателями DN4 и временем с момента ранения ($r = -0,23$; $p = 0,05$) и обратная взаимосвязь между давностью ранения и выраженностью депрессии ($r = -0,36$; $p = 0,01$). Установлена прямая корреляция между выраженностью постоянной боли по ВАШ и значениями: послеоперационной боли ($r = 0,49$; $p = 0,001$), DN4 ($r = 0,24$; $p = 0,04$), Pain Detect ($r = 0,44$; $p = 0,0001$), опросника Мак-Гилла ($r = 0,64$; $p < 0,000001$) и шкалы катастрофизации боли ($r = 0,39$; $p = 0,01$). Послеоперационная боль коррелировала со значениями Pain Detect ($r = 0,36$; $p = 0,01$) и опросника Мак-Гилла ($r = 0,5$; $p = 0,0001$). Установлены прямые корреляции между показателями опросника DN-4 и значениями ВАШ для постоянной боли ($r = 0,24$; $p = 0,04$), Pain Detect ($r = 0,48$; $p = 0,00001$) и опросника Мак-Гилла ($r = 0,56$; $p = 0,000001$). Зарегистрированы корреляции между показателями Pain Detect и опросника Мак-Гилла ($r = 0,62$; $p < 0,000001$), а также тенденция к достоверной корреляции со шкалой катастрофизации боли ($r = 0,28$; $p = 0,07$). Установлены следующие взаимосвязи между значениями опросника Мак-Гилла и: выраженностью постоянной боли ($r = 0,64$; $p < 0,000001$) и послеоперационной боли ($r = 0,5$; $p = 0,0008$) по ВАШ, DN4 ($r = 0,56$; $p < 0,000001$), Pain Detect ($r = 0,62$; $p < 0,000001$), шкалой катастрофизации боли ($r = 0,38$; $p = 0,01$). Показатели шкалы катастрофизации боли коррелировали с выраженностью постоянной боли по ВАШ ($r = 0,39$; $p = 0,01$), значениями опросника Мак-Гилла ($r = 0,38$; $p = 0,01$) и шкалы депрессии ($r = 0,4$; $p = 0,02$). Наблюдались корреляции между значениями шкалы Гамильтона для оценки депрессии и шкалой катастрофизации боли ($r = 0,4$; $p = 0,02$), а также показателями шкалы тревоги ($r = 0,38$; $p = 0,04$). Фантомные боли зарегистрированы у 23 пациентов с ампутациями конечностей. Достоверных различий по всем изученным параметрам болевого синдрома между пациентами с ампутированными конечностями и с сохранными, с наличием аппаратов внешней фиксации и без них, с ВАК-терапией и без нее, не зарегистрировано. Основными препаратами для лечения постоянной боли были трамадол (у 63,1% пациентов) и габапентин (у 42,1%), послеоперационной – трамадол и кеторолак.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о наличии выраженного болевого синдрома у пациентов с боевыми травмами конечностей. Обнаружены достоверные взаимосвязи между показателями болевого синдрома, оцененными с помощью разных шкал и опросников.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАСТ ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И РЕНТГЕН КОНТРАСТНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лаврищева Ю.В.¹, Яковенко А.А.²,
Лаврищева Д.К.²

¹НМИЦ имени В.А. Алмазова,
²ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить распространенность контраст индуцированного ОПП (КИ-ОПП) у пациентов, перенесших чрескожные коронарные вмешательства и рентген контрастные исследования и разработать методы прогнозирования и профилактики КИ-ОПП.

Введение. КИ-ОПП – ятрогенное состояние с абсолютным ($>0,5$ мг/дл) ($>44,2$ мкмоль/л) или относительным $>25\%$ повышением уровня креатинина плазмы после рентген контрастного исследования или вмешательства, часто обратимое состояние. Возникает спустя 24-72 ч, уровень креатинина достигает максимума спустя 3-5 суток.

Важнейшим фактором риска развития КИ-ОПП является уже существующая почечная дисфункция. Очевидно, что при сниженной функции почек риск развития КИ-ОПП возрастает многократно.

Согласно рекомендациям Европейского Общества Урогенитальной Радиологии (ESUR) вероятность появления КИ-ОПП считается высокой при наличии у пациента снижения функции почек, сахарного диабета или сочетания любых трех или более обстоятельств, приведенных далее: возраст более 70 лет, повторные рентген контрастные процедуры, застойная сердечная недостаточность, цирроз печени, нефротический синдром, множественная миелома, заболевания периферических сосудов, диуретик (особенно фуросемид), НПВС, циклоспорин, аминогликозиды, амфотеррицин и др., артериальная гипертензия, гиперурикемия, прием НГЛТ-2.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минз-

драва РФ обследовано 15434 пациентов, которым было выполнено рентген контрастное исследование сосудов и вмешательства.

Все пациенты были разделены на группы: мужчины и женщины, пациенты с СД 2 типа и без. Всем пациентам была рассчитана СКФ по формуле по формуле CKD-EPI мл/мин/1,73м².

Критерии включения: все пациенты, которым было выполнено рентген контрастное исследование/вмешательство на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава РФ. Критерии исключения: возраст пациента младше 18 лет. Пациенты, у которых не было выполнено определение уровня креатинина сыворотки крови до и после рентген контрастного исследования/вмешательства.

Результаты. Возраст пациентов колебался в диапазоне от 18 до 99 лет. Средний возраст на момент включения в исследование $65,7 \pm 12,8$ лет. Распределение пациентов в зависимости от пола – женщин 5733, мужчин 9701.

Распределение пациентов в зависимости от типа рентген контрастного метода исследования сосудов выглядело следующим образом: стандартная коронарография – 56,7%, коронарная ангиопластика со стентированием 1 стен – 22,6%, стентирование коронарных артерий с использованием 2 стентов – 12,7%, прочее – 6%.

Уровень СКФ-EPI до выполнения рентген контрастного исследования сосудов у всех пациентов (с наличием СД 2 типа и без СД 2 типа) составил с уровнем СКФ-EPI более 60 мл/мин/1,73 м² 11594 (75,12%), менее 60 мл/мин/1,73 м² 3840 (24,88%) пациентов.

Количество пациентов без сахарного диабета с уровнем СКФ-EPI более 60 мл/мин/1,73 м² до выполнения рентген контрастного исследования сосудов составил 9946 (79,4%) пациентов, менее 60 мл/мин/1,73 м² составил 2578 (20,6%) пациентов.

Количество пациентов с сахарным диабетом с уровнем СКФ-EPI более 60 мл/мин/1,73 м² до выполнения рентген контрастного исследования сосудов составил 1648 (56,8%) пациентов, менее 60 мл/мин/1,73 м² составил 1253 (43,2%) пациентов.

Снижение СКФ-EPI встречалась статистически значимо чаще у мужчин по сравнению с женщинами ($\chi^2=5,829$, $p=0,015$).

Динамика изменения уровня креатинина сыворотки крови после выполнения рентген контрастного исследования сосудов у всей когорты пациентов показала подъем уровня креатинина сыворотки крови более чем на 26,5 мкмоль/л у 1622 (10,5%) пациентов и статистически значимо чаще наблюдалось у пациентов с уже имеющейся ХБП до исследования ($\chi^2=17,315$, $p=0,001$).

Подъем креатинина сыворотки крови более чем на 44,2 мкмоль/л встречался у 1012 (6,5%) и также статистически значимо чаще у пациентов с уже имеющейся ХБП до исследования ($\chi^2=8,198$, $p=0,004$).

Обсуждение. С учетом высокой распространенности патологии почек среди когорты пациентов, нуждающихся чрескожных контрастных вмешательствах,

необходимо проводить обязательный скрининг, который включает расчет СКФ, уточнение других факторов риска, что позволит спрогнозировать вероятность такого грозного осложнения как КИ-ОПП и даст возможность профилактировать данное состояние.

Выводы. Всем пациентам, которым планируется выполнение рентген контрастных вмешательств, следует рассчитать СКФ до вмешательства, уточнить риск развития КИ-ОПП и при необходимости проводить профилактику на основании полученных результатов, которая включает отмену потенциально нефротоксичных препаратов, гидратацию (пациентам с тяжелой ХСН и ФВ менее 40% рекомендуется индивидуальный расчет объема растворов для гидратации), применение N-ацетилцистеина.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Лапик И.А.

Федеральный исследовательский центр
питания, биотехнологии и безопасности пищи,
Москва

Ген FTO кодирует белок, вовлеченный в энергетический обмен и влияющий на метаболизм в целом, он задействован в регуляции пищевого режима, так как кодирует 2-оксоглутарат-зависимую деметилазу нуклеиновых кислот, отвечающую за процесс деметилирования N6-метиладенозина m(6)A РНК. Полиморфный маркер rs9939609 гена FTO ассоциирован с увеличением индекса массы тела (ИМТ) и повышением в 2 раза риска развития ожирения.

Цель. Оценка метаболического статуса пациентов с ожирением и артериальной гипертензией при различных полиморфных вариантах гена FTO.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с артериальной гипертензией I-III степени и сопутствующим ожирением I-III степени. Средний возраст пациентов составил $60,3 \pm 5,2$ лет. Средний ИМТ $36,2 \pm 1,8$ кг/м². Пациентам проводили генотипирование с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени и использованием TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК. Для исследования скорости окисления белков, жиров, углеводов использовали метод непрямой калориметрии с помощью стационарного метабологафа «Quark RMR». Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 23.0. Межгрупповые различия оценивались с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В обследованной популяции превалировал гетерозиготный вариант гена ГТО. Гомозиготы А/А составляли лишь 11% выборки. При изучении показателей метаболического статуса было выявлено, что у носителей генотипа Т/Т скорость окисления жиров была достоверно выше и составила 46%, чем у носителей генотипов А/Т и А/А, 14 и 6%, соответственно (табл. 1). Скорость окисления углеводов у носителей генотипа Т/Т была достоверно ниже и составила 32%, чем у носителей генотипов А/Т и А/А, 69 и 83%, соответственно. При этом у пациентов с генотипами А/Т и А/А наблюдались метаболические нарушения в виде снижения скорости окисления жиров в среднем на 42%, что необходимо учитывать при построении индивидуальных рационов питания пациентов с ожирением.

Заключение. Проведение пациентам с ожирением и артериальной гипертензией молекулярно-генетических исследований с оценкой полиморфизма генов, принимающих непосредственное участие в регуляции энергетического обмена, позволит определить особенности их метаболического статуса и разработать индивидуальные подходы к диетотерапии данной категории пациентов.

МИКРОНУТРИЕНТНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Лапик И.А., Гаппарова К.М.

Федеральный исследовательский центр
питания, биотехнологии и безопасности пищи,
Москва

Микронутриенты играют важную роль для метаболических процессов в организме, участвуют в регуляции обмена веществ, сосудистого тонуса, нервной деятельности, иммунного статуса, биоценоза кишечника, в функционировании всех органов и систем на уровне ферментов. Однако за последние годы для большей части населения характерен дефицит ряда микронутриентов. Так, для лиц с ожирением и нарушением углеводного обмена также характерен недостаток витаминов и минеральных веществ, который способствует прогрессированию данных заболеваний.

Цель исследования. Изучение микронутриентного статуса у пациентов с ожирением на основе данных молекулярно-генетических исследований.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с ожирением I-III степени и нарушением углеводного обмена (нарушенная толерантность к глюкозе и сахарный диабет 2 типа). Всем пациентам определяли содержание витамина С, В6, В12, фолата, 25-гидроксивитамина D, а также калия, магния, кальция, цинка и фосфора в сыворотке крови. ДНК выделяли из крови стандартным методом с использованием многоком-

понентного лизирующего раствора. Генотипирование проводили с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы SPSS Statistics 21,0. Результаты представлены в виде средних величин и стандартной ошибки средней величины ($M \pm m$). Уровень значимости считался достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ проявлений полиморфного маркера rs659366 гена UCP2 у пациентов с ожирением и нарушением углеводного обмена показал, что носительство генотипов Т/Т и С/Т характеризуется более низким содержанием витамина С ($7,2 \pm 0,4$ и $9,4 \pm 0,1$ мг/л) в сыворотке крови, чем носительство генотипа С/С ($13,0 \pm 0,2$ мг/л). При изучении проявлений полиморфизма rs1801133 гена MTHFR у пациентов с ожирением и нарушением углеводного обмена выявлено, что у носителей генотипов С/Т и Т/Т отмечено более низкое содержание витаминов В6 ($5,1 \pm 0,3$ и $4,6 \pm 0,2$ мкг/л), В12 ($362,7 \pm 16,6$ и $230,2 \pm 9,4$ пг/мл), фолата ($12,6 \pm 0,6$ и $10,4 \pm 1,2$ мкг/л) в сыворотке крови по сравнению с данными показателями у носителей генотипа С/С ($10,9 \pm 1,8$ мкг/л, $526,3 \pm 64,6$ пг/мл, $21,8 \pm 2,1$ мкг/л).

Вывод. Проведение молекулярно-генетических исследований позволит индивидуально подобрать необходимые микронутриенты для пациентов с ожирением и нарушением углеводного обмена с целью улучшения метаболических показателей у данной категории пациентов. Данные молекулярно-генетических исследований, включающие оценку проявлений полиморфизмов rs1801133 гена MTHFR и rs659366 гена UCP2 у пациентов с ожирением и нарушением углеводного обмена позволят выявлять и корректировать индивидуальные нутриметаболические нарушения у каждого пациента индивидуально для подбора персонализированной терапии.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Лапик И.А., Гаппарова К.М.

Федеральный исследовательский центр питания,
биотехнологии и безопасности пищи,
Москва

Ожирение относят к «эпидемии» XXI века. Избыточная масса тела и ожирение способствуют развитию метаболического синдрома, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2 типа. Ключевую роль в лечении ожирения играет диета, которая будет более эффективна при ее индивидуальном подборе. Составление персонализи-

рованных рационов питания осуществляется на основе изучения энерготрат покоя, скорости окисления белков, жиров и углеводов.

Цель. Изучить особенности метаболического статуса у женщин с ожирением в разных возрастных группах.

Материалы и методы. В исследование включено 150 женщин с ожирением I-III степени, разделенных на 3 группы в зависимости от возраста. I группа – 20-30 лет, II группа – 40-50 лет, III группа 60-70 лет. Пациенткам проводили исследование энерготрат покоя и метаболических субстратов (белков, жиров, углеводов) методом непрямой калориметрии. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS Statistics 21,0. Уровень значимости считался достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При изучении метаболического статуса у женщин с ожирением в разных возрастных группах были выявлены достоверные изменения анализируемых параметров в исследуемых группах. Так, энерготраты покоя в III группе ($1596,6 \pm 88,4$ ккал) были достоверно ниже, чем у пациенток II группы ($1789,7 \pm 99,8$ ккал) и I группы ($1982,9 \pm 119,6$ ккал). При этом скорость окисления белка у пациенток III группы ($10,0 \pm 0,8\%$) была снижена и достоверно меньше, чем у пациенток II группы ($14,0 \pm 1,2\%$) и I группы ($19,4 \pm 1,7\%$). Скорости окисления жиров у пациентов I группы ($43,9 \pm 6,1\%$), II ($45,1 \pm 6,0\%$) и III групп ($44,2 \pm 6,2\%$) достоверно не отличались. При этом у женщин в возрасте 40–50 лет в 20% случаях было выявлено снижение скорости окисления жиров, а в 80% случаях – снижение скорости окисления углеводов. Скорость окисления углеводов у пациенток I и III группы ($46,8 \pm 6,9\%$) была достоверно выше, чем у пациенток II группы ($34,6 \pm 5,2\%$).

Вывод. При изучении метаболического статуса у женщин с ожирением были выявлены существенные изменения энерготрат покоя, скорости окисления белков, жиров, углеводов в разных возрастных группах, которые необходимо учитывать при индивидуальном подборе диетотерапии, что позволит улучшить эффективность проводимого лечения у женщин с ожирением.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Лапик И.А., Гаппарова К.М.

Федеральный исследовательский центр питания,
биотехнологии и безопасности пищи,
Москва

С каждым годом возрастает число пациентов с ожирением и артериальной гипертензией. При этом у многих пациентов выявляется повышение гомоцисте-

ина (ГЦ) в сыворотке крови, оказывающее повреждающее действие на сосудистую стенку. Развитию гипергомоцистеинемии (ГГЦ) способствует дефицит витаминов (фолиевой кислоты, витаминов B6, B12), участвующих в метаболизме ГЦ.

Цель. Провести оценку витаминного и метаболического статуса у пациентов с ожирением и артериальной гипертензией, разработать принципы диетотерапии для данной категории пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов с ожирением I-III степени и артериальной гипертензией. Пациентам проводили исследование энерготрат покоя и метаболических субстратов методом непрямой калориметрии с помощью стационарного метаболографа «QuarkRMR» (фирма COSMED, Италия). Содержание ГЦ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием набора «Axis Homocysteine EIA». Содержание витаминов B6 и фолата в сыворотке крови определяли микробиологическим методом. Для определения концентрации витамина B12 в сыворотке крови использовали иммуноферментный метод. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 21,0.

Результаты и обсуждение. При оценке метаболического статуса было установлено, что энерготраты покоя у пациентов с ожирением и артериальной гипертензией были в пределах нормальных значений ($1887,4 \pm 143,1$ ккал). Корреляционный анализ показал наличие положительной взаимосвязи уровня энерготрат покоя с индексом массы тела ($r=1,0$, $p=0,008$). При этом скорость окисления углеводов была снижена. Скорость окисления белка и жиров соответствовала нормальным значениям. При определении ГЦ как фактора риска развития сосудистых осложнений у пациентов с ожирением в 68% случаях наблюдалась умеренная ГГЦ (уровень ГЦ $14-28$ мкмоль/л). Среднее содержание ГЦ в сыворотке крови пациентов с ожирением составило $12,0 \pm 0,5$ мкмоль/л. При обследовании у 62% пациентов была выявлена B6 – витаминная недостаточность (уровень витамина B6 в крови ниже $4,8$ мкг/л). У 9% пациентов было выявлено содержание витамина B12 в сыворотке крови ниже оптимального уровня (меньше 200 пг/мл). Содержание фолата в сыворотке крови пациентов было в пределах нормальных значений. При корреляционном анализе выявлена достоверная отрицательная взаимосвязь уровня ГЦ сыворотки крови с содержанием витаминов B6, B12, фолата в сыворотке крови ($r = -0,452$; $r = -0,604$; $r = -0,502$, $p < 0,05$).

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о необходимости персонализированной коррекции рационов питания пациентов с ожирением и артериальной гипертензией, с включением в диетотерапию данной категории пациентов витаминно-минеральных комплексов, содержащих витамины B6, B12, фолат для предотвращения развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов с ожирением.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ЦИТОКИНЫ И ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 И ЯНУС-КИНАЗ У БОЛЬНЫХ РА

Лапкина Н.А., Баранов А.А., Колинко А.А.,
Речкина О.П., Абайтова Н.Е.
Ярославский государственный
медицинский университет,
Ярославль

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое иммуновоспалительное (аутоиммунное) заболевание, неизвестной этиологии, проявляющееся хроническим эрозивным артритом, системным поражением внутренних органов, широким спектром коморбидных заболеваний, ранней инвалидизацией и сокращением продолжительности жизни пациентов. В его патогенезе важное значение играет дисбаланс между анти- и провоспалительными цитокинами, с преобладанием выработки последних, которые являются мишенями для современных генно-инженерных биологических препаратов и таргетных синтетических базисных противовоспалительных препаратов.

Цель исследования. Измерение концентрации цитокинов у больных РА до назначения им ингибитора интерлейкина (ИЛ) ИЛ-6 (олокизумабом), ингибиторов янус-киназ – тофацитиниба (ТОФА) и упадацитиниба (УПА) с целью прогнозирования эффективности терапии через 6 месяцев от момента начала лечения.

Материал и методы. Проведено нерандомизированное клиническое исследование с проспективным включением пациентов. Протокол и дизайн исследования одобрены локальным Этическим комитетом ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. В исследовании приняли участие 30 пациентов с установленным по критериям ACR/EULAR (2010 г.) диагнозом РА, развернутой стадией заболевания, с умеренной или высокой активностью РА и неэффективностью предшествующей терапии базисными противовоспалительными препаратами и генноинженерными биологическими препаратами в течение не менее 6 месяцев. 10 человек находились на терапии олокизумабом (ОКЗ) в дозе 64 мг подкожно каждые 4 недели, 10 пациентов получали ТОФА в дозе 5 мг 2 раза в день, 10 принимали УПА в дозе 15 мг 1 раз в день. Наблюдение за пациентами проводилось в течение 6 месяцев. Одна пациентка, находившаяся на терапии ТОФА выбыла из исследования через 3 месяца лечения в связи со снижением уровня гемоглобина до 78 г/л на фоне исходно низкого уровня (98 г/л). До начала лечения в сыворотке крови исследовали концентрацию анти- и провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-17А, ИЛ-17F, ИЛ-23, ИЛ-25, ИЛ-31, ИЛ-33, ФНО- α , интерферона (ИНФ) γ , sCD40L) с помощью мультиплексной технологии xMAP на анализаторе Bio-Plex™ 200 System (BIO-RAD, США).

Результаты исследования. На фоне терапии ОКЗ, ТОФА и УПА через 6 месяцев лечения, по срав-

нению с исходным, отмечено статистически значимое снижение клинических проявлений активности РА. Так, до лечения ЧБС составляло 10,0 (7,0; 13,0), а ЧПС – 8,0 (7,0; 12,0), а через 6 месяцев их значения уменьшились до 3,0 (2,0; 5,0) и 2,0 (1,0; 5,0) соответственно ($p < 0,01$). Наблюдалось также статистически значимое снижение индексов активности РА (DAS28-COЭ, CDAI, SDAI) ($p < 0,01$), а также лабораторных показателей воспаления (СРБ, СОЭ) по сравнению с исходным визитом ($p < 0,01$), ($p < 0,05$) соответственно.

До лечения у 9 (30,0%) больных наблюдалась умеренная и у 21 (70,0%) пациента – высокая активность РА по индексу DAS28. Через 6 месяцев терапии ремиссия выявлена у 7 (24,1%) больных, низкая активность у 2 (6,9%) пациентов. Умеренная активность диагностирована у 19 (65,5%) больных и высокая активность сохранялась у 1 (3,5%) человека.

Через 6 месяцев терапии в зависимости от активности РА по индексу DAS28-COЭ все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили больные, достигшие ремиссии и/или низкой активности болезни ($n=9$), вторую составили пациенты с умеренной и/или высокой активностью заболевания ($n=20$). У больных достигших ремиссии и/или низкой активности РА по DAS28-COЭ отмечались значимо более низкая концентрация ($M \pm \sigma$) до начала лечения, по сравнению с группой пациентов с умеренной и/или высокой активностью, провоспалительных цитокинов – ИЛ-17F (соответственно: $1,38 \pm 4,13$ пг/мл и $4,20 \pm 7,98$ пг/мл, $p < 0,05$), ФНО- α (соответственно: $0,83 \pm 0,97$ пг/мл и $2,18 \pm 3,41$ пг/мл, $p < 0,05$) и ИНФ- γ (соответственно: $0,62 \pm 1,17$ пг/мл и $2,71 \pm 5,05$ пг/мл, $p < 0,05$). В этой группе также были ниже и значения ИЛ-10 (соответственно: $2,06 \pm 4,46$ пг/мл и $2,54 \pm 3,21$ пг/мл, $p < 0,05$). Концентрация остальных исследуемых цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-17А, ИЛ-23, ИЛ-25, ИЛ-31, ИЛ-33, sCD40L) не имела существенных различий между сравниваемыми группами.

Выводы. Низкий уровень ИЛ-10, ИЛ-17F, ФНО- α и ИНФ- γ у больных РА до начала терапии является дополнительным маркером эффективности применения как ингибитора ИЛ-6 ОКЗ, так и ингибиторов янус-киназ – ТОФА и УПА.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КОМОРБИДНЫХ ФОРМ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

Лапко И.В.
ФНЦГ имени Ф.Ф. Эрисмана,
Москва

В современных исследованиях большое внимание уделяется изучению метаболического синдрома, представляющего собой комплекс обменных на-

рушений, патогенетически связанных между собой – абдоминальное ожирение, повышение артериального давления, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемия, выявление которых является скринингом ранних проявлений сердечно-сосудистых заболеваний и эндокринопатий.

Течение вибрационной патологии на фоне метаболического синдрома характеризуется стойкостью клинико-функциональных и обменных расстройств на фоне целого ряда биохимических сдвигов гомеостаза, модифицирует и маскирует проявления вибрационной болезни, препятствуя выявлению ранних признаков вибрационной патологии, ускоряет прогрессирование заболевания.

В связи с этим, необходимо совершенствование методических подходов диагностики коморбидных форм вибрационной патологии, а именно, на фоне метаболического синдрома, как комплекса ранних, доклинических признаков сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, с применением наиболее объективных и доступных клинико-функциональных и лабораторных методов, способствующих объективной оценке специфических проявлений, как вибрационной патологии, так и метаболических изменений в организме работающих с вибрацией.

Цель. Изучение состояния здоровья работающих в контакте с локальной вибрацией с последующей разработкой клинико-функциональных и лабораторных критериев диагностики соматически осложненных форм вибрационной болезни различной степени тяжести.

Материалы и методики. В условиях стационара клиники ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана проведено обследование 116 больных вибрационной болезнью. Из них 78 человек – проходчики, горнорабочие очистного забоя шахты им. Губкина ОАО «КМАруда», горно-металлургического комбината «Норильский никель», 38 человек – обрубщики, шлифовщики, чистильщики металла, слесари механосборочных работ предприятий машиностроения. Возраст обследованных варьировал от 44 до 63 лет (средний возраст – $49,1 \pm 0,36$ года), стаж работы в контакте с вредными факторами рабочей среды – от 7 до 38 лет (в среднем – $21,9 \pm 0,34$ года).

Для выявления клинико-функциональных особенностей и лабораторных показателей диагностики соматически осложненных форм вибрационной болезни обследуемые поделены на две группы, сопоставимые по возрасту и полу: с признаками метаболического синдрома (65 человек, I группа) и без метаболического синдрома (51 человек, II группа). Каждая группа поделена на подгруппы: А – с признаками воздействия вибрации (по 20 и 15 человек в I и II группах соответственно), В – с 1-й стадией вибрационной болезни (21 человек в I группе и 18 человек во II группе), С – со 2-й стадией вибрационной болезни (по 24 и 18 человек в I и II группах соответственно).

Для определения диагностически значимых критериев коморбидных состояний вибрационной болезни использовали комплекс методик:

- состояние периферической гемодинамики и проводящей функции периферических нервов оценивали по показателям реовазографии, стимуляционной электронейромиографии верхних конечностей;

- для изучения состояния костной ткани использовали рентгенологические методы исследования кистей;

- лабораторно-диагностические методы включали оценку липидного обмена с помощью определения холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и коэффициента атерогенности, глюкозы крови, показателей минерального обмена: кальций и фосфор сыворотки крови, ионизированный кальций, щелочная фосфатаза по общедоступным методикам.

Дополнительными критериями диагностики соматически отягощенных форм вибрационной болезни являлось определение дефиниций метаболического синдрома, согласно рекомендациям Международной федерации диабета (International Diabetes Federation, IDF, 2005).

Результаты и обсуждение. Состояние здоровья больных вибрационной болезнью характеризовалось значительной распространенностью сопутствующей патологии – 88,7%, в структуре которой преобладает метаболический синдром – 63,1%. Абдоминальное ожирение ($OT \geq 94$ см) диагностировалось у $58,3 \pm 5,8\%$, артериальная гипертензия – у $65,3 \pm 5,6\%$, дислипидемия – у $56,8 \pm 7,5\%$, нарушение толерантности к углеводам – у $22,3 \pm 3,5\%$, сочетание двух и более компонентов метаболического синдрома – у $68,4 \pm 5,2\%$ обследуемых.

Начальные признаки вибрационной болезни в обеих подгруппах протекало малосимптомно. Отмечались жалобы на боли, зябкость, чувство онемения и парестезии в кистях обследуемых обеих групп. Диагностировались легкие расстройства чувствительности на концевых фалангах, нерезкое снижение вибрационной чувствительности, изменение тонуса капилляров. Отмечались легкие функциональные расстройства нервной системы. При первой стадии вибрационной болезни интенсивность и частота жалоб на боли, чувство онемения, зябкость конечностей нарастало в обеих группах. Однако, в группе с метаболическим синдромом чувство онемения, парестезии в руках имели стойкий характер и отмечались значительно раньше, чем в группе без метаболических нарушений. Нарастала степень расстройства чувствительности, особенно вибрационной. Усугублялись неспецифические функциональные нарушения центральной нервной системы. Вторая стадия вибрационной болезни характеризовалась интенсивными парестезиями и болевыми ощущениями в кистях, нарастали чувствительные расстройства болевой, температурной и вибрационной чувствительности, неспецифические функциональ-

ные нарушения центральной нервной системы в обеих группах. Выраженные вазомоторные реакции и приступы ангиоспазмов, свойственные для второй стадии вибрационной болезни, при метаболическом синдроме не характерны и выявлялись преимущественно у больных, не имеющих метаболического синдрома. У больных вибрационной болезнью на фоне метаболических изменений чаще диагностировался цианоз конечностей, реже выявлялся гипергидроз и гипотермия кистей, степень выраженности которых коррелировала со стадией вибрационной болезни.

Оценка периферической гемодинамики по данным реовазографии рук свидетельствовала об увеличении кровенаполнения сосудов в I группе обследуемых, что выражалось в повышении значения амплитуды систолической волны до 0,09 Ом во всех трех подгруппах с метаболическим синдромом, значения этого показателя в подгруппах без метаболического синдрома имеет тенденцию к снижению.

Кроме того, при вибрационной болезни наблюдалось достоверное повышение сосудистого тонуса артерий крупного калибра, достоверно более значимое при вибрационной болезни 2 стадии, отягощенной соматической патологией (максимальная скорость периода быстрого наполнения — от $1,38 \pm 0,08$ Ом/с до $2,34 \pm 0,09$ Ом/с в подгруппах с метаболическими нарушениями и от $1,32 \pm 0,05$ Ом/с до $1,92 \pm 0,08$ Ом/с в подгруппах без метаболического синдрома). Тонус артерий мелкого и среднего калибра, имеющий достоверную тенденцию к повышению при увеличении степени выраженности вибрационной болезни, являлся достоверно более высоким в IB и IC подгруппах по сравнению с IIB и IIC подгруппами обследованных, что выражалось в увеличении средней скорости периода медленного наполнения.

При электронейромиографическом исследовании верхних конечностей в подгруппах с метаболическим синдромом изменения по моторным и сенсорным аксонам отмечались на начальных проявлениях вибрационной болезни и усугублялись с увеличением степени выраженности. Диагностически значимо достоверное увеличение резидуальной латентности до $3,08 \pm 0,06$ мс ($t=4,3$), замедление скорости распространения возбуждения по двигательным аксонам до $38,25 \pm 0,58$ м/с ($t=13,6$) и снижение СРВ по сенсорным аксонам до $35,18 \pm 0,61$ м/с ($t=4,0$), что свидетельствовало о негативном влиянии метаболических нарушений на проводящую функцию периферических нервов и более быстрому прогрессированию заболевания.

Анализ результатов рентгенологического исследования кистей позволял констатировать, что существенных изменений в состоянии костной ткани при сравнении двух групп обследования не выявлено. Костно-дистрофические изменения выявлялись одинаково часто как в группе с метаболическим, так и без метаболического синдрома.

Однако, имеются различия между подгруппами каждой группы. Максимальная частота выявления костно-дистрофических изменений III (выраженной)

степени чаще отмечалась при 2 стадии вибрационной болезни. При вибрационной болезни 1 стадии диагностировалась начальная (I) или умеренная (II) степень; на начальных стадиях вибрационной болезни костно-дистрофические изменения не выявлялись или их изменения минимальны (I степень).

Остеофиты в околосуставных участках кости и местах прикрепления мышечных сухожилий в целом достоверно чаще выявлялись у больных вибрационной болезнью 2 стадии ($51,4 \pm 2,5\%$). Реже эти изменения отмечены при вибрационной болезни 1 стадии (в $40,0 \pm 5,0\%$ случаев, $t=2,04$) и при признаках воздействия вибрации — у $18,4 \pm 6,2\%$.

Частота выявления остеопоретических изменений (участки остеопороза — «кистовидные просветления», очаги атрофии и островки резорбции в костях кистей) достигали максимальной величины при вибрационной болезни 2 стадии ($76,7 \pm 3,1\%$ и $73,8 \pm 3,2\%$ в IC и IIC подгруппах соответственно), что достоверно чаще, чем в IA и IIA, IB и IIB подгруппах ($21,7 \pm 6,4\%$ и $22,3 \pm 6,3\%$; $42,0 \pm 4,2\%$ и $39,1 \pm 5,9\%$ соответственно).

Развитие остеосклеротических изменений (эностозы, склеротические ядра) имели место во всех обследуемых подгруппах без достоверных различий в частоте их развития.

Признаки нетравматических суставных деформаций (сужение рентгеновских суставных щелей, улнарная подточенность) имели наибольшую распространенность при вибрационной болезни 1 и 2 стадии ($60,9 \pm 5,9\%$ и $81,6 \pm 2,8\%$ соответственно), реже встречались при признаках воздействия вибрации ($42,1 \pm 7,2\%$).

Анализ значений показателей минерального обмена (кальция, фосфора, щелочной фосфатазы) не выявлял существенных различий в группах обследованных. Однако, имелась некоторая тенденция к снижению содержания ионизированного кальция до $1,11 \pm 0,03$ ммоль/л в подгруппах со второй стадией вибрационной болезни.

Изменения клинико-лабораторных показателей при вибрационной патологии отягощенной соматической патологией, характеризовались неспецифическими нарушениями липидного и углеводного обмена: повышением общего холестерина от $5,8 \pm 0,07$ ммоль/л до $6,5 \pm 0,17$ ммоль/л; ХС-ЛПНП от $3,7 \pm 0,06$ ммоль/л до $4,5 \pm 0,15$ ммоль/л; триглицеридов от $1,88$ ммоль/л до $2,2 \pm 0,05$ ммоль/л; повышением глюкозы крови до $6,4 \pm 0,12$ ммоль/л, степень выраженности которых находилась в прямой зависимости от стадии вибрационной болезни.

Выводы. Многостороннее обследование больных вибрационной болезнью, протекающей на фоне общесоматических заболеваний, позволило выявить особенности функционального состояния периферической гемодинамики и иннервации, костной ткани кистей, сочетающиеся с неспецифическими нарушениями со стороны липидного, углеводного обмена, степень выраженности которых коррелирует со стадией вибрационной

болезни. Полученные данные позволяют рекомендовать применение предложенного комплекса в качестве диагностической методики при верификации вибрационной болезни, отягощенной соматической патологией.

КРОСС-СЕКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОСВЯЩЕННОЕ ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

Лаптева Е.С., Арьев А.Л.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

31 января 2024 года Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга утвердил распоряжение № 98-р о создании модели системы долговременного ухода (СДУ). Эта модель направлена на обеспечение более эффективной и комплексной поддержки пожилых людей и людей с ограниченными возможностями, нуждающихся в уходе, за счет всестороннего удовлетворения их потребностей.

Цель исследования. Оценка эффективности реализации проекта по долговременному уходу за пожилыми людьми и людьми с ограниченными возможностями в Санкт-Петербурге. Данные были собраны в ходе перекрестного опроса 334 социальных работников, задействованных в системе долговременного ухода во всех 18 районах города.

Участники этого исследования сильно различались по возрасту, но большинство из них были в возрасте от 45 до 59 лет, что составило более половины выборки – 57,19%. Работники в возрасте от 18 до 44 лет и от 60 до 74 лет составили 27,54% и 15,27% выборки. Исследование не было сбалансировано по половому признаку, поскольку 99,1% выборки составляли женщины и менее одного процента – мужчины.

Стаж работы также различался: треть сотрудников (30,24%) проработали в этой сфере от 1 до 5 лет. Руководители отделов составляли чуть более четверти опрошенных сотрудников, за ними следовали помощники по уходу и социальные работники. Специалисты по социальной работе составляли остальную часть сотрудников (5,09%).

Результаты. В то время как большинство организаторов социально-медицинского обслуживания (20,06%) и помощников по уходу (53,29%) сообщили об участии в пилотном проекте СДУ в Санкт-Петербурге, значительная часть (26,65%) указала, что не участвовала в нем. Такое отсутствие всеобщего участия вызывает опасения по поводу охвата проекта и его потенциала для всестороннего внедрения.

Данные КЦСОН показывают, что в рамках исследования было обслужено в общей сложности 63 человека. Также было установлено, что большинство из

них оказывали помощь лишь небольшому количеству людей, что ставит под сомнение масштабируемость модели для СДУ.

Ключевой проблемой, выявленной в ходе опроса, стало ограниченное межведомственное сотрудничество между организациями социального обслуживания и медицинскими учреждениями. Только 41,02% респондентов подтвердили наличие официальных соглашений, что указывает на необходимость улучшения координации между этими секторами для обеспечения эффективной реализации СДУ. На вопрос какие врачи направляют пациентов для долговременного ухода были получены следующие ответы: врачи-гериатры направили пациентов только в 4,49% случаев (всего 8 пациентов), в то время как врачи общей практики направили 9 человек (5,06%). Наибольшее количество направлений было осуществлено участковыми врачами-терапевтами – 146 человек (82,02%). Другие специалисты составили 8,43% (15 человек). Этот опрос подтверждает необходимость улучшения межведомственного взаимодействия для дальнейшего расширения долговременной поддержки нуждающихся пациентов. 26,43% и 18,8% респондентов указали, что мероприятия по установлению инвалидности и проведению медицинских осмотров с направлением на гериатрическую экспертизу проводились очень редко – менее чем в 10% случаев (9,96%). Это явный признак того, что в рамках СДУ существует потенциальная неудовлетворенная потребность в проведении гериатрической экспертизы для обеспечения более комплексной и ориентированной на человека помощи. Установление инвалидности и оформление Индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) занимают наибольшую долю направлений – 26,43% (199 человек). Это свидетельствует о высоком спросе на услуги, связанные с оценкой состояния здоровья и потребностей в реабилитации.

Показатели обмена информацией между социальными работниками и медицинскими организациями в рамках проекта были довольно стабильными: 62,57% заявили, что программа способствует такому взаимодействию и обмену информацией между социальными работниками и медицинскими учреждениями; однако 38,18% заявили обратное, что вызывает беспокойство.

Данные свидетельствуют о том, что в рамках проекта в целом доступны программы и услуги; однако доступность услуг, особенно для новых пользователей, вызывает сомнения, учитывая тот факт, что треть респондентов сообщили, что услуги доступны, но приходится ждать. Требуется более тщательная оценка охвата и простоты доступа к этим программам.

В рамках существующей экосистемы программ доступны услуги социальной поддержки, поскольку примерно 85% респондентов заявили, что предоставляют такую помощь. Тем не менее, 12% заявили, что не предоставляют и/или не знают. Это указывает на то, что даже хорошо зарекомендовавшим себя программам есть куда стремиться.

Что касается наиболее востребованных видов социальной поддержки, 66% (220 респондентов) социальных работников сообщили о помощи в оказании медицинской помощи. Однако, как отмечалось ранее, направления на комплексное гериатрическое обследование (КГО) составляли лишь 9% мероприятий. Это расхождение говорит о том, что, хотя межведомственное сотрудничество между социальными службами и медицинскими организациями в Санкт-Петербурге существует, взаимодействие с гериатрическими службами ограничено.

Данные о путях обращения пациентов с ограниченными возможностями передвижения и источниках информации показали следующее: 44,01% (147) узнали о пациентах от руководителя отдела социального обслуживания в Центре комплексных социальных услуг, 26,05% (87) – от районных социальных работников, 20,96% (70) – от родственников, позвонивших в КЦСОН, 4,49% (15) – от местных врачей, позвонивших в КЦСОН, и 4,49% (15) – из других источников. Это наводит на мысль о том, что схема направления в значительной степени зависит от внутренних ресурсов. Таким образом, основная информация о малоподвижных пациентах пожилого возраста поступает от заведующих отделений социального обслуживания КЦСОН. Информация от участковых врачей поступает в гораздо меньшей степени, что также подчеркивает недостаточное межведомственное взаимодействие между медицинскими и социальными структурами в городе.

Примечательно, что телекоммуникационные и информационные инструменты играют минимальную роль в направлении пациентов к специалистам, составляя всего 6,67% ответов. Это подчеркивает необходимость улучшения каналов связи и обмена информацией между службами для более эффективного оказания помощи нуждающимся.

На вопрос о том, какая организация уполномочена определять право на получение социальных услуг на дому в Санкт-Петербургской системе долговременного ухода, респонденты назвали: КЦСОН (19,46%, 65 респондентов), районные поликлиники (4,79%, 16 респондентов) и Санкт-Петербургское государственное учреждение «Центр организации социальных услуг» (75,75%, 253 респондента). Это говорит о путанице или недостаточной ясности среди поставщиков услуг относительно правильного места обращения.

Большинство респондентов (75,75%) назвали Санкт-Петербургское государственное учреждение «Центр организации социальных услуг» основной организацией, ответственной за определение права на социальные услуги, подчеркнув его центральную роль в системе социального обслуживания. Что касается препятствий для доступа к социальным услугам для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями, то наиболее часто упоминаемыми ответами были «недостаточная информированность» (30,25%) и «нежелание граждан» (23,9%). К другим факторам относятся модель предоставления услуг на основе заявлений, нехватка персонала, отсутствие квалифицированных

кадров, недостаточное количество социальных услуг, недостаточное техническое оснащение и ограниченная информированность.

Недостаток информации был самым значительным препятствием для доступа к социальным услугам, на что указали 167 респондентов (30,25%). Это усугублялось ранее отмеченными недостатками в сфере телекоммуникаций. Около половины респондентов (159 человек, или 47,60%) оценили систему информирования как «недостаточно развитую», в то время как 46 респондентов (13,77%) затруднились с ответом.

Неудивительно, что на вопрос о том, как улучшить выявление граждан, нуждающихся в уходе, для включения в систему долгосрочного ухода (посредством сотрудничества с медицинскими организациями), большинство респондентов (51,80%, 173 человека) подчеркнули важность «межведомственного сотрудничества». Это подчеркивает необходимость улучшения координации между различными социальными и медицинскими службами, участвующими в поддержке уязвимых групп населения.

Выводы. Оценка программы долгосрочного ухода за пожилыми людьми и инвалидами в Санкт-Петербурге выявила сохраняющиеся системные проблемы, препятствующие ее успешному осуществлению. К ним относятся неспособность охватить всех нуждающихся и отсутствие четко сформулированных программ для новых и пожилых людей, чтобы они могли получать необходимый уход и услуги. Эти результаты подчеркивают настоятельную необходимость устранения выявленных недостатков в оказании поддержки и совместной работы по улучшению условий и расширению возможностей пожилых людей. Принятие таких мер обеспечит гражданам высокое качество услуг.

КОМОРБИДНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Лаптева Е.С., Арьев А.Л.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

С возрастом у людей повышается частота заболеваний и инвалидности, которые часто сопровождаются несколькими сопутствующими состояниями. Эти сопутствующие заболевания могут существенно влиять на продолжительность жизни, повышать риск неблагоприятных результатов лечения и снижать общее качество жизни пожилых пациентов. Следовательно, поиск эффективных методов оценки сопутствующих/полиморбидных состояний в контексте комплексной гериатрической оценки остается насущной необходимостью.

Цель исследования. Оценка и сравнение двух шкал коморбидности с точки зрения их эффективности и взаимосвязи с функциональным состоянием пациентов городского медико-социального центра.

В этом исследовании приняли участие 506 пациентов (средний возраст $78,87 \pm 7,4$ года), которые прошли комплексное гериатрическое обследование. Сравнивались два показателя коморбидности: шкала оценки суммарных заболеваний в гериатрии (CIRS-G) и индекс коморбидности Чарльсона. Основными конечными точками были корреляции этих показателей коморбидности с различными опросниками и шкалами для гериатрического обследования.

Результаты исследования. Шкалы измерения коморбидности CIRS(G) и Charlson имели достоверную корреляционную связь в общей выборке ($n=506$) - 0,44 - $p < 0,05$.

В то время как шкалы коморбидности CIRS-G и Чарльсона были значительно взаимосвязаны в общей выборке, корреляция значительно снижалась с возрастом, что указывает на их потенциальную ограниченность. Более того, исследование выявило некоторые ограничения, связанные с CIRS-G, шкалами Бартела, SPPB и MMSE, а также результатами тестов для определения индекса ослабления. Однако, было отмечено, что чем старше возрастная группа, тем меньше достоверность корреляционной связи между шкалами CIRS(G) и Charlson, а в группе старше 90 лет она полностью исчезает. Группа 60 – 74 года ($n=134$) – 0,54 - $p < 0,05$; группа 75-89 лет ($n=340$) – 0,38 - $p < 0,05$ и группа старше 90 лет ($n=32$) – 0,22 - $p > 0,05$.

В общей выборке шкала CIRS(G) имел тесную отрицательную корреляционную связь с индексом Бартел (Оценка степени независимости в повседневной жизни) - 0,21 - $p < 0,05$; отрицательную корреляционную связь с SPPB-тестом (определение тяжести саркопении по физической работоспособности) - 0,25 - $p < 0,05$ и отрицательную корреляционную связь с тестом MMSE (тест «краткое обследование познавательных способностей») - 0,27 - $p < 0,05$. Однако, не было обнаружено корреляционных связей с индексом Frail - 0,01 - $p > 0,05$.

Индекс коморбидности Чарльсон был связан со всеми клиническими показателями LTC в общей выборке: хрупкостью ($r=0,14$, $p < 0,05$), функциональностью ($r=-0,35$, $p < 0,05$), функциональностью ($r=-0,34$, $p < 0,05$) и умственными способностями ($r=-0,17$, $p < 0,05$).

Заключение и выводы. Индекс хрупкости, основанный на субъективных показателях хрупкости, таких как усталость, выносливость и подвижность, а также на простом подсчете заболеваний и потере веса, может быть слишком нечувствительным, чтобы отражать все сложности, связанные с хрупкостью у этой группы населения. Это может объяснять, почему индекс хрупкости показал слабую или нулевую корреляцию с более комплексными показателями коморбидности, такими как CIRS-G.

Результаты этого исследования, наряду с практическим опытом гериатрического центра, подчеркивают важность одновременной оценки как функционального состояния, так и сопутствующих заболеваний. Достоверность как индекса коморбидности Чарльсона, так и CIRS-G в этой группе пациентов обнадеживает. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять прогностическую способность каждого инструмента в оценке сопутствующих заболеваний.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ГЕНОДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ласточкина Д.В.¹, Виноградов А.В.^{2,3}

¹Российский научно-исследовательский институт
гематологии и трансфузиологии
Федерального медико-биологического агентства,
Санкт-Петербург,

²Уральский государственный
медицинский университет,

³Свердловская областная клиническая больница №1,
Екатеринбург

Введение. Оптимизация мероприятий по диагностике, терапии и маршрутизации пациентов с онкогематологическими заболеваниями является важным элементом повышения эффективности оказания медицинской помощи. Внедрение изменений повышает доступность специализированных технологий, в которых нуждается пациент гематологического профиля не только на этапе постановки диагноза, но и дальнейшего наблюдения и лечения.

Цель исследования. Проанализировать мероприятия по оптимизации маршрутизации, диагностики и лечению больных онкогематологического профиля в Свердловской области, реализуемых в рамках национальной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Материалы и методы. Проанализированы нормативные правовые акты Министерства здравоохранения Свердловской области, регламентирующие маршрутизацию пациентов для выполнения диагностических исследований, лабораторных тестов и проведения химиотерапии за 2022-2024 гг.

Результаты. В исследуемый период на территории Свердловской области нормативное регулирование организации специализированной медицинской помощи больным онкогематологического профиля определялось приказами Минздрава Свердловской области от

21.08.2023 №1955-п «О временной маршрутизации биологических материалов от взрослых больных онкогематологического профиля для генетических исследований» и от 02.01.2022 №2-п «Об организации проведения химиотерапевтического лечения больных онкогематологическими заболеваниями». В их основе лежит территориальное распределение потоков пациентов для проведения обследования и химиотерапевтического лечения. Утверждены перечни медицинских организаций, осуществляющих деятельность по проведению химиотерапии онкогематологических заболеваний как в условиях круглосуточного, так и дневного стационаров, диагностические манипуляции и операции. В части, касающейся выполнения генетических исследований, также внедрены перечни услуг, позволяющие осуществлять молекулярно-генетическую диагностику пациентов как на этапе постановки диагноза, так и на этапе мониторинга эффективности проводимого лечения и по его завершении за счет средств Территориальной программы обязательного медицинского страхования. Выполнение молекулярно-генетических исследований централизовано в медицинских организациях 3 уровня, обладающих достаточной технической и кадровой оснащенностью для проведения высокоспециализированных тестов, при этом направление материала могут осуществлять медицинские организации 1-3 уровней. В результате, годовой объем предоставления указанных лабораторных тестов в 2024 году составил 5452 единицы.

Заключение. Внедренная система маршрутизации обеспечивает доступность оказания специализированной медицинской помощи для пациентов с онкогематологическими заболеваниями с учетом региональных особенностей размещения медицинской инфраструктуры. Несмотря на то, что система является централизованной, она улучшает возможности обследования больных гемобластомами как на этапе диагностики, так и диспансерного наблюдения на территории Свердловской области.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ У ДОНОРОВ КРОВИ

Ласточкина Д.В., Зенина М.Н., Нуждина М.А.,
Гришина Г.В., Романенко Н.А.,
Кроби́нец И.И., Касьянов А.Д.
Российский научно-исследовательский институт
гематологии и трансфузиологии
Федерального медико-биологического агентства,
Санкт-Петербург

Введение. На сегодняшний день железодефицитное состояние диагностируется на основании

снижения уровня сывороточного ферритина. Доноры крови относятся к группе риска по развитию дефицита железа (ДЖ) и железодефицитной анемии, но не подлежат рутинному исследованию показателей запасов железа. В соответствии с регламентирующими документами у доноров измеряется уровень гемоглобина перед донацией, что не дает четкого понимания об обмене железа. Вместе с тем, применение в диагностике железодефицитного состояния, в том числе у доноров крови, дополнительных эритроцитарных параметров позволяет улучшить выявление риска развития железодефицитной анемии.

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность индексов для выявления дефицита железа в группе доноров крови.

Материалы и методы. Исследованы образцы периферической крови 155 доноров цельной крови, из них 79 мужчин и 76 женщин. Возраст доноров варьировался от 18 до 62 лет, медиана составила 35 лет. Всем донорам исследовали дополнительные эритроцитарные параметры: LHD (содержание гипохромных эритроцитов), MAF (фактор микроцитарной анемии) и RSF (фактор размера эритроцитов). Дополнительно оценивали уровень сывороточного ферритина (СФ) для верификации железодефицитного состояния. В качестве порогового принимали значение ферритина менее 30 нг/мл. Статистический анализ данных проводился с применением ROC-анализа и расчетом площади под кривой AUC.

Результаты. В исследуемой группе проведен анализ образцов периферической крови с оценкой эритроцитарных индексов LHD, MAF, RSF и сывороточного ферритина. В целом уровень ферритина составил 50,1 нг/мл (95%ДИ 40,5–59,7). Для подгруппы с концентрацией ферритина более 30 нг/мл его значение было на уровне 86 нг/мл (95%ДИ 70,1–102,6), тогда как у лиц с выявленным дефицитом железа (СФ менее 30 нг/мл) – 16,2 нг/мл (95%ДИ 14,9–17,5). Содержание гипохромных эритроцитов было существенно выше в подгруппе с железодефицитом по сравнению с донорами без ДЖ, составив 5,4% (95%ДИ 3,9–6,8) против 2,6% (95%ДИ 2,1–3,1; $p < 0,001$). Уровень фактора микроцитарной анемии был закономерно ниже у доноров с дефицитом железа: 11,5 (95%ДИ 11,2–11,7) против 13,3 (95%ДИ 12,9–13,6; $p < 0,001$) соответственно. Аналогичная тенденция получена для фактора размера эритроцитов. У доноров со сниженной концентрацией ферритина RSF был на уровне 94,2 фл (95%ДИ 93,3–95,2), у доноров с уровнем СФ более 30 нг/мл – 96,2 фл (95%ДИ 95,4–97,0; $p = 0,002$).

При проведении анализа ROC-кривых было получен уровень содержания гипохромных эритроцитов 2,95%, обладающий чувствительностью 80,2% и специфичностью 70,1%. Фактор микроцитарной анемии выявлял железодефицитное состояние с чувствительностью 86%, специфичностью 75,9% и пороговым значением 12,5. В свою очередь фактор размера эритроцитов имел чувствительность и специфичность существенно ниже – 61,0% и 55,4% соответственно, и пороговое значение 95,2 фл.

Заключение. По результатам проведенного исследования были рассчитаны пороговые значения для дополнительных эритроцитарных параметров LHD и MAF, обладающие диагностической информативностью для верификации железодефицитного состояния у доноров крови.

ИНКЛИСИРАН В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ

Лекарева И.В., Емельянова А.Л.
Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности инклизирана у 15 пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы. Клиническое исследование. 15 пациентов (средний возраст 62 года, 55% мужчин). Критерий включения: высокий сердечно-сосудистый риск, уровень ЛПНП > 5,0 на фоне приема максимальной дозы статинов. Инклизиран в дозе 284 мг вводился по протоколу: первая инъекция, повтор через 3 месяца, далее через 6 месяцев. Проводилось мониторирование клинических симптомов, уровня ЛПНП, АЛАТ и АСАТ.

Результаты. Среднее снижение ЛПНП через 6 месяцев: 52%. У 12 из 15 пациентов достигнут целевой уровень ЛПНП < 1,8 ммоль/л. У 3 пациентов – недостаточный ответ (снижение ЛПНП < 40%), связанный с низкой приверженностью к статинам. Серьезных нежелательных явлений не было зарегистрировано. Результаты соответствуют данным клинических исследований ORION – 9, 10, 11. Длительный эффект (инъекции каждые 6 месяцев) улучшает приверженность к лечению. Минимальные побочные эффекты подтверждают профиль безопасности препарата.

Выводы. Инклизиран продемонстрировал высокую эффективность в снижении ЛПНП у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском. Его удобный режим дозирования и безопасность делают препарат перспективным для долгосрочной терапии.



СТЕНОКАРДИЯ ВЫСОКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ВСЛЕДСТВИЕ ВАЗОМОТОРНЫХ ИНТРАКОРОНАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИНЫ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

**Леонова И.А.¹, Захарова О.В.¹, Болдуева С.А.¹,
Горайнов А.А.²**

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург,

²Филиал N1 ФГБУ «1409 ВМКГ»,
Калининград

Нарушения вазомоторной функции эпикардиальных артерий и сосудов микроциркуляции встречаются примерно у 25%-30% больных. Несмотря на отсутствие стенозов коронарных артерий, клинически такая стенокардия может протекать достаточно тяжело, что требует особого подхода к подбору антиангинальной терапии. Целью исследования было представить возможность успешного ведения пациентки молодого возраста с вазоспастической стенокардией (ВС) в сочетании с микроваскулярной стенокардией (МВС).

Боли за грудиной впервые появились 3 года назад (в 37 лет), отмечалась четкая связь с нагрузкой, были кратковременные, купировались спонтанно. В течение года учащение болей, стали беспокоить ежедневно, до 16 раз в сутки возникали как при нагрузке, так и ночью, максимально 40 мин. Нитроглицерин – с эффектом в течение 1-2 мин (до 15 таблеток в сутки). Стресс-тест июнь 2023 г.: проба положительная: ангинозные боли начиная со 2 ступени с иррадиацией в шею, нарастающие на фоне прироста ЧСС, купировались постепенно после приема нитроглицерина и остановки нагрузки. ST-T: нарастающая в динамике депрессия сегмента ST в отведениях V4-V6, II, III, aVF до 1,5 мм, в восстановительном периоде до 5 мин. Коронароангиография (КАГ): стеноза КА не выявлено, ангиографические признаки ВС – во время селективной катетеризации устья ЛКА – выраженный ангиоспазм проксимального сегмента ОА до субокклюзии, интенсивные ангинозные боли, интракоронарно нитроглицерин с положительным эффектом. ХМ ЭКГ от 03.11.2023: синусовый ритм, 16 эпизодов выраженной депрессии сегмента ST до 3,2 мм и продолжительностью до 16 мин., сопровождались ангинозными болями. Был назначен молсидолин, на фоне которого уменьшение выраженности болей. Госпитализирована в СЗГМУ им. И.И. Мечникова для выполнения повторной КАГ с внутрисосудистой визуализацией для исключения атеросклероза коронарных артерий.

26.02.2024 КАГ: Главный ствол левой коронарной артерии, передняя межжелудочковая ветвь, диагональная ветвь без изменений. Огибающая ветвь (LCx): выраженная ангиоляция с элементом перегиба и стенозом устья 80% (спазм) элевация сегмента ST на ЭКГ,

ангинозные боли. Внутрикороноарно Sol.Nitr.> стеноз устья ОВ 70%. ВСУЗИ проксимальной/3 ОВ с внутрикороноарным введением Sol.Nitr.: $ML_{Apr/3}=17.33mm^2$ ($4,60mm \times 4,81mm$) $>19,04mm^2$ ($4,71mm \times 5,16mm$); $ML_{Aустья} = 4.21mm^2$ ($1,54mm \times 2,99mm$) $> 6.38mm^2$ ($2,40mm \times 3,20mm$). Tunica intima: $\sim 0.69mm > 0.39mm$; Tunica media: $\sim 0.37mm > 0.27mm$. Выполнено ОКТ проксимальной/3 ОВ с внутрикороноарным введением Sol.Nitr. $ML_{Apr/3} = 13.45mm^2$; $ML_{Aустья} = 1,67mm^2$ ($0,86mm \times 1,80mm$) $> 6.57mm^2$ ($2,34mm \times 3,46mm$). Tunica intima: в устье ОВ участок локального утолщения до 390мкм, $\sim 1,7mm$; нельзя исключить начальный этап атеросклеротического поражения (без признаков нестабильности); Tunica media: 420мкм. Правая коронарная артерия (RCA): стеноз устья 40% (вероятно спазм). Складывается впечатление о динамическом компоненте обструкции (КА) с частичным положительным эффектом от введения вазодилататоров, без четко выраженных признаков атеросклеротического поражения, без выраженной стабильной обструкции просвета по планиметрическим данным, таким образом, у пациентки ВС в сочетании с МВС. Рекомендована терапия: максимальные дозы антагонистов кальция (дилтиазем), пролонгированные нитраты – с положительным эффектом. В течение всего 2024-го года на фоне терапии снижение числа приступов, значимое увеличение уровня выполняемой физической нагрузки, пациентка перестала пользоваться коротко-действующими нитратами. В январе 2025 года выполнен суточный монитор ЭКГ – ишемических изменений ЭКГ не выявлено.

Таким образом, понимание патогенетического механизма ишемии миокарда необходимо для подбора антиангинальной терапии у пациентов с вазомоторными интракороноарными расстройствами.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ИНФАРКТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Леонова И.А., Платонова Н.А., Третьякова Н.С.,
Облавацкий Д.В., Болдуева С.А.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Поскольку ишемическая болезнь сердца (ИБС) является причиной смерти 38% мужчин и 42% женщин в возрасте до 75 лет, а прогноз после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) у женщин также хуже, чем у мужчин была проведена работа по изучению особенностей течения ИМ у мужчин и женщин разного возраста в течение 5 лет.

Материалы и методы. В исследование были включены 1201 пациент: 816 мужчин и 385 женщин, средний возраст женщин $66,65 \pm 10,5$, мужчин $57,3 \pm 11,1$.

Результаты. У женщин чаще развивалась сердечная недостаточность в острый период ИМ (12,4% женщин и 6,5% мужчин) и развивалась хроническая сердечная недостаточность (13,6% женщин и 6,9% мужчин), преимущественно за счет диастолической дисфункции. У женщин чаще, чем у мужчин выявлялась анемия. По результатам коронарографии у женщин чаще встречается незначимое поражение коронарных артерий (11,2% против 2,6% у мужчин), а также стеноз ствола левой коронарной артерии (12,8% и 7,6% у мужчин), тогда как у мужчины однососудистое поражение коронарных артерий. Госпитальная летальность для мужчин составила 7,46%, тогда как тот же самый показатель для женщин оказался в 2,5 раза больше – 17,93% ($p < 0,001$). Средний возраст мужчин и женщин одинаков и составил 69 лет ($69,59 \pm 10,54$ лет для мужчин и $69,46 \pm 9,96$ лет для женщин). При анализе структуры госпитальной летальности оказалось, что до суточная летальность у женщин составила 76,9%, в группе мужчин – 33,3% ($p < 0,01$). На риск смерти в стационаре у мужчин оказывали влияние такие факторы как возраст > 62 лет, циркулярный ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения и ИМ в анамнезе, злокачественные желудочковые нарушения ритма и нарушения проводимости в первые часы заболевания. В то время как у женщин этими факторами были острая сердечно-сосудистая недостаточность, злокачественные желудочковые нарушения ритма и нарушения проводимости в первые часы заболевания, азотемия, гипергликемия, нарушения электролитные расстройства.

Особое внимание было уделено пациентам с ИМ 2 типа. Средний возраст больных: $69,4 \pm 13,9$ лет; мужчины – 49,2%; женщины – 50,8% ($p > 0,05$).

Таким образом, течение ИМ у женщин в стационаре протекает с большим числом осложнений чем у мужчин.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОСТЕОАРТРИТА

Лила А.М., Таскина Е.А., Алексеева Л.И.,
Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,
Савушкина Н.М., Шарапова Е.П.,
Хальметова А.Р., Нестеренко В.А.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения олокизумаба (ОКЗ) у пациентов с остеоартритом (ОА) коленного сустава и синовитом, постоянной болью и неэффективностью предшествующей консервативной терапии.

Материал и методы. В исследование включено 15 пациентов с достоверным диагнозом ОА (АКР)

коленных суставов II-III стадии, у которых отмечались боль ≥ 50 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), синовит и неэффективность терапии. Все больные подписали информированное согласие. Возраст пациентов варьировал от 54 до 75 лет, длительность заболевания – от 1 года до 23 лет. Длительность исследования составила 3 месяца, в течение которых пациенты получили 3 подкожные инъекции препарата ОКЗ в дозе 64 мг. ОКЗ – гуманизированное моноклональное антитело IgG4-каппа, блокирующее сигнальные пути на этапе финальной сборки гексамерного комплекса ИЛ-6, ИЛ-6Р, gp130. Эффективность лечения оценивали по динамике интенсивности боли по ВАШ; индекса Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), шкалы Knee Injury & Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) и опросника качества жизни EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D). Дополнительно учитывали общее состояние здоровья пациента (ОСЗП) по ВАШ, оценку эффективности лечения врачом и пациентом, потребность в НПВП. Всем пациентам проводилось лабораторное обследование.

Результаты. На фоне терапии отмечено выраженное уменьшение интенсивности боли по ВАШ (соответственно, в начале исследования – 65 (55-75) мм и через 3 месяца – 38 (19-42), $p=0,001$), статистически значимое улучшение KOOS (боль: 44,4(33,3-55,6)% и 63,9(50-66,7), $p<0,01$; симптомы: 50(35,7-57,1)% и 64,3 (53,6-67,9), $p<0,05$; повседневная активность: 47,1 (35,3-50)% и 57,8(51,5-70,6), $p<0,003$ и качество жизни: 25(12,5-43,8)% и 43,8(31,3-70,6), $p<0,05$), качества жизни по опроснику EQ-5D (0,52 (от -0,02 до 0,52] баллов и в 0,52 (0,52- 0,68), $p=0,01$) и ОСЗП (55 (40-60) мм и 70 (60-75), $p=0,001$). При приеме ОКЗ выявлено статистически значимое снижение вЧСРБ (2,9(1-4) мг/л и 0,35(0,2-0,95), $p<0,005$) и СОЭ (13(4-22) мм/час и 2(2-4), $p<0,005$). Неблагоприятные явления (НЯ) выявлены у 4 лиц, два из которых (двусторонняя пневмония неизвестной этиологии, потребовавшая госпитализации в стационар, и аллергический дерматит на тыльной стороне кистей, в области декольте и спины) послужили поводом для отмены ОКЗ и прекращения участия в исследовании. В остальных 2 случаях выявлено незначительное повышение уровня АЛТ, не потребовавшее дополнительной терапии.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о значимом симптоматическом и противовоспалительном эффектах ОКЗ у пациентов с воспалительным фенотипом ОА. Необходимы дальнейшие клинические исследования для оценки эффективности и безопасности препарата.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И РЕМНАНТНОГО ХОЛЕСТЕРИНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Лила А.М.¹, Щендригин И.Н.², Муркамилов И.Т.³

¹НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва,

²ООО «Центр ответственной ревматологии
«Индукция»,
Ставрополь,

³Киргизская государственная медицинская
академия имени И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Киргизия

Актуальность и цель. Известно, что у пациентов с ревматоидным артритом (РА) риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выше, чем у населения в целом, и всем пациентам с РА рекомендуется оценивать риск развития ССЗ с целью его дальнейшей стратификации. Совершенствование инструментов оценки сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентов с РА возможно при изучении связи определенных лабораторных параметров с повышением ССР и их последующего рассмотрения в качестве потенциальных суррогатных биомаркеров. Высокочувствительный С-реактивный белок (вЧСРБ) выявляет системное воспаление и демонстрирует положительную корреляцию с повышением ССР у пациентов с РА. Также была выявлена положительная корреляция между уровнем ремнантного холестерина (РХ) и случаями ССЗ у пациентов с РА. Уровень РХ более точно отражал ССР у пациентов с РА в сравнении с другими показателями липидного обмена.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между уровнями вЧСРБ и РХ у пациентов с РА.

Методы и материал. Обследовано 20 пациентов с достоверным диагнозом «РА», установленным согласно классификационным критериям (ACR/EULAR, 2010г.), (шестеро мужчин и 14 женщин, средний возраст $56,1 \pm 1,41$ лет), находившихся на амбулаторном лечении в ООО «Центр ответственной ревматологии «Индукция» в течение 2024 года. Воспалительная активность РА оценивалась посредством расчета индекса DAS28. Уровни вЧСРБ и РХ определялись в результате амбулаторного исследования венозной крови, взятой натощак, с последующим определением уровней вЧСРБ (мг/л, артикул исследования № 1643) и РХ (ммоль/л, артикул исследования № 1675) в компании «Инвитро». Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics.

Результаты. Все анализируемые данные были подчинены закону нормального распределения. Обращает на себя внимание повышенное значение вЧСРБ



[25,18±9,6], что может свидетельствовать в пользу повышенного ССР. Значение PX было [0,37±0,06]. Значение индекса $DAS28$ [4,78±0,22]. При оценке связи между количественными признаками был выявлена статистически значимая связь между значениями $vчСРБ$ и PX посредством расчета значимости корреляции Пирсона (значимость равна 0,03, $r=0,03$).

Выводы. Между уровнями $vчСРБ$ и PX у пациентов с РА выявлена статистически значимая связь, что находит единичные подтверждения в доступной литературе. Полученные данные позволяют рассматривать анализируемые показатели как потенциальные сурrogатные биомаркеры повышенного ССР у данной категории пациентов. Внедрение данных лабораторных параметров в алгоритм оценки ССР у пациентов РА позволит объективизировать его дальнейшую стратификацию.

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ ВНЕПЛАНОВОГО СИНТЕЗА ДНК В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Линцов А.Е.¹, Солиев А.К.², Соболев А.В.¹,
Плескач Н.М.³

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург,

²Андижанский государственный
медицинский институт,
Андижан, Узбекистан,

³Институт цитологии РАН,
Санкт-Петербург

Ранее у больных бронхиальной астмой (БА) были установлены повышенные уровни хромосомных aberrаций и сестринских хроматидных обменов в лимфоцитах, а также микроядер в клетках буккального эпителия. Кроме того, была показана связь хромосомных альтераций с фенотипом и тяжестью течения заболевания. Принято считать, что в основе цитогенетической нестабильности клеток лежат нарушения процессов репарации ДНК, что побудило к исследованию особенностей ДНК-репарационных потенциалов клеток больных с различными фенотипами БА.

Цель исследования. Целью настоящей работы было изучение параметров репарационной способности ДНК в лимфоцитах больных аллергической и неаллергической.

Материалы и методы. Обследовано 58 пациентов в возрасте от 16 до 70 лет, включая 33 больных с аллергической БА (АБА) и 25 с неаллергической

БА (НАБА). Уровни интенсивности (%) спонтанного и УФ-индуцированного внепланового синтеза (ВС) ДНК (СВС и ИВС, соответственно) исследованы в краткосрочной культуре лимфоцитов периферической крови. Интенсивность ВС ДНК определялась методом автордиографии, численным выражением данного параметра являлось количество лимфоцитов, выполняющих репаративный синтез ДНК на 100 клеток. Индекс стимуляции репарации ДНК (ИСР) определялся как отношение значений ИВС к СВС. Контрольную группу составили 15 практически здоровых индивидуумов.

Результаты и обсуждение. Выполненный анализ показал, что в лимфоцитах больных БА, по сравнению со здоровыми, достоверно ($p<0.02$) повышены уровни СВС ($2.9\pm0.20\%$ и $1.9\pm0.30\%$, соответственно), а значения ИСР достоверно ($p<0.001$) снижены (2.4 ± 0.14 и 4.4 ± 0.51 , соответственно). При этом уровни ИВС в лимфоцитах больных БА и в контрольной группе достоверно не различались ($6.6\pm0.43\%$ и $7.4\pm1.20\%$, $p>0.05$). При сравнительном анализе репаративного синтеза ДНК у пациентов с различными фенотипами БА обнаружено достоверно более низкие значения ($p<0.05$) интенсивности ИВС ($5.6\pm0.56\%$ и $7.2\pm0.58\%$, соответственно) и ИСР (2.1 ± 0.13 и 2.7 ± 0.24 , соответственно) в лимфоцитах больных НАБА по сравнению с аналогичными показателями у больных АБА. Выявленное повышение уровней ИВС при снижении значений ИСР ДНК в лимфоцитах может быть связано с высоким уровнем генотоксических влияний на клетки больных БА, включая опосредованные системным воспалением эффекты продуктов перекисного окисления липидов, и, возможно, некоторых цитокинов. Более низкие уровни ИВС и ИСР у больных НАБА по сравнению с соответствующими значениями у пациентов с АБА могут объясняться частым наличием очагов хронического инфекционного воспаления у пациентов с данным фенотипом. Вместе с тем установленная ранее ассоциация изменений ДНК-репарационной способности клеток больных БА с определенным HLA-фенотипом может указывать на, предположительно, эндогенный, в том числе, генетически детерминированный (мультифакториальный) характер изменений интенсивности ДНК-репарационных процессов в лимфоцитах больных с данной патологией. Требуется дальнейшие исследования для уточнения биологических основ более выраженной депривации интенсивности ИВС и значений ИСР при НАБА по сравнению с соответствующими значениями у больных АБА, а также возможной патогенетической роли альтераций процессов репарации ДНК в клетках у больных БА.

Выводы. Таким образом, в лимфоцитах больных БА выявлены измененные по сравнению с контрольной группой практически здоровых индивидуумов параметры репаративного синтеза ДНК и установлена связь данных изменений с фенотипом заболевания.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

Логинова О.П., Шевченко Н.И.

РНПЦ радиационной медицины и экологии человека,
Гомель, Беларусь

Современное состояние проблемы заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки предполагает обязательное обследование пациентов на наличие инфекции *Helicobacter pylori* (Hр). Имеющиеся в арсенале клиницистов методы диагностики позволяют выявить *Helicobacter pylori* практически в 100% случаев. Грамотный подход к выбору диагностического теста обеспечивает качественную, своевременную и экономичную верификацию возбудителя (Т.А. Кучменко и соавт. 2020 г.).

Вопросы диагностики хеликобактериоза остаются весьма актуальными. Количество и разнообразие методов диагностики постоянно увеличивается. Главным критерием в оценке любого метода диагностики, в том числе и по обнаружению *H. pylori*, является его диагностическая чувствительность и специфичность, чем выше чувствительность и специфичность метода, тем, соответственно, выше и его точность. Таковым тестом, применяемым сравнительно не давно, является тест на выявление антигена Hр. в кале. Многочисленные мультицентровые исследования доказали его высокую специфичность (около 95%) и чувствительность (более 96%). Тест основан на иммуноферментном анализе. Преимуществом определения антигена *H. pylori* в кале является его высокая диагностическая точность. Данный тест имеет важное значение не только в диагностике хеликобактерной инфекции, но и широко применяется для контроля эффективности эрадикационной терапии. Определение антигена Hр. рекомендовано Российской гастроэнтерологической ассоциацией и Международным консенсусом Маастрихт V для диагностики *H. pylori*-ассоциированных инфекций.

Скорость получения результатов, техническая доступность, отсутствие возрастных ограничений позволяют широко использовать данный тест в практике. Грамотная интерпретация результатов исследования и соотнесение их с клиническими данными позволяет признать тест на антиген Hр. «золотым стандартом» для первичной диагностики хеликобактериоза.

Цель исследования. Оценить результаты определения антигена *H. pylori* иммунологическим методом.

Материал и методы. В исследование были включены 376 пациентов (246 женщины и 130 мужчин), проходивших обследование в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» Основанием для выполнения диагностических тестов являлось наличие у пациентов клинических проявлений хронического гастрита, дуоденита, язвы

желудка. Материалом для исследования явились образцы фекалий. Все клинические образцы фекалий предварительно обрабатывались с использованием устройства для экстракции кала. Определение антигена *H. pylori* в фекалиях с использованием анализатора LIAISON с хемилюминесцентной детекцией. Величина хемилюминесценции, полученная в результате исследования, была пропорциональна концентрации антигена в клиническом материале и выражалась в заданной величине (i). Результаты считались положительными при заданной величине $\geq 1,1i$. Все исследования выполнялись в лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Результаты и обсуждение. Определение антигена *H. pylori* относится к неинвазивным методам и позволяет детектировать возбудитель в образце фекалий. В результате исследования получены 134 (80,7%) положительных образца. В 62 (46,2%) образцах уровень антигена составил $>78i$, что указывает не только на наличие, но и высокую микробную обсемененность *H. pylori* и подтверждает диагноз хеликобактериоза. Этим пациентам рекомендовано проведение эрадикационной терапии. В 12 (7,2%) образцах получен сомнительный результат определения антигена. Таким пациентам рекомендовано проведение повторного определения антигена Hр. в динамике, соблюдая правила взятия клинического материала. У 11 пациентов проведена оценка эффективности эрадикационной терапии. Для этого проведено повторное определение антигена *H. pylori* через месяц после окончания терапии. Получены отрицательные результаты теста на антиген, что указывает на эффективность проводимой терапии и эрадикацию возбудителя.

Таким образом, применение определения антигена *H. pylori* позволяет проводить этиологическую верификацию диагноза и контролировать эффективность эрадикационной терапии. Подтверждение эрадикации должно проводиться не ранее чем через 4 недели после окончания терапии. Тест на антиген *H. pylori* является «золотым стандартом» для первичной неинвазивной диагностики хеликобактериоза.

КАЛЬПРОТЕКТИН – ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ИНТЕСТИНАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Логинова О.П., Шевченко Н.И.

РНПЦ радиационной медицины и экологии человека,
Гомель, Беларусь

Симптомы поражения кишечника неспецифичны при различном генезе его поражения. Абдоминальная боль, нарушение двигательной активности кишечника, изменение консистенции стула, метеоризм,

диарея наблюдаются при большом спектре заболеваний кишечника как органической, так и функциональной природы [Ливзан М.А., 2013]. В связи с чем необходимо применять в диагностике маркеры, которые позволяют проводить дифференциальную диагностику органических поражений кишечника от функциональных. Сравнительно недавно для этих целей применяется тест на фекальный кальпротектин.

Кальпротектин является продуктом нейтрофильных гранулоцитов, обнаружение которых в кале указывает на воспаление в стенке кишки [Ливзан М.А., 2013]. Кальпротектин считается стабильным и медленно разлагающимся под действием протеаз микроорганизмов, что позволяет исследовать его концентрацию в стуле. Этот белок выделяется в больших количествах с калом при повреждении слизистой оболочки кишечника, является маркером активности лейкоцитов и воспаления в желудочно-кишечном тракте. Воспалительные заболевания кишечника дают резкий скачок показателя (уровень кальпротектина может быть повышен от 5 до нескольких тысяч раз по сравнению со здоровыми людьми), что свидетельствует о воспалении кишечника. Нормализация показателя указывает на восстановление слизистой и эффективность проводимого лечения.

Выявление фекального кальпротектина позволяет дифференцировать больных с синдромом раздраженной толстой кишки от больных с органическими причинами поражения желудочно-кишечного тракта. Умеренно повышенные значения кальпротектина наблюдаются при поражении слизистой (в том числе при целиакии, лактазной недостаточности, аутоиммунном гастрите), значительно повышенные концентрации отмечаются при воспалительных заболеваниях кишечника, бактериальных инфекциях желудочно-кишечного тракта, дивертикулах. Известно, что концентрация кальпротектина достигает максимальных значений у пациентов с сочетанным поражением толстой и подвздошной кишки и тотальным поражением желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования. Оценить уровень фекального кальпротектина у пациентов с заболеваниями кишечника неуточненной этиологии.

Материал и методы. В исследование включены 97 пациентов, из них 71 с клинической картиной интестинального воспаления неуточненной этиологии (абдоминальная боль, диспепсия, диарея) и 26 человек не имели каких-либо заболеваний кишечника (контрольная группа). Возраст пациентов – от 18 до 69 лет. Кальпротектин определяли в фекалиях с использованием анализатора LIAISON с хемилюминесцентной детекцией. Предварительная обработка клинических образцов фекалий проводилась с использованием устройства для экстракции кала с пробоотборником жезлового типа. Положительный результат учитывали при концентрации кальпротектина ≥ 50 мкг/г. Все исследования выполнялись в лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Результаты и обсуждение. По результатам исследования в группе пациентов с клинической картиной интестинального воспаления уровень кальпротектина ≥ 50 мкг/г получен у 53 (74,6%) пациентов, отрицательный результат отмечен у 18 (25,4%) пациентов. Уровень кальпротектина в образцах с положительным результатом варьировал от 52 до 800 мкг/г. Эти значения интерпретированы как положительные и подтверждают наличие воспалительных заболеваний кишечника у этих пациентов. У 18 пациентов с отрицательным результатом (< 50 мкг/мл) были подтверждены функциональные заболевания ЖКТ. В сравнении с контрольной группой пациентов уровень кальпротектина у пациентов с положительным результатом значительно различался. Так в контрольной группе средний уровень его достигал $19,1 \pm 2,64$ мкг/г, а в группе с положительными результатами – $303,6 \pm 36,4$ мкг/г (то есть, в 15,8 раза выше по сравнению с контролем; $p < 0,001$).

Таким образом, определение фекального кальпротектина может использоваться для проведения дифференциальной диагностики функциональных и воспалительных заболеваний кишечника. В большинстве случаев, низкий уровень (< 50 мкг/г) кальпротектина указывает на отсутствие воспалительных заболеваний кишечника. Для пациентов с синдромом раздраженного кишечника или функциональной патологией использование теста на кальпротектин исключает необходимость применения инвазивных методов исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУТАМАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ C. DIFFICILE

Логина О.П.

РНПЦ радиационной медицины и экологии человека,
Гомель, Беларусь

Использование антибиотиков, нарушающих флору желудочно-кишечного тракта, связано с таким клиническим симптомом, как диарея, которая возникает не менее чем у 30% пациентов. Симптомы могут варьироваться в диапазоне от легких, исчезающих без лечения, до тяжелых, в частности, в случае инфицирования *Clostridioides difficile* [Ивашкин В.Т., 2012].

Риск колонизации кишечника *C. difficile* возрастает пропорционально длительности госпитализации пациентов, и каждая последующая неделя нахождения в стационаре увеличивает риск инфицирования на 8%. Частота развития антибиотик-ассоциированной диареи, вызванной *C. difficile*, составляет около 10% после 2 недель госпитализации и достигает 50% после 4 и более недель. Инфицирование *C. difficile* может осуществляться как экзогенным (передача из внешних источников), так и эндогенным путем (активация собственной микробиоты). Однако не вызывает

сомнения тот факт, что предсуществующий эндогенный резервуар *C. difficile* не является обязательным условием развития клинически манифестных форм инфекции, и в подавляющем большинстве случаев возбудитель попадает в организм из внешней среды [Довнар-Запольская О.Н. и соавт., 2020]. Анамнестически *C. difficile*-ассоциированное заболевание (CDI) должно быть заподозрено у пациентов с диареей, получавших антибиотики в предшествующие 2 месяца, а также у пациентов с диареей, развившейся спустя 72 часа после госпитализации.

Для повышения чувствительности и скорости диагностики в настоящее время рекомендуется двухступенчатый алгоритм. На первом этапе определяют глутаматдегидрогеназу (GDH) в стуле, а на втором подтверждают положительные результаты при помощи второго теста на обнаружение токсинов. Все штаммы *C. difficile* продуцируют высокие уровни глутаматдегидрогеназы. Поэтому фермент глутаматдегидрогеназу *C. difficile* считают антигенным маркером для обнаружения данного микроорганизма. GDH – фермент поверхностной мембраны *C. difficile*, превращающий глутамат в α -кетоглутарат, присутствует у многих представителей рода *Clostridium*, в том числе у *C. difficile* (независимо от токсигенности штамма). Определение GDH рекомендуется для скрининга присутствия *C. difficile*. Определение GDH имеет высокую прогностическую ценность при диагностике CDI. Положительный результат подтверждает наличие *C. difficile*, отрицательный результат указывает на ее отсутствие. Обнаружение GDH для диагностики CDI подходит в качестве первого этапа скрининговой индикации *C. difficile*.

Цель. Оценить результаты определения глутаматдегидрогеназы у пациентов с клиническими признаками антибиотик-ассоциированной диареи.

Материал и методы. Материалом для исследования явились 82 образца фекалий от пациентов с характерными клиническими проявлениями (диарея более 3-х раз в сутки, боли в животе), которые получали антибактериальную терапию. Клинический материал забирался в одноразовый стерильный контейнер и в течение 2-х часов доставлялся в лабораторию, где после предварительной обработки, проводилось определение GDH, токсинов А и В *C. difficile*-CDAB иммуноферментным методом. Качественное определение фермента GDH, токсинов А и В *C. difficile* – CDAB выполнялось иммуноферментным методом на автоматическом иммунологическом анализаторе «VIDAS» с флуоресцентным механизмом детекции результатов. При определении GDH чувствительность – 95,8%, специфичность – 90%, прогностическое значение отрицательного результата – 99,1%. Положительными считались результаты для CDAB $\geq 0,37$, для GDH – $> 0,10$. Время исследования 90 минут. Все исследования проводились в лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Результаты и обсуждение. В результате определения глутаматдегидрогеназы 11 (13,4%) образцов были отрицательными, в 72 (86,5%) получены положительные

результаты. Все положительные на GDH образцы были протестированы на наличие токсинов А и В *C. difficile*. Токсины детектированы в 51 образце, что составило 62,2%. Такие результаты подтверждают наличие токсигенного штамма *C. difficile*. Этим пациентам рекомендовано назначение препаратов первой линии – метронидазол или ванкомицин *per os*. В 20 (24,4%) образцах выявлено наличие только GDH при отрицательном результате определения токсинов А и В *C. difficile*. В этой группе пациентов клинические проявления (диарея и/или повышение температуры) могли быть обусловлены критической колонизацией *C. difficile* с последующей возможной продукцией токсина. Им рекомендована терапия пробиотиками (например, энтерол) и повторное определение токсина и глутаматдегидрогеназы в динамике.

Таким образом, определение глутаматдегидрогеназы позволяет с максимальной степенью вероятности исключить наличие *C. difficile* в исследуемом образце за короткий период времени (90 минут), т. к. все штаммы *C. difficile* продуцируют высокие уровни глутаматдегидрогеназы. Этот фермент является антигенным маркером данного микроорганизма и рекомендуется нами в качестве скринингового теста для установления этиологии антибиотик-ассоциированной диареи, связанной с *C. difficile*. В случае отрицательного результата GDH *C. difficile* и сохраняющейся диареи неустановленной этиологии, требуется провести определение GDH в динамике. При положительном результате GDH, необходимо провести детекцию токсинов А и В *C. difficile*. Своевременное выявление возбудителя и этиотропная терапия позволят предотвратить его внутрибольничное распространение.

ЦИТОКИНЫ И ХЕМОКИНЫ ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С НА ТЕРМИНАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ФИБРОЗА

Любимова Н.Е., Арсентьева Н.А., Бацунов О.К.

НИИ эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,
Санкт-Петербург

Введение. Цитокины и хемокины играют ключевую роль в процессах воспаления и фиброгенеза при развитии хронического вирусного гепатита С, а также аутоиммунного гепатита. Оценка цитокинового статуса при различных патологиях является существенным дополнением к пониманию патогенеза заболеваний.

Цель исследования. Анализ уровня цитокинов/хемокинов в плазме крови у больных аутоиммунным гепатитом и билиарным циррозом печени и хроническим вирусным гепатитом С.

Материалы и методы. С помощью мультиплексного анализа проведено исследование содержания цитокинов/хемокинов IFN γ , TNF α , CCL2/MCP-1, CCL8/MCP-2, CCL20/MIP-3 α , CXCL9/MIG, CXCL10/IP-10, CXCL11/I-TAC в плазме крови больных аутоиммунным гепатитом (АИГ), первичным билиарным циррозом (ПБЦ), хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) со стадией фиброза печени F3-F4 по шкале Metavir.

Результаты и обсуждение. Изучен цитокиновый профиль у обследованных пациентов. Концентрация CXCL10/IP-10 значимо повышена во всех группах больных. Уровень CXCL11/I-TAC повышен у больных с ХВГС и ПБЦ, но не превышал таковой у больных АИГ. В то же время концентрация CXCL9/MIG была выше контрольной у больных АИГ и ПБЦ. У больных ХВГС концентрация этого хемокина не отличалась от контроля. Уровень IFN γ не превышал контрольных значений ни в одной из изученных групп. Содержание CCL20/MIP3 α в плазме крови больных с АИГ и ПБЦ не отличалось от здоровых доноров, тогда как отмечалось достоверное превышение уровня этого белка у больных ХВГС. Концентрация TNF α повышена у больных ХВГС, а у больных с АИГ и ПБЦ этот показатель не отличался от контрольной группы. Концентрация CCL2/MCP-2 у больных АИГ и ПБЦ достоверно ниже контрольных значений, тогда как уровень этого хемокина не превышал контрольных значений у больных ХВГС. Концентрация CCL8/MCP-1 достоверно повышена во всех группах больных. Таким образом, концентрация CXCL9/MIG, CXCL10/IP-10, CCL2/MCP-1 у больных АИГ повышена, тогда как содержание CCL8/MCP2 снижено. У больных ПБЦ также снижена концентрация CCL8/MCP2, а концентрации CXCL9/MIG, CXCL11/I-TAC, CXCL10/IP-10, CCL2/MCP-1 превышают контрольные значения. При ХВГС в плазме крови больных повышена концентрация TNF α , CXCL11/I-TAC, CCL2/MCP-1, CCL20/MIP3 α , CXCL10/IP-10.

Заключение. Полученные результаты могут свидетельствовать о различных патологических механизмах, происходящих в печени и приводящих к фиброзу в процессе аутоиммунных и вирусных заболеваний печени. Определение концентраций цитокинов/хемокинов в плазме крови может являться альтернативным методом неинвазивного скрининга печени.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКОВ

Мадаминава С.А., Якубова М.М.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. За последние десятилетия в мире наблюдается рост заболеваемости ожирением, что

сопровождается увеличением числа нарушений сна. Около половины взрослого населения мира страдает от проблем с продолжительностью сна, что способствует увеличению рисков ожирения. Малое количество сна (≤ 6 ч/сут) и чрезмерное (≥ 9 ч/сут) могут негативно влиять на обмен веществ, и в частности, приводить к набору лишнего веса. Существует тесная взаимосвязь между сокращением продолжительности сна и развитием ожирения, что делает исследование этого вопроса актуальным для здравоохранения.

Цель работы. Оценить степень нарушений сна у пациентов с ожирением с помощью опросников.

Материалы и методы. В исследование было включено 25 пациентов, проходивших обследование в клинике Шох госпитал. Возраст пациентов колебался от 23 до 71 года (средний возраст $45,4 \pm 1,4$ лет). Из них 4 мужчины и 21 женщина. Пациенты были разделены на три группы по степени ожирения:

1-я группа (ожирение I степени): 9 пациентов (2 мужчины, 7 женщин, средний возраст $50,1 \pm 1,3$ года),

2-я группа (ожирение II степени): 9 пациентов (1 мужчина, 8 женщин, средний возраст $38,7 \pm 1,1$ года),

3-я группа (ожирение III степени): 7 пациентов (2 мужчины, 5 женщин, средний возраст $48 \pm 1,1$ года).

Для оценки нарушений сна использовались два опросника:

Шкала дневной сонливости Эпворта (ESS): оценивает дневную сонливость, где 0-7 баллов – отсутствие дневной сонливости, 8-9 – легкая сонливость, 10-15 – средняя сонливость, 15-20 – высокая вероятность дневной сонливости, и 20 и выше – ярко выраженная дневная сонливость.

Питтсбургский индекс качества сна (PSQI): выявляет качество сна, где сумма баллов 5 и выше указывает на «плохой» сон.

Результаты. Нарушения сна были выявлены у всех пациентов. У пациентов 1-й группы преобладал умеренный уровень дневной сонливости ($12,6 \pm 1,1$ балла по Эпворту). Во 2-й и 3-й группах наблюдались более высокие уровни дневной сонливости ($18,25 \pm 1,2$ и $21 \pm 1,1$ соответственно). Нормальные значения по шкале Эпворта зарегистрированы только у первой группы ($4 \pm 1,1$ балла). По результатам Питтсбургского опросника «плохой сон» был зафиксирован у всех групп, но самые высокие показатели были у пациентов 2-й и 3-й групп (2-я группа – $12,6 \pm 1,2$ балла, 3-я группа – $13,8 \pm 1,1$), что указывает на более выраженные проблемы с качеством сна по сравнению с пациентами 1-й группы ($11,3 \pm 1,2$ балла).

Выводы. Результаты исследования показали, что у пациентов с ожирением на всех стадиях отмечаются нарушения сна. Чем выше степень ожирения, тем хуже качество сна и более выраженная дневная сонливость. Это подчеркивает важность ранней диагностики и коррекции нарушений сна у пациентов с ожирением, поскольку с увеличением степени ожирения проблемы с сном становятся более выраженными и могут приводить к развитию различных осложнений.

ОЦЕНКА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ОЖИРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКОВ

Мадаминова С.А., Якубова М.М.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка тревожности и депрессии у пациентов с разной степенью ожирения с помощью опросников, а также изучение их связи с нарушениями сна.

Материалы и методы. В исследовании были обследованы 25 пациента (4 мужчин и 21 женщин) с различной степенью ожирения. Средний возраст пациентов составил $45,4 \pm 1,4$ лет. Все пациенты были разделены на три группы по степени ожирения: Пациенты были разделены на 3 группы по степени ожирения: в 1-ю группу вошли 9 пациентов с ожирением I степени (2 мужчины и 7 женщин, средний возраст $50,1 \pm 1,3$ года); во 2-ю группу вошли 9 больных ожирением II степени (1 мужчина и 6 женщин, средний возраст $38,7 \pm 1,1$), в 3-ю группу - 7 больных ожирением III степени (2 мужчины и 5 женщин, средний возраст $48 \pm 1,1$). Пациентам были розданы анкеты по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Эта шкала состоит из 14 пунктов (по 7 для тревоги и депрессии), где каждый пункт оценивается от 0 до 3, и максимальный балл за тревогу или депрессию может составить 21.

Результаты. В группе больных с 2-й ($12,1 \pm 1,1$) и 3-й ($10,7 \pm 1,8$) степени ожирения имели более высокие показатели тревожных расстройств по сравнению с 1-й степенью ($9,3 \pm 1,3$). При этом субклинически выраженная тревога наблюдалась у 22,2% больных с 2-й степени ожирения, а клинически выраженная тревога у 55,5% и 71,4% больных с 2-й и 3-й степени ожирения, соответственно. Депрессивные расстройства составили $9,5 \pm 1,9$ у больных с ожирением 1 степени и $10 \pm 1,1$ и $10,5 \pm 1,4$ у больных со 2 и 3 степенью. По мере увеличения показателей ожирения также увеличивался уровень клинически выраженной депрессии (44,4%; 55,5% и 57,1% соответственно). Субклиническая депрессия наблюдалась в 22,2% случаев при ожирении 1 и 2 степени. При ожирении 3 степени этот показатель составил 28,5%.

Выводы. Полученные данные указывают на выраженную корреляцию между степенью ожирения и уровнем тревожно-депрессивных расстройств. Увеличение массы тела сопровождается ростом как тревожности, так и депрессии, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к лечению ожирения, включающего не только коррекцию веса, но и психологическую поддержку.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Мазалова А.С., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Проблема внебольничных пневмоний является весьма актуальной в настоящее время. Она определяется тяжестью клинического течения, наличием тяжелых осложнений, склонностью к эпидемическому распространению, угрозой летальных исходов, особенностями клинической картины вирусно-бактериальных пневмоний. Несмотря на развитие медицины, показатели осложнений и летальных исходов заслуживают внимания. Все эти трудности формируют необходимость изучения причин и факторов риска пневмоний различной этиологии.

Цель исследования. Провести анализ функциональных, клинических, инструментально-диагностических лабораторных показателей у пациентов с внебольничной пневмонией различной степени тяжести.

Материалы и методы. В течение 6 месяцев нами были обследованы 67 пациентов в возрасте от 19 до 23 лет (мужчины, средний возраст составил $21 \pm 2,3$). В зависимости от тяжести течения внебольничной пневмонии пациенты были разделены на три подгруппы. В схему обследования были включены лабораторные и инструментальные методы, проведено анкетирование и анализ данных функциональных проб. Анкета содержала вопросы об образе жизни и отношении к курению.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенных обследований было выявлено: у пациентов с легким течением внебольничной пневмонии (1 группа) наблюдались незначительные изменения клинических показателей, при этом, на рентгенограмме и компьютерной томографии (КТ) выявлено одностороннее моносегментарное поражение. Во 2 группе (пациенты с пневмонией средней степени тяжести) выявлялись субфебрильная, чаще фебрильная температура, выраженная тахикардия, и незначительное снижение показателей артериального давления. При инструментальном обследовании выявлялись двустороннее моно-, полисегментарные и долевые поражения легких. По данным общего анализа крови наблюдалось значительное ускорение СОЭ при умеренном лейкоцитозе. В 3 группе пациентов (с тяжелой степенью течения внебольничной пневмонии) были зафиксированы фебрильная и пиретическая температура тела, выраженный цианоз и значительное снижение показателей артериального давления и статистически значимом ускорении ЧСС. Характерной для данной группы пациентов являлась

полисегментарность поражения, также зачастую выявлялся плеврит, сопровождающийся выпотом. По данным клинического анализа крови была выявлена выраженная лейкопения, значительное ускорение СОЭ. По данным анкетирования 81% опрошенных – курящие, при этом, 46% из них никогда не задумывались о вреде курения и не совершали попыток бросить курить. Согласно результатам проведенных функциональных проб не зависимо от степени тяжести пневмонии достоверных различий показателей в группах курящих и некурящих пациентов выявлено не было.

Выводы. Степень тяжести течения внебольничной пневмонии отражается в совокупности данными функциональных, клинических, инструментально-диагностических лабораторных показателей.

ДОСТИЖЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ РЕМИССИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ВЫСОКОЙ И УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ УПАДАЦИТИНИБОМ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА: ДАННЫЕ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ МЕЖДУНАРОДНОГО НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ UPHOLD

Мазуров В.И.¹, Самигуллина Р.Р.¹,
Аношенкова О.Н.², Баранов А.А.³, Лапкина Н.А.³,
Семагина О.В.⁴, Епифанова О.Е.⁵, Шафиева И.А.⁶,
Колода Д.Е.⁷, Сергеева М.С.⁸, Магдыч О.В.⁸

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург,

²ООО «Неббиоло», Центр клинических исследований,
Томск,

³Ярославский государственный
медицинский университет,
Ярославль,

⁴Самарская областная клиническая больница
имени В.Д. Середавина,
Самара,

⁵ООО МЦ «РевмаМед»,
Сыктывкар,

⁶Клиники Самарского
государственного университета,
Самара,

⁷AbbVie Biopharmaceuticals GmbH,
Дубай, Объединенные Арабские Эмираты,

⁸ООО «ЭббВи»,
Москва

Актуальность. Упадацитиниб (УПА), ингибитор JAK, продемонстрировал положительный профиль польза/риск у пациентов с ревматоидным артритом

(РА) высокой и умеренной активности по результатам широкой клинической программы SELECT, куда были включены пациенты с неадекватным ответом на метотрексат и другие БПВП и/или на один или несколько ГИБП. Однако, данные по применению упадацитиниба в реальной клинической практике ограничены.

Цель. Оценить уровень достижения ремиссии к 6 месяцам и ее поддержание к 12 месяцам на фоне терапии упадацитинибом в российской популяции пациентов с РА умеренной и высокой активности в реальной клинической практике.

Методы. UPHOLD (NCT04497597) – это международное наблюдательное проспективное исследование эффективности и профиля безопасности УПА у пациентов с РА умеренной и высокой активности в возрасте ≥ 18 лет, решение об инициации терапии УПА должно было быть принято до включения пациента в исследование. Данный анализ эффективности на 12 месяцев включает данные, полученные в российской популяции пациентов в период между датой начала исследования (16 октября 2020 г.) и датой промежуточного сбора данных (10 августа 2023 г.). Конечными точками являются: i) % пациентов, получавших УПА, которые достигли ремиссии по индексу DAS28 СРБ ($< 2,6$) к 6 месяцам терапии и, ii) % пациентов, которые продолжают находиться в ремиссии (или характеризовались увеличением значения DAS28 СРБ не более чем на 0,6 балла) к 12 месяцам терапии (анализ проводился с помощью модифицированного метода подстановки данных при отсутствии ответа [mNRI, modified non-responder imputation, прекращение наблюдения/терапии до сбора данных рассматривалось как отсутствие ответа] и в соответствии с наблюдениями [АО, as observed] в модифицированном полном наборе данных [mFAS]1 и mFAS2, соответственно). В mFAS1 вошли все пациенты в рамках FAS (все пациенты, получившие ≥ 1 дозу УПА), которые завершили 6 месяцев терапии и имели данные по DAS28 СРБ, а также пациенты, прекратившие лечение до 6 месяцев; в mFAS2 вошли все пациенты, достигшие ремиссии в рамках mFAS1, которые завершили 12 месяцев лечения и имели данные по DAS28 СРБ, а также пациенты, прекратившие лечение между 6 и 12 месяцами. Дополнительные конечные точки оценки эффективности включали: % пациентов, достигших низкой активности заболевания по DAS28 СРБ ($\leq 3,2$) на 6 мес, которые продолжали находиться в низкой активности на 12 мес (анализировалось по mNRI в mFAS1/mFAS2 и АО); и % пациентов, достигших ремиссии по CDAI/SDAI ($\leq 2,8/\leq 3,3$) к 12 месяцам терапии. Данные по всем нежелательным явлениям, возникшим в ходе лечения (НЯВЛ) в FAS, зарегистрированные к дате промежуточного сбора данных, представлены как частота явлений, скорректированных по экспозиции (событие на 100 пациенто-лет [E/100ПЛ])

Результаты. В России было включено 111 пациентов, получивших ≥ 1 дозы УПА (FAS). Из данных па-

циентов 31,5% получали УПА в монотерапии и 68,5% – в комбинации с базисными противовоспалительными препаратами (БПВП). Из группы пациентов с предшествующей терапией в анамнезе (n=91) 45,1% получали ≥ 1 генно-инженерный биологический препарат и 7,7% ≥ 1 тсБПВП. В общей сложности 13/111 (11,7%) пациентов преждевременно выбыли из исследования до 12 месяцев; наиболее частыми причинами прекращения участия в исследовании были недостаточная эффективность (3,6%), отзыв информированного согласия (2,7%) и развитие НЯВЛ (1,8%). Из 77 пациентов в mFAS1 39,0% (mNRI) и 40,5% (АО) достигли ремиссии по DAS28 СРБ (<2,6) и 57,1% (mNRI) и 59,5% (АО) достигли низкой активности заболевания (DAS28-СРБ $\leq 3,2$) через 6 месяцев.

Из 23 пациентов в mFAS2 78,3% (mNRI) и 81,8% (АО) продолжали оставаться в ремиссии в течение 12 месяцев. Группа пациентов, достигших низкой активности заболевания по DAS28 СРБ к 6 месяцам и сохранивших низкую активность к 12 месяцу характеризовалась аналогичной эффективностью (81,8% (NRI) и 90% (АО)). Доля пациентов, достигших ремиссии по DAS28 СРБ, CDAI ($\leq 2,8$) и SDAI ($\leq 3,3$) к 12 месяцам, составила 44,3%, 28,8% и 31,1% соответственно (FAS; АО).

Всего было зарегистрировано 97 случаев НЯВЛ (53,93 Е/100 ПЛ), при этом частота опоясывающего герпеса, серьезных инфекций и НЯ со стороны печени составила 1,67; 5,0 и 3,89 Е/100 ПЛ соответственно. Частота MACE, злокачественных новообразований и венозных тромбозов и эмболий была низкой и соответствовала данным, полученным в долгосрочных клинических исследованиях УПА широкой клинической программы SELECT 2

Выводы. Результаты исследования UPHOLD в российской популяции пациентов свидетельствуют об эффективности УПА у пациентов с РА, имеющих умеренную и высокую степень активности. Более 78% пациентов, достигших ремиссии по DAS28 СРБ к 6 месяцам сохраняли ремиссию к 12 месяцам наблюдения. Наряду с этим был показан благоприятный профиль «польза-риск» УПА в реальной клинической практике, сопоставимый с данными ранее проведенных клинических исследований^{1,2}.

Благодарность: AbbVie и авторы благодарят всех участников исследования UPHOLD. Разработка, проведение исследования, анализ и финансовая поддержка были предоставлены компанией AbbVie, которая участвовала в интерпретации данных, проверке и утверждении текста публикации. Мы благодарим Erin Blondell (AbbVie, Иллинойс) за поддержку в проведение исследования, включая сбор данных, их анализ и подготовку данной публикации. Все авторы имели доступ к полученным результатам исследования, участвовали в подготовке, рецензировании, утверждении текста публикации. Исследователи не получали гонорара за авторство. Помощь в подготовке публикации была оказана компанией OCT Clinical и финансировалась AbbVie.

ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Майко О.Ю., Ибрагимова В.Ю.
Оренбургский государственный
медицинский университет,
Оренбург

Актуальность. Подагра – метаболическое заболевание, характеризующееся нарушением обмена пуринов и накоплением мочевой кислоты (МК) и уратов, с образованием кристаллов моноурата натрия и отложением их в органах мишенях. Острый подагрический артрит с поражением суставов стопы приводит к выраженному ухудшению параметров качества жизни (КЖ) больных. Наиболее характерным проявлением обострения подагры является асимметричное поражение суставов стопы, прежде всего локализующееся в области первого плюснефалангового сустава, суставов плюсны переднего отдела стопы и голеностопных суставов. Обострение подагрического артрита с поражением суставов стопы приводит к нарушению статодинамической функции всей нижней конечности, выраженному ухудшению параметров качества жизни (КЖ) больных и часто приводит к временной утрате трудоспособности.

Для оценки параметров КЖ при артрите суставов стопы широко используются специальные опросники. Стандартизированными, надежными и чувствительными шкалами, наиболее полно характеризующими функциональное состояние пациентов с заболеваниями суставов стоп при различных ревматических и травматологических заболеваниях являются, например, FFI (Foot Functional Index), AOFAS (American Orthopedic Foot and Ankle Society scale) [6,7,8]. Универсальный опросник EQ-5D (EuroQol-5D) обладает хорошими психометрическими свойствами (надежность, валидность, чувствительность) и широко применяется при различных заболеваниях. EQ-5D представляет КЖ в виде профиля состояния здоровья с оценкой EQ-5D-индекса и ВАШ-«термометр здоровья».

Цель. Оценить клинические показатели и параметры качества жизни у больных острым подагрическим артритом в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов, обратившихся в поликлинику с обострением подагры с выраженностью болевого синдрома по 100 мм ВАШ ≥ 40 мм. Диагноз подагры устанавливали на основании критериев ACR/EULAR (2015). Гиперурикемию (ГУ) диагностировалась согласно критериям EULAR (2006) при уровне мочевой кислоты (МК) >360 мкмоль/л. Критерии включения: возраст старше 18 лет, острый подагрический артрит, длительностью не более 3 недель. В исследование не

включали пациентов с тяжелой тофусной подагрой, сердечной, почечной и печеночной недостаточностью, с онкологическим анамнезом, принимающих глюкокортикоидные гормоны, колхицин.

Проводилась оценка клинических показателей и параметров КЖ по опросникам AOFAS и EQ-5D на фоне инициации уратснижающей терапии в сочетании с НПВП. Аллопуринол назначался в дозе 100 мг/сут с последующим титрованием (максимально 400 мг/сут) до достижения целевого уровня мочевой кислоты (<360 мкмоль/л).

Результаты. При остром подагрическом артрите опорных суставов стопы, наряду с выраженным болевым синдромом, выявлено значительное снижение параметров КЖ по опросникам AOFAS и EQ-5D. Исходно значение шкалы AOFAS составило $50,03 \pm 14,86$ баллов и характеризовалось как «неудовлетворительное» функциональное состояние пациентов. По EQ-5D умеренные или выраженные нарушения при ходьбе выявлены у 90%, затруднения при уходе за собой – у 60%, при выполнении повседневной активности – у 76,7%, у большинства (86,7%) пациентов отмечалась тревога и депрессия. Значение EQ-5D «индекса» составило $0,276 \pm 0,30$, EQ-5D, «термометр здоровья» – $48,93 \pm 10,31$ баллов. На фоне терапии выявлено достоверно значимое улучшение клинических показателей и параметров КЖ. Через 4 недели у 80% отсутствовал болевой синдром и восстановлена функциональная активность, стабильность в суставах стопы. КЖ по AOFAS составило $90,11 \pm 10,83$ баллов ($p=0,000233$), EQ-5D индекс – $0,812 \pm 0,1$ баллов ($p=0,000293$), «термометр здоровья» – $72,22 \pm 11,14$ баллов ($p=0,000438$). От регулярного приема НПВП отказалось 80%, снижение уровня МК до целевого уровня <360 мкмоль/л отмечалось у 75% пациентов.

Заключение. Применение опросников КЖ AOFAS и EQ-5D в амбулаторных условиях целесообразно использовать в качестве дополнительного инструмента оценки клинического состояния пациента и эффективности терапии, так как позволяет выявить не только физические, но и психологические изменения КЖ на фоне терапии острого подагрического артрита.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМАХ

Макарова О.В., Столов С.В., Родионова А.Ю.
Федеральный научный центр реабилитации
инвалидов имени Г.А. Альбрехта,
Санкт-Петербург

Вместе с ростом заболеваемости неходжкинскими лимфомами (НХЛ) увеличивается количество боль-

ных, направляемых в бюро МСЭ. Во многих регионах России в структуре первичной инвалидности злокачественные новообразования выходят на первое место, опережая сердечно-сосудистую патологию.

Цель исследования. Анализ результатов медико-социальной экспертизы (МСЭ) при первичном освидетельствовании больных НХЛ.

Материал и методы. Изучены медико-экспертные документы 100 больных с НХЛ в возрасте от 18 до 80 лет, в том числе 18-59 лет – 59% (1-я группа), 60 лет и старше – 41% (2-я группа). Среди освидетельствованных женщин было 61, мужчин – 39 человек.

В первой группе срок установления диагноза НХЛ до 1 года был у 73,2%, по морфологии преобладали диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВКЛ) – 49,1% и MALT-лимфомы – 20,3%, остальные виды составили по 6,8-3,4%, в том числе лимфома Беркитта у 6,8%. По локализации распределение следующее: только в периферических лимфатических узлах – 22,1%, в лимфатических узлах с вовлечением печени, селезенки, костного мозга – 25,4%, вне лимфатической системы с поражением щитовидной железы, костей, легких, бронхов, молочной железы, тела матки, яичников, полового члена – 52,5%. При направлении в бюро МСЭ определена II стадия у 33,9%, у 27,1% - III и у 55,9% - IV стадия НХЛ. Всем больным проводилась полихимиотерапия (ПХТ) по принятым протоколам лечения, у 64,4% было проведено от 4 до 10 курсов, в 16,9% потребовалась комбинированная терапия. Из сопутствующей патологии преобладали ИБС и гипертоническая болезнь (35,6%), реже – ожирение (10,2%). В бюро МСЭ, в соответствии с нормативными документами, при первичном освидетельствовании в 72,9% случаев установлена II и 27,1% - I группа инвалидности; при повторном освидетельствовании в 20,3% случаев – III, в 56,0% – II и 23,7% – I группа инвалидности.

В группе лиц пожилого и старшего возраста срок установления диагноза у 43,9% – более 4 лет; по морфологии ДВКЛ – у 51,2%, фолликулярная лимфома – у 19,5%, MALT-лимфомы и лимфомы из клеток мантии по 12,2%; локализация только в периферических лимфоузлах у 48,7%, вне лимфатической системы – у 34,1%. При направлении в бюро МСЭ III – IV стадия определена у 70,7%, ПХТ 4-10 курсов проведена у 78%, комбинированная терапия – у 22%. Распространенная сердечно-сосудистая патология сопутствовала у 85,4%, ожирение у 26,8%. При первичном освидетельствовании в бюро МСЭ II группа инвалидности установлена 65,9%, I – 34,1%; при повторном – II группа – в 36,6% и I – в 63,4% случаев.

Выводы. 1. Анализ показал, что в бюро МСЭ чаще направляются больные НХЛ с распространенной локализацией процесса, преимущественно в III и IV стадии заболевания с симптомами интоксикации несмотря на многократные курсы ПХТ, что определяет установление II и I группы инвалидности при первичном освидетельствовании. 2. Среди пациентов пожилого и стар-

ческого возраста в подавляющем большинстве случаев патологический процесс имеет прогрессирующий характер, распространяется в различные органы на фоне имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний, что затрудняет реабилитацию и приводит к утяжелению группы инвалидности при переосвидетельствовании.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НДСТ И КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ

Максудова О.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема болей в позвоночнике очень распространена среди населения. Также в большинстве случаев эффект лечения невысок, и среди причин большую роль играет НДСТ. НДСТ поражает все внутренние органы, включая костно-суставную систему и нервную систему.

Материалы. Общеклиническое и неврологическое обследование было проведено 89 пациентам, обратившимся к нам на обследование.

Результаты. Средний возраст больных 37 лет. Из них 54 женщины. 35 из них мужчины. 18% пациентов жалуются только на боли в спине. Остальные 88% сообщили о дополнительных жалобах. Из них у 25% больных отмечается головная боль, у 12% больных – головокружение, у 37% больных – нарушения сна, у 70% больных – общая слабость, у 20% больных – боли в суставах, у 76% больных – снижение трудоспособности из-за боли. По внешним и соматическим симптомам у 88% больных отмечается гипермобильность суставов, у 38% больных – астеническое телосложение, у 16% больных – рубцы на коже, у 11% больных – тонкая ранимая кожа, у 76% больных – плоскостопие, у 83% больных – нарушения осанки, у 53% больных – неправильный прикус, у 6% больных – торчащие уши, у 9% больных – грыжи в анамнезе. Среди соматических симптомов аномалии желчного пузыря обнаружены у 40% больных, близорукость, астигматизм – у 53% больных.

Выводы. В настоящее время терапевтам и неврологам необходимо определять возможность НДСТ при оценке состояния пациента и перед постановкой диагноза. Для этого необходимо использовать диагностические критерии оценки. Прежде всего, это помогает поставить ранний диагноз и подобрать правильное лечение. Кроме того, это повышает эффективность лечения.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Малаева Е.Г.¹, Стома И.О.¹, Зайцева Л.П.²

¹Гомельский государственный
медицинский университет,

²Гомельский областной клинический
онкологический диспансер,
Гомель, Беларусь

Цель исследования. Изучить информативность цитологического метода исследования мочи для диагностики инфекций мочевыводящих путей (ИМВП)

Материалы и методы. Выполнено кросс-секционное исследование свежесобранной мочи 86 госпитализированных пациентов с циррозом печени (ЦП), которым проведено клиническое обследование, стандартное инструментальное и лабораторное исследование, в том числе общего анализа мочи, мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам с использованием традиционных методик микробиологического исследования в двух последовательных анализах в течение 48 ч от момента поступления в стационар, цитологическое исследование клеточного осадка мочи.

Моча для цитологического исследования собрана через 3-4 часа после первого утреннего мочеиспускания в объеме 100-300 мл. Цитологические препараты осадка мочи были приготовлены с использованием методов жидкостной цитологии и цитоцентрифугирования в течение 4 ч после поступления образца в лабораторию. Свежий образец мочи без добавления консерванта центрифугировали традиционным способом, надосадочную жидкость сливали, полученный осадок мочи помещали в вialу CellPrep с последующим формированием монослоя клеток в диагностическом «окошке» 20 мм с помощью процессора CellPrep PLUS4.63 (Корея) и/или специальную камеру объемом 0,25 мл и готовили цитологический препарат с помощью цитоцентрифуги Aerospray с цитоторотом Cytotro на скорости 2000 об/мин в течение 7 мин (диагностическое «окошко» 9 мм). Цитологические препараты после фиксации окрашивали по Романовскому-Гимза, Папаниколау, Граму.

Исследование зарегистрировано в Clinicaltrials.gov (NCT05335213).

Результаты исследования. У 27 (31,4%) и 12 (13,9%) пациентов с ЦП выявлена ИМВП и бессимптомная бактериурия соответственно с помощью стандартных методов диагностики с использованием микробиологического исследования мочи. У 47 (54,7%) пациентов бактериологическое исследование мочи показало отрицательный результат. По данным цитологического исследования мочевого осадка у пациентов с ЦП наличие микрофлоры выявлено в 61 (71%) случае, лейкоциты – у 31 (36,0%).



По характеру флоры в моче у пациентов с циррозом в порядке убывания следуют: смешанная – 35%, палочковая – 19%, кокковая – 15%, грибковая – 2% случаев. Кроме того, цитологический метод исследования мочи позволяет дифференцировать флору генитального тракта у женщин (наличие палочек Дедерлейна, плоского эпителия) от флоры мочевыводящих путей.

Выводы. Наряду с микробиологическим исследованием мочи, которое является «золотым стандартом» диагностики инфекций мочевыводящих путей, поскольку позволяет идентифицировать быстрорастущие, аэробные уропатогены с хорошей диагностической точностью, может быть использован цитологический метод исследования клеточного осадка мочи – доступный, информативный, недорогой метод, возможностями которого является обнаружение, характеристика и дифференцировка микрофлоры и ее источника (генитального тракта, мочевых путей), что, в совокупности с другими методами, позволяет верифицировать диагноз пациента и проводить дифференциальную диагностику инфекций мочевыводящих путей.

ГОМОЦИСТЕИН У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Малаева Е.Г.

Гомельский государственный медицинский университет,
Гомель, Беларусь

Цель. Определить уровень гомоцистеина у пациентов с циррозом печени в зависимости от класса тяжести заболевания и наличия инфекции мочевыводящих путей

Материалы и методы. В исследование включено 76 госпитализированных пациентов с циррозом печени (ЦП), в том числе 46 – мужчин, 30 – женщин, средний возраст 52,3 года, пациенты класса тяжести А – 13, В – 11, С – 52 человека, из них 35 – без инфекции мочевыводящих путей (ИМВП), 41 – с ИМВП. ИМВП диагностирована на основании стандартных критериев, включающих микробиологическое исследование мочи. Концентрацию гомоцистеина в плазме крови пациентов определяли методом иммуноферментного анализа с применением микропланшетного фотометра «SunriseTecan» (Австрия), используя набор реагентов «Human HCY (Homocysteine) ELISA Kit» (производства FineTest, Китай). Анализ различия между группами осуществлялся с применением теста Манна-Уитни. Уровень значимости принят равным 0,05. Исследование зарегистрировано в Clinicaltrials.gov (NCT05335213).

Результаты. Среднее значение сыровоточного гомоцистеина у пациентов с ЦП составило 3 911,38 $\mu\text{моль/мл}$, у пациентов с компенсированным ЦП (класс А и В) – 3 060,3 $\mu\text{моль/мл}$, что не имело значимых различий с декомпенсированным ЦП (класс С) – 4 304 $\mu\text{моль/мл}$ ($Z=1,16$, $p=0,24$). У пациентов с ЦП не установлено значимых различий уровня сыровоточного гомоцистеина в зависимости от наличия ИМВП (Ме без ИМВП – 2 657 $\mu\text{моль/мл}$, Ме с ИМВП – 4 981,6 $\mu\text{моль/мл}$, $Z=1,23$, $p=0,22$).

Выводы. Уровень сыровоточного гомоцистеина увеличивается при прогрессировании стадии цирроза печени и при наличии инфекции мочевыводящих путей, однако, в нашем пилотном исследовании не получено значимых различий, возможно, в связи с небольшим количеством пациентов, включенных в исследование.

ИНДЕКС ДИСБИОЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Малаева Е.Г., Стома И.О., Ковалев А.А.

Гомельский государственный медицинский университет,
Гомель, Беларусь

Цель исследования. Определить индекс дисбиоза на основе композиционного состава микробиоты мочи и изучить его информативность для диагностики инфекций мочевыводящих путей (ИМВП) у пациентов с циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Выполнено кросс-секционное исследование 54 пациентов с ЦП, которым проведено клиническое обследование, стандартное инструментальное и лабораторное исследование, в том числе общего анализа мочи, мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам с использованием традиционных методик микробиологического исследования в двух последовательных анализах в течение 48 ч от момента поступления в стационар, метагеномное секвенирование мочи. Средний возраст пациентов составил 52,4 года, из них мужчин – 33, женщин – 21, без ИМВП – 22, с ИМВП – 32. Значимых различий по полу и возрасту у пациентов без/с ИМВП не установлено (группа пациентов без ИМВП: средний возраст 54,18 лет, мужчин – 14 (63,6%), женщин – 8 (36,4%); группа пациентов с ИМВП: средний возраст 50,65 лет, мужчин – 19 (59,4%), женщин – 13 (40,6%) ($p>0,05$). Определение состава микробных сообществ осуществляли с учетом рекомендаций протокола высокопроизводительного секвенирования участка гена 16S рибосомальной РНК «16S Metagenomic Sequencing Library Preparation» при использовании высокопроизводительного секвенатора Miseq (Illumina, США). Исследование зарегистрировано в Clinicaltrials.gov (NCT05335213).

Результаты исследования. Бактерии класса Gammaproteobacteria и Bacilli в мочевых путях при ЦП представлены в доминантном количестве и имеют значимые различия у пациентов с ИМВП и без ИМВП (Me Gammaproteobacteria без/с ИМВП 30,03% и 50,55% соответственно, $p=0,006$; Me Bacilli без/с ИМВП 5,17% и 1,76% соответственно, $p=0,002$). Бактерии фило типа Proteobacteria и, в частности, класса Gammaproteobacteria относятся к таксонам, непосредственно принимающим участие в процессах бактериальной транслокации и развитии инфекций, в том числе ИМВП, у пациентов с ЦП. Классические уропатогены, такие как Escherichia, Klebsiella, Acinetobacter, которые вызывают ИМВП в большинстве случаев (более 80%), относятся именно к классу Gammaproteobacteria, в связи с чем они включены в формулу расчета модифицированного индекса дисбиоза modified dysbiosis ratio (MDR).

Так как бактерии рода Prevotella и Clostridioides преобладают в микробиоте мочи пациентов с ЦП без ИМВП по сравнению с ИМВП (Me Prevotella без/с ИМВП 2,0% и 0,17% соответственно, $p=0,02$), (Me Clostridioides без/с ИМВП 0,92% и 0,33% соответственно), некоторые представители которого могут обладать протективным эффектом в отношении развития ИМВП, указанные таксоны включены в формулу MDR. Для расчета модифицированного коэффициента дисбиоза мы предлагаем следующую формулу:

$$MDR = [Gammaproteobacteria(\%) + Bacilli(\%)] / [Prevotella(\%) + Clostridioides(\%) + Bacteroidetes(\%)]$$

Получены значимые различия между группами пациентов без/с ИМВП по индексу MDR ($p=0,0362$). Значение модифицированного коэффициента дисбиоза мочи $MDR > 16,34$ у пациентов с ЦП имеет умеренную прогностическую ценность ($AUC = 0,669$) в отношении ИМВП.

Выводы. Для диагностики ИМВП у пациентов с ЦП может использоваться формула MDR, которая включает расчет соотношения насыщенности микробиоты мочевых путей как потенциально патогенными таксонами, связанными с синтезом эндотоксинов или липополисахаридов, процессом бактериальной транслокации и развитием ИМВП, в том числе классических возбудителей ИМВП, таких как Escherichia, Klebsiella, Acinetobacter, относящихся к классу Gammaproteobacteria, а также автохтонных таксонов, таких как рода Prevotella, Clostridioides, связанными с образованием короткоцепочечных жирных кислот и вторичных желчных кислот из первичных желчных кислот, которые оказывают протективную роль и препятствуют развитию инфекции у пациентов с циррозом печени.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Мальцев С.Б.¹, Троцюк Д.В.¹, Медведев Д.С.¹,
Добрынин Д.В.², Юн Е.С.¹

¹Санкт-Петербургский медико-социальный институт,

²МСЧ МВД России по г. Санкт-Петербургу

и Ленинградской области,

Санкт-Петербург

Постуральный контроль складывается из двух взаимосвязанных компонентов: постуральная ориентация (способность поддерживать определенное положение тела в пространстве, а также заданное положение конечностей относительно туловища) и постуральная устойчивость (способность поддерживать определенное положение тела внутри границ площади опоры). Возраст-ассоциированные нарушения функции поддержания равновесия включают в себя изменения в обоих компонентах, приводят к увеличению частоты падения и связанных с ним осложнений (травмы, ограничение подвижности, снижение независимости и автономности). Двигательные нарушения различного генеза в большинстве случаев также сопровождаются изменениями постуральной функции. Имеются данные о том, что как аффективные, так и когнитивные функции ассоциируются с определенными стабилметрическими показателями. Синдром старческой астении расценивается как ключевой гериатрический синдром, взаимосвязанный с более тяжелым течением соматических заболеваний, ухудшением реабилитационного потенциала. Наличие синдрома старческой астении тесно взаимосвязано с другими гериатрическими синдромами, увеличением риска падений, и ортостатической гипотензии, что также необходимо учитывать при разработке программ реабилитации.

Цели и задачи исследования. Оценить изменения постуральной функции у людей пожилого возраста в зависимости от наличия синдрома старческой астении.

Методы и результаты исследования. В исследование было включено 86 пациентов дома-интерната для престарелых и инвалидов №1 г. Санкт-Петербурга (17 мужчин, 69 женщин в возрасте от 60 до 90 лет; средний возраст составил $84 \pm 1,4$ лет). Все пациенты подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были выраженные когнитивные нарушения, невозможность выполнения стабилметрии, отказ от участия в исследовании. Проводилась оценка клинико-анамнестических данных, гериатрического статуса (шкала «Возраст не помеха», КБТФФ, краткая шкала оценки психического статуса MMSE, шкала оценки страха падений, шкала Морсе). Постуральная функция оценивалась при помощи стабилметрии в положении стоя (европейская установка стоп). Статистическая об-



работка данных проводилась при помощи программного обеспечения StatTech v. 3.1.7.

У 86% обследуемых выявлен синдром старческой астении. У всех пациентов была выявлена выраженная сагиттальная асимметрия с направлением вперед. У 71,4% обследуемых с синдромом СА выявлена фронтальная асимметрия, в 85,7% случаев наблюдалось отклонение влево. У пациентов с синдромом старческой астении наблюдалась большая степень отклонения по оси X во фронтальной плоскости с открытыми ($p=0,004$) и закрытыми глазами ($p=0,009$), большая частота встречаемости выраженной фронтальной асимметрии ($p=0,013$).

Отмечены статистически значимые различия между пациентами, имевшими синдром старческой астении в отношении средней скорости центра давления с закрытыми глазами ($p=0,033$), частоты колебаний по оси X во фронтальной плоскости с открытыми глазами ($p=0,042$), энергоиндекса ($p=0,004$). Выявлено, что у лиц с нормально сбалансированным зрительно-проприоцептивным контролем и с преобладанием проприоцептивного контроля выраженные нарушения равновесия во фронтальной плоскости наблюдались чаще (78,2% и 75,0% соответственно). Уровень зрительного контроля коррелировал с показателями оценки базовой функциональной активности (индекс Бартел): у людей с полной независимостью зрительный контроль преобладал в 72,0% случаев, с легкой зависимостью – в 25,0% ($p=0,01$), с умеренной – в 35,0% ($p=0,01$). В данных группах преобладал зрительно-проприоцептивный контроль. Уровень зрительного контроля был снижен у пациентов с высоким уровнем страха падений, а также у людей с умеренным риском развития депрессии (гериатрическая шкала депрессии).

Заключение. С учетом более тяжелого соматического и когнитивного статуса, разработка реабилитационных программ для людей, проживающих в социальных учреждениях, требует персонализированного подхода. Оценка взаимосвязи изменений гериатрического статуса и основных показателей баланса, оцениваемых при выполнении стабилотметрии имеет большой потенциал в данном аспекте.

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Малюженко А.А., Михайлова Л.В.
Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Цель исследования. Описать клинко-эпидемиологическую характеристику новой коронавирусной инфекции COVID-19 у взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов Волгоградской области.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование случаев новой коронавирусной инфекции COVID-19 у ВИЧ-инфицированных жителей Волгоградской области. В исследование было включено 601 пациент, получавших лечение в период с 2021 по 2023 годы.

Результаты. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 все еще представляет собой глобальную проблему человечества, за счет высокого уровня заболеваемости, наложением на сезонные эпидемии острых вирусных заболеваний органов дыхания, высокой степени риска развития осложнений у особых групп пациентов, а также по-прежнему относительно высокой летальностью при развитии пневмонии. В форме ОРВИ заболевание перенесли 354 пациента (58,9%), доля больных с пневмонией составила 29,7%, среди которых 44,8% имели острый респираторный дистресс синдром (ОРДС), и 4,4% сепсис.

На момент заболевания COVID-19 173 ВИЧ-инфицированных пациента (28,7%), имели 3 латентную стадию, остальные обследуемые находились в 4 стадии ВИЧ-инфекции, в том числе 4А – 201 (33,5%), 4Б – 69 (11,5%) и 4В – 158 (26,3%). Среди пациентов преобладали женщины – 307 (51,1%). В группе мужчин средний возраст – 45,3 года, среди женщин – 43,8 года. Средний возраст в обеих группах составил 44,5 лет. Получали антиретровирусную терапию 492 ВИЧ-инфицированных больных (81,8%), однако, имели подавленную репликацию ВИЧ (порог чувствительности тест-системы – 50 коп/мл) только 77,4% от всех получающих лечение.

Не имели лабораторный иммунодефицит 37,6% ($n=226$). При оценке иммунного статуса обнаружено следующее распределение по показателям: количество CD4+лимфоцитов 351-500 клеток в мкл – 14,5% ($n=87$), 201-350 – 12,5% ($n=75$), 101-200 – 10,9% ($n=66$), 51-100 – 7,3% ($n=44$), менее 50 клеток в мкл – 17,1% ($n=103$).

Несмотря на наличие антиретровирусной терапии среди ВИЧ-инфицированных пациентов, летальность составила 23,5% ($n=142$). Из них получали антиретровирусную терапию 82 человека (57,8%), в том числе более 24 недель – 33 человека (23,2%).

Среди умерших пациентов лабораторный иммунодефицит не выявлен у 13,4% ($n=19$), количество CD4+лимфоцитов 351-500 клеток в мкл – 4,9% ($n=7$), 201-350 – 11,3% ($n=16$), 101-200 – 10,6% ($n=15$), 51-100 – 9,1% ($n=13$), менее 50 клеток в мкл – 50,7% ($n=72$).

Несмотря на неоднородность пациентов, болевших COVID-19, тем не менее, можно выделить подгруппу высокого риска развития осложнений и летального исхода, это ВИЧ-инфицированные с тяжелым иммунодефицитом (менее 50 кл/мкл), среди этой группы наибольшая частота наступления летального исхода – 69,9% (72 смерти на 103 случая заболевания). В тоже время,отягощающим фактором является или отсутствие антиретровирусной терапии или неполное подавление вирусной репликации. Так же необходимо учитывать и СПИД индикаторные оппортунистические инфекции, которые в свою очередь также увеличивают риск летального исхода.

Выводы. Во многих исследованиях ранее было показано, что ВИЧ-инфицированные пациенты являются группой риска по тяжелому течению COVID-19, из-за комбинированного поражения легочной ткани непосредственно вирусом SARS-CoV-2 и вторичными инфекционными агентами, такими как цитомегаловирус, *Pneumocystis carinii* и микобактерии. Больше половины случаев COVID-19 у ВИЧ-инфицированных больных протекали в форме острой респираторной вирусной инфекции, без пневмонии и бактериальных осложнений. Однако, наличие выраженного лабораторного иммунодефицита, даже на фоне антиретровирусной терапии, вероятно, способствовало развитию вирусной пневмонии и бактериальных осложнений, которые часто приводили к летальному исходу. Возможно, если бы показаниями к госпитализации больных COVID-19 на фоне ВИЧ-инфекции являлась бы не только тяжесть новой коронавирусной инфекции, а также учитывалась стадия ВИЧ-инфекции и выраженность иммунодефицита, удалось бы значительно снизить риски развития осложнений COVID-19 и тем самым минимизировать уровень летальности.

СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТОМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ДОЗИРОВАНИЕ И ПУТИ ВВЕДЕНИЯ

Мамасиддикова С.Б., Мамасиддилов А.А.,
Хидоятова М.Р.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Описать доказательства стратегий инициации метотрексата (МТ) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и, в случае нерезультативной терапии, проанализировать эффективность и безопасность оптимизации путей и доз.

Материал и методы. Мы провели всесторонний обзор рандомизированных контролируемых испытаний в соответствии с контрольным списком обзоров PRISMA и структурой, предложенной Arksey и O'Malley. Поиск в PubMed, EMBASE и Cochrane проводился без языковых ограничений, а также был изучен ручной поиск соответствующих статей.

Результаты исследования. Мы выявили 1547 потенциально подходящих исследований, из которых 11 были отобраны на основе названий и рефератов, а затем на основе полноформатных статей. У пациентов, не получавших МТ, линейная зависимость дозореакция для начальной дозы была обнаружена между 7,5-10 мг/неделю и 15-22 мг/неделю без корреляции с токсичностью. Более высокая начальная доза МТ (25 мг против 15 мг) была более эффективной, что привело к меньшему количеству повышений дозы из-за не-

эффективности и большему количеству снижений дозы из-за более высоких показателей ремиссии. Также наблюдалась тенденция к увеличению желудочно-кишечной токсичности. Сравнивая различные пути введения МТ, подкожный МТ показал статистически более высокий ответ ACR20 (80%) по сравнению с пероральным МТ (72%) ($p < 0,05$). Клиническая эффективность и безопасность ускоренных и обычных начальных схем МТ были сопоставимы между 7,5 и 15 мг с увеличением дозы на 2,5 мг каждые две недели. У пациентов с РА, у которых первоначальное лечение метотрексатом оказалось неэффективным, постепенное увеличение доз метотрексата связано с более высоким ответом ACR20 и устойчивой частотой ремиссии, чем при использовании других стратегий. У пациентов, не ответивших на метотрексат, оптимизация подкожного введения метотрексата была связана с улучшением показателей ACR20 и ACR50 при схожей токсичности между группами. В подгруппе пациентов с ранним РА подкожное введение метотрексата показало более высокие показатели ответа ACR20, чем пероральное введение метотрексата, а интенсивные пероральные методы имеют гораздо более высокий уровень устойчивой ремиссии, более короткое среднее время до ремиссии и лучшие показатели клинической активности заболевания, чем традиционные методы лечения.

Выводы. Более высокие начальные дозы метотрексата и начальное подкожное введение метотрексата показали лучшие результаты в улучшении ответа ACR20, хотя клиническая эффективность и безопасность других начальных схем введения метотрексата сопоставимы. Этот обзор содержит доказательства в поддержку оптимизации лечения метотрексатом с точки зрения пути и дозы.

ОБРАЗОВАНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК НЕЙТРОФИЛОВ И МОНОЦИТОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Мамус М.А., Мозговая Е.Э., Бедина С.А.,
Трофименко А.С.

НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,
Волгоград

Цель. Оценка интенсивности образования внеклеточных ловушек нейтрофилов и моноцитов при СКВ и РА с применением технологии магнитоуправляемых носителей.

Материалы и методы. Исследовали образцы крови здоровых лиц, а также больных СКВ и РА с различной степенью активности заболеваний. Для оценки активности СКВ применяли индекс SLEDAI-2K, для

оценки активности РА – индекс DAS28. Синтез наночастиц магнетита осуществляли методом сопреципитации. Получение магнитоуправляемых полиакриламидных частиц производили методом эмульсионной полимеризации в обратной эмульсии; для выделения нейтрофилов или моноцитов на частицах иммобилизовали мышиные моноклональные IgG к CD16b или к CD14 человека. Нейтрофилы и моноциты выделяли из лейкоцитарной фракции цельной крови пациентов при помощи метода MACS с использованием магнитоуправляемых полиакриламидных частиц, для моноцитов также использовали модифицированный адгезионный метод. Жизнеспособность моноцитов и нейтрофилов оценивали путем окрашивания трипановым синим, активацию – используя общепринятый тест с нитросиним тетразолием. Образование клетками внеклеточных ловушек индуцировали форбол-12-мириостат-13-ацетатом. Ловушки визуализировали при помощи флуоресцентной микроскопии. Статистический анализ полученных данных осуществляли с помощью программы Statistica 10.0 for Windows. Центральную тенденцию и вариабельность переменных характеризовали как «среднее арифметическое $\pm$ 95% доверительный интервал» (М (95%ДИ)), статистическая взаимосвязь переменных оценивалась при помощи коэффициента корреляции Пирсона (r). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Для установления нормальных характеристик изучаемых показателей внеклеточных ловушек использовали группу, состоящую из 28 практически здоровых лиц (19 женщин и 9 мужчин в возрасте от 28 до 46 лет), прошедших тщательное медицинское обследование. Для данной группы также производили сравнение спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек моноцитов, выделенных различными методами. Клетки, выделенные при помощи адгезии на фторполимере и при помощи магнитоуправляемых полиакриламидных частиц, демонстрировали сопоставимые значения спонтанного образования внеклеточных ловушек (7,5 (3,4-11,6)% и 6,9 (2,9-10,9)%, соответственно), а также индуцированного образования внеклеточных ловушек (18,3 (12,2-24,4)% и 21,4 (10,7-32,1)%, соответственно). В последующем, для анализа образования внеклеточных ловушек мы использовали моноциты, выделенные при помощи магнитоуправляемых полиакриламидных частиц с иммобилизованными анти-CD14, что было связано с более высоким выходом при выделении клеток, а также с уменьшением времени, затрачиваемого на выделение. Для нейтрофилов эти показатели составляли 7,8 (3,3-12,3)% и 28,9 (22,0-35,8), соответственно.

В группу больных СКВ было включено 27 человек (24 женщины (88,9%) и 3 мужчин (11,1%)), средний возраст 43,6 (40,58-46,62) лет, средняя активность заболевания по шкале SLEDAI-2K – 5,4 (4,74-6,07) балла). В группу РА было включено 35 больных (24 женщины, 11 мужчин, средний возраст 48,6 (44,66-52,54) лет, средняя активность заболевания по шкале

DAS28 4,3 (4,1-4,5) балла). АЦЦП были выявлены у 27 (77,1%) больных РА. Средняя доля спонтанного образования внеклеточных ловушек моноцитов при СКВ составила 16,0 (14,3-17,7)%, индуцированного – 36,7 (29,2-44,2)%. Значения данных показателей для нейтрофилов крови больных СКВ были равны 22,1 (14,6-29,6)% и 40,4 (27,9-52,9)%, соответственно. У больных РА средняя доля спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек моноцитов составила 14,5 (12,7-16,3)% и 29,0 (22,2-35,8)%, соответственно, значения этих показателей для нейтрофилов составляли 9,9 (7,4-12,4)% и 30,7 (26,1-35,3)%, соответственно.

Выводы. Нами был разработан метод выделения моноцитов при помощи магнитоуправляемых полиакриламидных частиц с иммобилизованными антиCD14. Выделение моноцитов этим способом позволяет получать клеточные фракции с высокой чистотой, жизнеспособностью и удовлетворительной долей неактивированных клеток, при этом достигается весьма высокое значение клеточного выхода. Метод выделения моноцитов с использованием магнитных полиакриламидных частиц отличается малыми затратами времени, что также способствует сохранению интактного состояния клеток. При анализе параметров образования внеклеточных ловушек нейтрофилов и моноцитов в сформированных группах пациентов обращает на себя внимание большая выраженность этого процесса при СКВ по сравнению с РА, при этом данная тенденция прослеживается как для нейтрофилов, так и для моноцитов. Статистически значимого уровня различия между СКВ и РА достигло для спонтанного образования NET, однако при увеличении объема групп на последующих годовых этапах можно ожидать появления статистически значимых различий для индуцированного образования ловушек нейтрофилов между пациентами с РА и СКВ.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ОЖИРЕНИЕМ И ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Маниюкова Э.Т., Чернеева А.К., Пампуха Е.А.
Городская больница №38,
Нижний Новгород

Цель исследования. Оценить функцию почек у лиц с избыточной массой тела, ожирением и перенесенной новой коронавирусной инфекцией (НКВИ), вызванной SARS-CoV-2.

Материалы и методы. На базе одной из поликлиник г. Нижнего Новгорода выполнен ретроспективный анализ 56 амбулаторных карт пациентов, перенесших НКВИ: 44 мужчин и 12 женщин среднего

возраста 43 (37;46) года. Амбулаторное лечение при легкой степени тяжести НКВИ проводилось у 79% (ДИ 95%: 66;88), (n=44) пациентов, стационарное – у 21% (ДИ 95%: 12;34), (n=12): при среднетяжелом течении – у 92% (ДИ 95%: 61;100), (n=11) и тяжелом течении – у 8% (ДИ 95%: 0;38), (n=1), соответственно. У всех пациентов рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) по формуле: масса тела (кг) / рост (м²).

Нормальная масса тела (ИМТ <25 кг/м²) выявлена у 30% (ДИ 95%:19;44), (n=17), ИМТ был ≥25 кг/м² определен у 70% (ДИ 95%:56;81), (n=39) пациентов: избыточная масса тела – у 34% (ДИ 95%: 22;48), (n=19), ожирение I степени – у 25% (ДИ 95%:14;38), (n=14), II степени – у 7% (ДИ 95%:2;17), (n=4), III степени – у 4% (ДИ 95%:0;12), (n=2). У всех обследуемых проводился расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ, с применением показателя креатинина крови, определенного до (СКФ-1) и после (СКФ-2) перенесенной НКВИ. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS 20.0. Рассчитывались средние значения (Me – медиана) в виде Me (P25; P75), где P25 и P75 – нижний и верхний квартили; относительные показатели (P, в %) в виде P (нижний уровень; верхний уровень 95% доверительного интервала (ДИ) на основе метода Клоппера-Пирсона). Для сравнения непрерывных величин при ненормальном распределении показателя использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий). В случаях сравнения нескольких групп по значениям отдельных признаков при связанных выборках – тест Уилкоксона. Различия считали значимыми при p<0,05.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов с нормальной массой тела уровень СКФ был незначимо выше (82 (70;101) мл/мин/1,73м²), чем у лиц с избыточной массой тела и ожирением (79 (73; 92) мл/мин/1,73м²) (p=0,09). При оценке функции почек у всех обследуемых с перенесенной НКВИ (n=56) выявлен более низкий показатель СКФ-2 (85 (80;89) мл/мин/1,73м²), по сравнению с СКФ-1 (88 (84; 93) мл/мин/1,73м²) (p=0,006). У пациентов с нормальной массой тела (n=17) уровень СКФ-1 был выше (99 (72;108) мл/мин/1,73м²), чем СКФ-2 (91 (74;110) мл/мин/1,73м²) (p=0,256). У лиц с ИМТ ≥ 25 кг/м² (n=39) СКФ-1 был выше (84 (74;95) мл/мин/1,73м²), чем СКФ-2 (79 (71;92) мл/мин/1,73м²) (p=0,01). У пациентов с избыточной массой тела (n=19) наблюдалось значимое снижение функционального состояния почек после перенесенной НКВИ: СКФ-1 превышал (84 (74;95) мл/мин/1,73м²) СКФ-2 (79 (71;92) мл/мин/1,73м²) (p=0,01). При ожирении I степени (n=14) уровни СКФ-1 и СКФ-2 были сопоставимы: 77 (73;92) мл/мин/1,73м² и 77 (70;90) мл/мин/1,73м², соответственно (p=0,925). При ожирении II и III степени уровни СКФ-1 были выше, чем СКФ-2: 87 (73;104) мл/мин/1,73м² против 74 (70;85) мл/мин/1,73м² и 91 (81;101) против 79 (73;86) мл/мин/1,73м², соответственно.

Известно, что вирус SARS-CoV-2 способен приводить к прямому цитопатическому повреждению почечной ткани с развитием острого повреждения почек (ОПП). Вместе с тем независимым фактором риска неблагоприятных исходов у пациентов с тяжелой формой COVID-19 является ожирение, а фактором риска развития ОПП у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2 – высокая масса тела. Результаты проведенной работы свидетельствуют о снижении функции почек у лиц после перенесенной НКВИ. При этом снижение функции почек установлено как у лиц с нормальной массой тела, так и у лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Выводы. Полученные результаты могут указывать на важность контроля функции почек и своевременного назначения нефропротективной терапии у пациентов с COVID-19 не только у лиц с избыточной массой тела и ожирением, но и у больных с нормальной массой тела.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Масько М.В., Жигун Е.С.

Витебский государственный медицинский
университет,
Витебск, Беларусь

Введение. Ревматоидный артрит (РА) является наиболее распространенным и тяжелым хроническим аутоиммунным заболеванием и характеризуется припухлостью, болезненностью и деструкцией суставов, которое приводит к нетрудоспособности, инвалидности и преждевременной смертности. В последнее время получила развитие концепция РА как гетерогенного состояния с множеством иммунологических вариантов и разнообразными клиническими фенотипами. Целью исследования стало изучение особенностей клинического течения РА в зависимости от возраста дебюта заболевания в белорусской популяции пациентов.

Материалы и методы. Исследование выполнено согласно принципам Хельсинкской декларации, по дизайну является когортным сплошным поперечным. Обследовано 533 пациента с РА. Мужчин было 97 (18,20%), женщин 436 (81,80%). Медианный возраст пациентов составил 53,00 года (95%ДИ: 52,00-55,00), медиана возраста женщин – 53,00 года (95%ДИ: 52,00-55,00), мужчин – 53,00 года (95%ДИ: 48,00-57,00). Достоверных различий по возрасту среди мужчин и женщин не установлено (p>0,05). Все пациенты были разделены в зависимости от возраста дебюта РА на пациентов с РА, начавшемся в детском и юношеском возрасте (до 18 лет) – группа 1; пациентов с РА, начавшемся в трудоспособном возрасте (18-60 лет) – группа 2, пациентов с РА, начавшемся в пожилом и старческом возрасте (старше 60 лет) – группа 3.

Результаты. Распределение пациентов по группам было следующим. Группа РА, начавшегося в детском и юношеском возрасте составила 23 пациента (4,32%), группа РА, начавшегося в трудоспособном возрасте – 435 пациентов (81,61%), группа РА, начавшегося в пожилом и старческом возрасте – 75 пациентов (14,07%).

Различия по возрасту между группами являются очевидными ввиду способа их формирования. Однако, несмотря на то, что пациенты с РА, начавшегося в детском возрасте, были значительно моложе ($p < 0,0001$), они имели наибольшую длительность заболевания ($p < 0,0001$). Количество пациентов, которые имеют 3-й и 4-й функциональный класс (ФК) при РА, начавшегося в детском возрасте (17,4%), оказалось значимо больше, чем при РА, начавшегося в трудоспособном возрасте (5,06%, $p = 0,04$). Более выраженные структурные изменения также наблюдались при РА, начавшегося в детском возрасте, где суммарная доля пациентов, которые имеют III и IV рентгенологическую стадию составила 56,52% по сравнению с 34,48% при РА, начавшегося в трудоспособном возрасте ($p > 0,05$), и 28,01% при РА, начавшегося в пожилом возрасте ($p = 0,02$). Во всех анализируемых группах установлена сходная частота встречаемости системных проявлений ($p > 0,05$).

Индекс DAS28-CRP был значимо выше при РА, начавшегося в трудоспособном возрасте (4,46; 95%ДИ: 4,32-4,74), по сравнению с РА, начавшегося в пожилом возрасте 4,03; 95%ДИ: 3,25-4,46, $p = 0,01$), при других парных сравнениях различий не установлено.

Системные проявления РА наблюдались у 26,08% пациентов с начавшегося в детском возрасте, 17,7% пациентов с РА начавшегося в трудоспособном возрасте, 16% пациентов с РА, начавшегося в пожилом возрасте, $p > 0,05$. В структуре системных проявлений преобладали ревматоидные узелки, которые встречались у 8,69% пациентов с начавшегося в детском возрасте, 10,11% пациентов с РА начавшегося в трудоспособном возрасте, 9,33% пациентов с РА, начавшегося в пожилом возрасте, $p > 0,05$. Ассоциированная болезнь Шегрена диагностирована у 4,35% пациентов с начавшегося в детском возрасте, 1,83% пациентов с РА начавшегося в трудоспособном возрасте, 4,0% пациентов с РА, начавшегося в пожилом возрасте, $p > 0,05$.

Серопозитивность по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду установлена у 66,67% пациентов с начавшегося в детском возрасте, 79,41% пациентов с РА начавшегося в трудоспособном возрасте, 69,57% пациентов с РА, начавшегося в пожилом возрасте, $p > 0,05$. Серопозитивность по ревматоидному фактору установлена у 75,0% пациентов с начавшегося в детском возрасте, 70,18% пациентов с РА начавшегося в трудоспособном возрасте, 73,91% пациентов с РА, начавшегося в пожилом возрасте, $p > 0,05$. Положительные титры антинуклеарных антител наблюдались у 30,77% пациентов с начавшегося в детском возрасте, 37,74%

пациентов с РА начавшегося в трудоспособном возрасте, 40,00% пациентов с РА, начавшегося в пожилом возрасте, $p > 0,05$.

Недельная доза метотрексата при РА, (15,00; 95%ДИ: 11,72-17,50), была значимо выше по сравнению с РА, начавшегося в трудоспособном (12,50; 95%ДИ: 10,00-12,50) и пожилым (10,00; 95%ДИ: 10,00-10,00) возрасте ($p = 0,002$ и $p < 0,0001$ соответственно), при РА, начавшегося в трудоспособном возрасте, значимо выше, чем при РА, начавшегося в пожилом возрасте ($p = 0,0005$). Доля пациентов, которые принимают глюкокортикоиды при РА, начавшегося в пожилом возрасте (49,33%), была выше, чем при РА, начавшегося в трудоспособном возрасте (36,55%, $p = 0,04$), и не отличалась от РА, начавшегося в детском возрасте ((39,13, $p > 0,05$).

Заключение. Разграничение пациентов с РА по времени дебюта имеет важное медицинское и социальное значение.

В нашей выборке пациентов РА, начавшийся в детском возрасте, характеризуется более выраженными структурными и функциональными нарушениями, высокой частотой приема глюкокортикоидов, что указывает на недостаточную эффективность лечения данного варианта РА в рутинной клинической практике.

На примере исследуемой выборки установлено, что 69,09% пациентов с РА, дебютировавшим в трудоспособном возрасте, имеют умеренную и высокую степень активности заболевания. Средняя доза метотрексата, которую пациенты получают еженедельно, в данной группе составляет 12,5 мг, что по сегодняшним представлениям об эффективной дозе метотрексата при РА является недостаточным и не обеспечивает достижение целей лечения. Более трети (36,55%) пациентов с дебютом РА в трудоспособном возрасте получают пероральную терапию глюкокортикоидами, что в большинстве случаев обусловлено недостаточным контролем над активностью заболевания, и, в свою очередь, объясняется низкими дозами и/или отсутствием комбинации синтетическими болезнью-модифицирующими противоревматическими препаратами, а также отсутствием терапии биологическими лекарственными средствами.

В нашей выборке пациенты с РА, начавшегося в пожилом возрасте, имели сопоставимые структурные и функциональные нарушения по сравнению с пациентами, заболевшими РА в трудоспособном возрасте, но длительность РА у них была в 2 раза короче ($p < 0,05$), что указывает на недостаточную эффективность лечения РА в пожилом возрасте, возможно, связанную с преобладанием терапии глюкокортикоидами и низкими дозами метотрексата, что приводит к более быстрым темпам нарастания структурных и функциональных изменений.

Указанные особенности РА у пациентов разных возрастных категорий обуславливают необходимость анализа всех значимых медицинских и социальных моментов для успешного достижения цели лечения заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАННЕГО ОСТЕОАРТРИТА

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение/цель. Остеоартрит – хроническое заболевание суставов, характеризующееся необратимыми дегенеративно-деструктивными изменениями в суставном хряще, сопровождающееся болью, нарушением функций, а также развитием умеренно выраженного синовита. При прогрессировании остеоартрита в результате происходящих дегенеративных процессов могут появляться зоны обызвествления, кальцификации, хрящ размягчается, разрыхляется, появляются трещины, простирающиеся до кости.

Цель исследования. Определить факторы риска структурного прогрессирования раннего остеоартрита коленных суставов.

Материал и методы. Нами было обследовано 73 пациента с первичным остеоартритом коленных суставов (59 женщин и 14 мужчин), удовлетворяющих критериям гонартроза Американской коллегии ревматологов, а также критериям, разработанным Институтом ревматологии РАМН. Средний возраст больных – $47,9 \pm 9,6$ лет, средняя продолжительность заболевания – $9,6 \pm 5,4$ мес. 66 больных (90,4%) из числа вошедших в исследование пациентов впервые обратились к врачу по поводу болей в коленных суставах. 45 больных (61,6%) из общего числа имели двусторонний ранний остеоартрит коленных суставов. Всем больным проводились анкетирование, оценка боли и функциональной недостаточности по индексу WOMAC, рентгенография коленных суставов в переднезадней проекции. Минеральную плотность костей (МПК) поясничного отдела позвоночника и шейки бедра оценивали с помощью рентгеновского двухэнергетического денситометра QDR-450W (Hologic). У всех обследованных больных была первая рентгенологическая стадия заболевания по Штейнброкеру. Больные были разделены на 2 группы сопоставимые по возрасту.

Результаты/обсуждение. Через 3 года наблюдения увеличения стадии на 1 ступень остеоартрита наблюдалось у 12 пациентов первой группы. Больные 1-й группы имели более интенсивную боль в коленных суставах при ходьбе – $64,12 \pm 19,28$ против $51,46 \pm 19,66$ мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ($p=0,046$), более высокие значения индекса массы тела (ИМТ) – $35,89 \pm 5,76$ против $30,56 \pm 4,61$ кг/м²; ($p=0,002$), более высокие показатели МПК в позвоночнике – $0,94 \pm 0,12$ против $0,84 \pm 0,11$ г/см²; ($p=0,024$), в шейке бедра – $0,84 \pm 0,95$ против $0,73 \pm 0,77$ ($p=0,001$) по сравнению с 2-й группой.

Выводы/заключение. Высокие показатели интенсивности боли, ИМТ, МПК поясничного отдела позвоночника и шейки бедра, могут рассматриваться как

факторы риска прогрессирования раннего остеоартрита коленных суставов.

СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Матчанов С.Х., Шаропова А.Т., Бегалиева Ф.У.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить источники литературы и ресурсы Интернет-сети о поражении глаза у пациентов с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Проанализированы источники литературных данных о клиническом течении ксерофтальмии у больных ревматоидным артритом.

Результаты и обсуждение. Ревматоидный артрит (РА) является хроническим системным воспалительным заболеванием неизвестной этиологии, характеризуется симметричным полиартритом, внесуставными поражениями – глазными, легочными, почечными. Окулярные повреждения при РА являются неблагоприятным прогнозом последнего, частота и тип глазных поражений коррелирует с активностью болезни, что может привести к снижению остроты или к потере зрения. Под термином синдром сухого глаза в настоящее время понимают комплекс признаков высыхания (ксероза) поверхности роговицы и конъюнктивы вследствие длительного нарушения стабильности слезной пленки, покрывающей роговицу.

В 1943 году Генрих Шегрен доказал связь между ревматоидным артритом (РА) и ССГ. По данным ряда исследователей у 30% пациентов с РА уже в дебюте заболевания происходит развитие офтальмопатии переднего отрезка глазного яблока. ССГ без должного лечения приводит к развитию различных осложнений и существенно ухудшает и без того плохое качество жизни больных. Как правило, пациенты отмечают сухость в глазу, чувство дискомфорта, светобоязнь, ухудшение зрения, что и служит поводом для обращения к офтальмологу. Этиологические аспекты формирования синдрома сухого глаза при ревматоидном артрите изучены не до конца. К предрасполагающим факторам относят: генетический, инфекционный, пусковой (температурный, стрессовый, токсический). В патогенезе важную роль играет ответная иммунная реакция на гипотетический антиген с выработкой аутоантител, преимущественно IgM ревматоидного фактора (70-80%), образованием избытка цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-α), стимулирующих воспаление. Активация цитокинов и Т-клеток приводит к патологической потере муцина и гликокаликса с поверхности роговицы, развитию апоптоза и снижению слезопродукции. Повышение осмолярности слезной пленки ведет к цепи патологических реакций, вызывающих развитие синдрома сухого глаза.

Для лечения синдрома сухого глаза при ревматоидном артрите используют слезозаместительную терапию на основе гиалуроновой кислоты. Данный гликозаминогликан является одним из основных компонентов внеклеточного матрикса, он играет важную роль в гидродинамике тканей. На поверхности роговицы водный раствор гиалуроновой кислоты за счет своей вязкости и адгезивных свойств в течение длительного времени создает прероговичную слезную пленку. В связи с углубленным изучением воспалительной теории патогенеза синдрома сухого глаза используют средства, воздействующие на воспаление, основанные на снижении активации Т-лимфоцитов и выброса цитокинов, что приводит к уменьшению воспалительной реакции тканей роговицы и конъюнктивы.

Выводы. Таким образом, наиболее распространенным глазным проявлением у больных ревматоидным артритом является синдром сухого глаза, требующий принятия своевременной офтальмологической помощи.

РИСК РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ И ТАРГЕТНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Махортова С.А., Формозова М.А., Трофимов Е.А.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Широкое применение генно-инженерной биологических препаратов (ГИБП) и таргетных синтетических базисных противовоспалительных препаратов (тсБПВП) требует тщательной оценки риска возникновения серьезных нежелательных явлений. В настоящее время в мировой представлены полярные мнения об увеличении риска злокачественных новообразований (ЗНО) на фоне терапии ГИБП/тсБПВП, поскольку мировая литература представляет противоречивые статистические данные.

Цель исследования. Определить частоту возникновения злокачественных новообразований (ЗНО) на фоне терапии ГИБП/тсБПВП у пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ).

Материалы и методы. Был проанализирован регистр пациентов центра ГИБТ СЗГМУ им И.И. Мечникова (n=3827, декабрь 2024 г.). Из регистра в исследование было включено 28 пациентов. Критериями включения являлись наличие любого ревматологиче-

ского заболевания, получение ГИБП или тсБПВП, задокументированный случай возникновения ЗНО de novo в период получения терапии. Критерием исключения стало возникновение ЗНО у пациента до начала ГИБП или тсБПВП.

У пациентов были проанализированы демографические характеристики, антропометрические данные, клинико-лабораторные особенности, наличие сопутствующих хронических заболеваний. Отдельно были оценены данные семейного анамнеза, случаи ЗНО до начала терапии и проведенное по этому поводу лечение.

Клинико-лабораторную активность заболевания изучали путем оценки активности ИВРЗ (для ревматоидного артрита (РА) индекс активности DAS28, для анкилозирующего спондилита (АС) индексы – ASDAS, BASDAI, для псориатического артрита (ПсА) – индекс DAPSA), а также уровень С-реактивного белка – СРБ (мг/л).

В исследование включено 28 пациентов: с РА (n=13; 46,43%), АС (n=9; 32,14%), ПсА (n=4; 14,29%), системной склеродермией (n=1; 3,57%) и с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом (n=1; 3,57%). Наиболее часто ЗНО выявлялись у женщин (n=19; 67,86%). Средний возраст составил 56,93±9,78 лет. Средняя продолжительность ИВРЗ – 15,57±9,4 лет. Медиана длительности терапии на момент выявления ЗНО – 10 [0,083–16] лет.

Результаты и обсуждение. Общий объем наблюдения составил 72713 пациенто-лет. Для лечения использовались препараты из групп ингибиторов ФНО-альфа (иФНОα), ингибиторов ИЛ-6, ингибиторов ИЛ-17, ингибиторов ИЛ-23, ингибиторов JAK, анти-В-клеточной терапии и блокаторов костимуляции Т-лимфоцитов.

Выявлено 28 солидных опухолей (0,03 на 100-пациенто-лет), среди них 6 случаев рака молочной железы, по 3 случая рака щитовидной железы, почки и кожи, 2 случая рака легкого и яичника и по 1 случаю рака иной локализации. Наиболее часто ЗНО регистрировались на фоне терапии одним из иФНОα (n=12; 42,86%) и при применении ритуксимаба (n=7; 25%).

При анализе активности ИВРЗ на момент выявления ЗНО обратила на себя внимание высокая доля пациентов с умеренной степенью (n=14; 50%) и высокой степенью активности заболевания (n=11; 39,29%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что частота возникновения ЗНО на фоне ГИБТ (0,73%) не превышает таковую в общей популяции населения Российской Федерации (2,84%). Небольшое число случаев, длительное течение ИВРЗ, а также средняя или высокая степень активности заболевания, позволяют сделать вывод, что повышенный риск развития ЗНО связан с самим ИВРЗ, а не с применением ГИБП или тсБПВП. Следовательно, этот метод лечения имеет хороший профиль безопасности и не увеличивает вероятность развития ЗНО у пациентов с ИВРЗ.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Мацкевич С.А., Кожанова И.Н., Романова И.С.,
Чак Т.А.

Белорусский государственный медицинский
университет,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить приверженность к фармакотерапии у пациентов трудоспособного возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. Проанализировано 173 истории болезни пациентов в возрасте от 48 до 65 лет (средний возраст составил $59,6 \pm 6,32$ года), имеющих патологию сердечно-сосудистой системы. Из них 102 (59%) мужчины и 71 (41%) женщина. Всем пациентам было проведено общеклиническое исследование согласно клиническим протоколам диагностики и лечения. Наличие патологии сердечно-сосудистой системы определяли по данным клинико-инструментальных исследований. Давность заболеваний сердечно-сосудистой системы составила в среднем $11,12 \pm 4,18$ года. Проводилась оценка приверженности к фармакотерапии на амбулаторном этапе при госпитализации пациентов в стационар. Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов математической статистики.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что патология сердечно-сосудистой системы представлена следующей нозологией: инфаркт миокарда в анамнезе у 22 (12,7%) пациентов, стабильная стенокардия напряжения выявлена у 18 (10,4%) больных, нарушения сердечного ритма определялись у 77 (44,5%) пациентов (пароксизмальная или постоянная форма фибрилляции предсердий (15% пациентов), суправентрикулярная и/или желудочковая экстрасистолия (29,5% пациентов)), операции на сердце (коронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий, РЧА) в анамнезе у 10 (5,8%) больных. У 70 (40,5%) пациентов заболевание сердечно-сосудистой системы сопровождалось сопутствующим сахарным диабетом или нарушенной толерантностью к глюкозе, у 10 (5,8%) пациентов в анамнезе ОНМК. Артериальная гипертензия II-III ст. встречалась у 160 (92,5%) пациентов, признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК по NYHA) выявлены у 123 (71,1%) пациентов. Проводимая фармакотерапия по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы представлена следующими группами лекарственных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающе-

го фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина были назначены в 69,9% случаев, бета-адреноблокаторы принимали 53,2% пациентов, блокаторы кальциевых каналов получали 30% пациентов, дезагреганты и антикоагулянты принимали 46,2% и 9,2% пациентов соответственно, статины и диуретики получали 23,7% и 21,4% пациентов соответственно. Однако выявлено, что 27 (15,6%) пациентов вовсе не принимали назначенные ранее лекарственные препараты по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы в течение нескольких лет (70,4% мужчин и 29,6% женщин), а 28 (16,2%) пациентов длительное время принимали только один из назначенных лекарственных препаратов (57,1% мужчин и 42,8% женщин). Таким образом, неприверженность к фармакотерапии выявлена у 31,8% пациентов.

Выводы. Фармакотерапия патологии сердечно-сосудистой системы представлена широким спектром лекарственных препаратов. Однако, треть пациентов трудоспособного возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы имеют неприверженность к фармакотерапии. Неприверженность к фармакотерапии более характерна для лиц мужского пола.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭРУПТИВНОГО КСАНТОМАТОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л.

Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенск

Ксантоматоз – обменное заболевание, при котором на поверхности кожных покровов и в некоторых других тканях формируются отложения липидов, главным образом холестерина и холестанола (ксантомы вследствие нарушенного липидного обмена). Впервые ксантоматоз кожи был описан в 1835г. Р. F. Rayer. Симптомами этого состояния являются желтоватые безболезненные бляшки и наросты на коже лица, нижних век (ксантелазма), конечностей и туловища без признаков воспаления. Ксантомы являются одними из внешних проявлений гиперлипидемии и мультифокального атеросклероза.

Диагностика ксантоматоза осуществляется по результатам осмотра кожных покровов, а также изучения основных показателей липидного обмена (уровня холестерина и липопротеидов в крови).

Ксантомные клетки представляют собой преимущественно макрофаги, которые содержат суданофильный материал – капельки липидов, образующие крупные или небольшие скопления. Разные типы ксантом различаются по характеру скопления ксантомных клеток, наличием примеси клеток других типов и хими-

ческим составом внутриклеточных липидных капелек. В большинстве случаев ксантомы возникают вследствие гиперлипидемии, либо первичной (в результате генетической предрасположенности к нарушению метаболизма липидов), либо вторичной (вследствие различных заболеваний, непосредственно не связанных с метаболизмом липидов).

Различают несколько видов ксантом: туберозные (бугорчатые), сухожильные, плоские и эруптивные (узелковые). Термин «эруптивный ксантоматоз» образовался от латинского «*eruptio*», что означает «внезапное появление» или «высыпание». Эруптивные ксантомы обычно появляются внезапно и в большом количестве. Описаны ксантомы внутренних органов, например, слизистой оболочки желудка. Эруптивные ксантомы представляют собой множественные симметрично расположенные узелки от желтого до коричневого цвета с красным ободком. Узелки могут сливаться в бляшки дольчатого строения или неподвижные конгломераты, спаянные между собой. Эруптивные ксантомы часто сочетаются с ксантелазмами век и сухожильными ксантомами. Наиболее изученными причинами вторичных гиперлипидемий являются: панкреатит, нефротический синдром, билиарный цирроз, алкоголизм, системная красная волчанка, заболевания щитовидной железы и сахарный диабет. В клинической практике эруптивный ксантоматоз встречается нечасто. Точные данные по распространенности этой патологии, обусловленной вторичными гиперлипидемиями, отсутствуют. Сообщалось, что эруптивные ксантомы имеют менее 1% от общего числа больных сахарным диабетом 2-го типа. Наблюдаются гендерные различия по частоте встречаемости эруптивного ксантоматоза. Так, у мужчин подобные элементы сыпи встречаются в 2,4 раза чаще, чем у женщин.

Нами представлен клинический случай больного с эруптивным ксантоматозом. Пациент Д. 41 год. Обратился в поликлинику ГБУЗ АО «АОКВД» в феврале 2023г. с жалобами на распространенные высыпания на коже верхних конечностей и туловища, умеренный зуд. Считает себя больным в течение 3х месяцев, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей. Начало заболевания ни с чем не связывает. Самостоятельно обратился к врачу-дерматовенерологу в ГБУЗ АО АОКВД. Из анамнеза известно, что пациент страдает сахарным диабетом 2 типа.

Локальный статус: Больной повышенного питания. Рост 170 см, вес 83 кг. Кожный процесс носит распространенный характер, локализован на коже плеч, предплечий, ладоней, спины, ягодиц. Высыпания представлены множественными симметрично расположенными красновато-желтыми узелками полушаровидной формы, величиной 3-5 мм, плотной консистенции, с венчиком легкой эритемы. Другие участки кожного покрова и слизистых оболочек свободны от высыпаний. Ногтевые пластины стоп и кистей визуально не изменены. Данные лабораторного обследования: КАК:эритроциты 4,8 1012/л, гемоглобин 168 г/л,

тромбоциты 468 109/л, лейкоциты 11,3х 109/л, л- 24%, м- 4%., п/я – 3%, с/я- 69%. ОАМ: прозрачность полная, цвет желтый, pH 6,0, лейкоциты 3-5 в п/з, эпителий отсутствует, белок 4,5%. Б/Х крови от 30.01.23 г.: глюкоза 7,0 ммоль/л, холестерин 6,8 ммоль/л, железо 6,6 мкмоль/л, общий белок 70г/л, СРБ 3,7 мг/л. Биопсия кожи: прижизненное патологоанатомическое исследование: эпидермис атрофичен, в дерме скопление светлых клеток с липидами, незначительное воспаление.

На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, лабораторного и инструментального обследования выставлен диагноз: Эруптивный ксантоматоз кожи. Пациент направлен на консультацию к смежным специалистам (терапевт, кардиолог, эндокринолог) для дообследования и лечения сопутствующей патологии.

Выводы. Эруптивный ксантоматоз кожи, как одно из внешних проявлений вторичных гиперлипидемий и мультифокального атеросклероза, в практике врача-терапевта встречается нечасто. Подобные патологические изменения кожи свидетельствуют о серьезных нарушениях липидного обмена у пациента. Врачебная тактика в данной клинической ситуации заключается в назначении рациональной гиполипидемической фармакотерапии и адекватном лечении основного заболевания, ставшего причиной развития или усугубления нарушений липидного обмена.

ПРИМЕНЕНИЕ УДАЛЕННОГО МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ОДНОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Меньшикова И.В., Прокофьева Ю.А.
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
Москва

Актуальность. Современная тактика тщательного контроля заболевания при ревматоидном артрите (РА) сопряжена с определенными трудностями в реальной клинической практике (маломобильность пациентов, удаленность их проживания от медицинских учреждений, недостаточная обеспеченность населения ревматологической помощью в отдельных регионах и низкая комплаентность пациентов). Дистанционное мониторирование представляется перспективным решением этой проблемы и возможностью индивидуального подхода к лечению каждого пациента.

Цель. Изучение эффективности дистанционного контроля лечения пациентов с ревматоидным артритом с применением платформы для удаленного наблюдения на базе персонального мессенджера.

Материалы и методы. В исследование включены 2 группы по 59 пациентов с диагнозом РА, установленным в соответствии с критериями ACR 2010 г.,

сопоставимые по полу, возрасту, длительности и активности болезни, а также по лекарственной терапии РА. Пациенты 1 группы наблюдались врачом дистанционно путем опросников в программе Телемедбот на базе персонального мессенджера ежемесячно в течение года с контрольными очными визитами через 6 и 12 мес. Для расчета индексов активности РА (DAS 28, SDAI, CDAI) пациенты были обучены самостоятельному подсчету болезненных и припухших суставов. При ухудшении или недостаточном улучшении показателей пациенты имели возможность дистанционной или очной консультации врача. В обеих группах заполняли также опросники HAQ и EQ-5D-3L. Пациенты 2 группы посещали врача согласно клиническим рекомендациям через 3,6 и 12 мес.

Результаты. В обеих группах исходно около 50% пациентов имели высокую активность РА (49% в 1 гр., 60% – во 2 гр.). Пациентам 2 гр. в анамнезе несколько чаще назначались ГКС. Положительная динамика лабораторных показателей и расчетных индексов активности наблюдалась в обеих исследуемых группах. Однако в 1 группе уже к 6 мес. число больных с низкой активностью РА было достоверно больше, а с умеренной – достоверно меньше, чем во 2 группе. Эта разница выросла к 12 мес. наблюдения. Достоверно большее число больных достигло цели лечения (низкой активности или ремиссии) к 6 мес. наблюдения: 55% в 1 группе и лишь 33% во 2 группе, а к 12 мес. наблюдения: 88,1% против 66,1%, соответственно. Шансы контроля РА по DAS28 через 12 месяцев в группе ТН были ниже в 3,810 раз, по сравнению с группой УН, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,263; 95% ДИ: 0,101 – 0,683). Отмечено, что в 1 группе все пациенты, достигшие контроля болезни к 6 мес. сохраняли его до 12 мес., а во 2 группе 3 человека (15%) утратили его. При контрольной госпитализации через 12 мес. изменения лекарственной терапии потребовались 3 (5,1%) пациентам 1 группы и 11 (18,6%) – 2 группы (6- назначение ГКС, 5- смена БПВП). К 12 мес. наблюдения более половины больных 1 группы не принимали НПВП, тогда как во 2 группе от их приема отказались лишь 37% пациентов.

Выводы. Удаленный мониторинг больных РА с помощью программы Телемедбот на базе персонального мессенджера является эффективным способом контроля лечения заболевания. Достижение и поддержание низкой активности или ремиссии РА возможно почти у 90% пациентов, что значительно превышает такой показатель в реальной клинической практике при традиционном контроле.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПОВЕДЕНЧЕСКИМ ТИПОМ А

Меркулова А.В., Василенко В.С., Федорев В.Н.,
Думбадзе Р.Д., Киселева Е.С.
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Цель. Изучение влияния поведенческого типа А на психологическое состояние и выживаемость у пациентов старших возрастных групп, с перенесенным ОКС.

Материалы и методы. Анализ историй болезни, интервьюирование при помощи анкет со шкалами диагностики поведения типа А (ПТА), самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина пациентов старших возрастных групп с перенесенным ОКС, находящихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии.

Результаты. В период с 1 апреля по 30 июня 2024 г. в условиях отделения неотложной кардиологии СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница» обследовано 52 пациента (13 женщин и 39 мужчин), (65 +/- 3,9 лет) с перенесенным ОКС. В исследование включались пациенты, находящиеся в стационаре более 7 дней от момента экстренной госпитализации. По данным интервьюирования выявлено 29 пациента с поведенческим типом А (ПТА), на поведенческий тип Б (ПТБ) и АБ (ПТАБ) пришлось 23 пациента. Пациенты, перенесшие ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ составили 21 человек – 40%, без подъема сегмента ST на ЭКГ 31 человек – 60% соответственно. С помощью интервьюирования с использованием валидированных тестов пациенты были разделены на 2 группы: первая группа – пациенты с ПТА, вторая группа – пациенты с ПТАБ и ПТБ. Пациенты с ПТА, перенесшие ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ составили 45,5% (13 человек), а на долю пациентов с ОКС и подъемом сегмента ST на ЭКГ с другими поведенческими типами пришлось 44% (10 человек) ($p=0,003$). Ожирение и избыточная масса тела чаще встречались у пациентов с ПТА по сравнению с другими поведенческими типами 18 человек – 63% против 30% – 7 человек соответственно ($p=0,0021$). На долю курящих пациентов с ПТА (19 человек) пришлось 66%, с другими поведенческими типами (ПТАБ и ПТБ) 63% – 15 человек соответственно ($p=0,003$). Среди пациентов, уже ранее переносивших сердечно-сосудистое событие, чаще встречались пациенты с ПТА 10 человек – 36,3% против 7 человек – 30% пациентов с ПТБ и ПТАБ ($p=0,0026$). При оценке ситуативной и личностной тревожности с помощью шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л.

Ханина все обследованные пациенты имели уровни ситуативной и личностной тревожности от умеренной до высокой. У пациентов с ПТА ситуативная тревожность была высокой у 24 человек – в 82% случаев, в группе с другими психотипами ПТАБ и ПТБ 13 человек – 55,5% ($p=0,0025$). Личностная тревожность значительно выше у 21 пациента с ПТА – 72,7%, против 15 пациентов – 66,6% в группе с другими психотипами (ПТБ и ПТАБ) ($p=0,004$). У всех обследованных пациентов индекс коморбидности Чарлсона составил 3 балла и более. В группе пациентов с ПТА 36,3% – 10 пациентов имели 3 балла, 18,7% – 6 человек 4 балла и 5 баллов 13 человек – 45,5% соответственно ($p=0,0031$). В группе пациентов с другими психотипами (ПТБ и ПТАБ) индекс Чарлсона 4 балла имели 66,6% пациентов – 15 человек, 5 баллов 33,4% – 8 человек соответственно ($p=0,003$). Таким образом, индекс коморбидности был выше у пациентов с ПТА.

Выводы. Пациенты старших возрастных групп с ПТА перенесшие ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ, по сравнению с больными ПТБ и ПТАБ, подвержены более выраженному влиянию факторов риска ИБС (курение, ожирение), а также более высокому уровню тревожности. Данные факты говорят за потенциальную возможность увеличения риска повторных сердечно-сосудистых событий у данной категории пациентов. ПТА требует дальнейшего изучения у пациентов старших возрастных групп с сердечно-сосудистыми событиями.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИИИ ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА С ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Минушкина Л.О.¹, Павленко М.А.², Егорова И.А.²

¹Центральная государственная
медицинская академия,

²Поликлиника №2,
Москва

Сахарный диабет (СД) является известным фактором риска развития инфекций, и опубликованные данные свидетельствуют о повышенной восприимчивости людей с СД к другим коронавирусам, таким как коронавирус ближневосточного респираторного синдрома (MERS-CoV) и SARS-CoV-2. Кроме того, люди с СД часто старше по возрасту, у них есть другие сопутствующие заболевания, а также метаболические, патофизиологические и иммунологические нарушения, которые могут создать идеальные условия для развития тяжелой формы COVID-19 (1). В ряде исследований показано, что SARS-CoV-2 поражает клетки эндокрин-

ной и эндокринной частей поджелудочной железы человека. Бета-клетки экспрессируют белки, необходимые для проникновения вируса (ACE2 и TMPRSS2), а островки Лангерганса поджелудочной железы восприимчивы к инфекции. У пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, часто наблюдается «впервые возникшая» гипергликемия, классифицируемая как «вызванная стрессом», «впервые возникший СД» при неизвестном предиабете или «вторичный СД» после применения кортикостероидов. Острое заболевание характеризуется относительным дефицитом инсулина, повышенным липолизом и содержанием свободных жирных кислот, которые вызывают гипергликемию при стрессе из-за «цитокинового шторма». Однако на сегодняшний день не установлено, является ли гипергликемия при стрессе временной или перерастает в СД. Когортное исследование американцев, перенесших COVID-19, показало, что впервые возникший диабет 2 типа чаще встречался через 31-150 дней после получения положительного теста, чем среди тех, у кого тест был отрицательным. Исследование, проведенное в Великобритании, показало, что у тех, кто был госпитализирован с COVID-19, в последующие месяцы диагностировали диабет в 1,5 раза чаще, чем в соответствующей контрольной группе.

Понимание отдаленных и непосредственных причинно-следственных связей между сахарным диабетом и тяжелым течением COVID-19 необходимо для определения потенциальных вмешательств и оптимальных методов лечения. В связи с этим целью настоящего исследования было оценить возможную ассоциацию между перенесенной новой коронавирусной инфекцией и впервые возникшим сахарным диабетом, его особенностями течения и тяжестью.

Материал и методы исследования. Проведено когортное исследование среди пациентов, наблюдавшихся на базе ФГБУ «Поликлиника №2» УД ПРФ в 2019-2022 годах. Проанализирована впервые выявленная заболеваемость сахарным диабетом за 2019-2022 год. Кроме того, для анализа отобраны 43 (24 женщины и 19 мужчин), средний возраст $72,1 \pm 8,14$ лет больных с впервые выявленным сахарным диабетом, развившимся после перенесенной новой коронавирусной инфекции. Из них 38 (88,4%) имели сопутствующую ИБС, 39 (90,7%) – артериальную гипертензию. 17 (39,5%) не имели поражения легких при коронавирусной инфекции, 6 (14,0%) – поражение соответствующее КТ1, 13 (30,2%) – КТ2, 4 (9,3%) – КТ3 и 3 (7%) – КТ4. По данным амбулаторных карт анализировали уровень маркеров воспаления, параметры углеводного обмена, получаемую пациентами терапию.

Результаты исследования. За период наблюдения средняя численность прикрепленного контингента составила в 2019 г. – 14590, 2020 г. – 14497, 2021 г. – 14556, 2022 г. – 14632. За период наблюдения был отмечен существенный рост первичной заболеваемости сахарным диабетом – в 2020 г. на 4,8%, в 2021 году – на 43%, в 2022 – на 71% по сравнению с 2019 г. Уровень HbA1c у отобранных для анализа больных после вы-

писки из стационара составил 7,4% (6,7; 8,1). 1 пациент не получал сахароснижающих препаратов и компенсировал гликемию диетой. 14 больных получали монотерапию, остальные – комбинированную терапию. 15 (34,9%) получали инсулин. Достоверной ассоциации уровня HbA1c и числе принимаемых сахароснижающих препаратов с потребностью в госпитализации при коронавирусной инфекции, применением глюкокортикостероидов и антикоагулянтов не выявлено. Больные с тяжелым течением коронавирусной инфекции (КТЗ и КТ 4) в среднем при развитии СД получали больше сахароснижающих препаратов, чем больные без поражения легких (3,0 и 1,7 препарата соответственно, $p=0,038$). Была выявлена достоверная корреляция между объемом поражения легких и числом препаратов, применяемых для контроля гликемии ($r=0,328$, $p=0,032$). Значимых корреляций уровня воспалительных маркеров при коронавирусной инфекции с тяжестью СД, развившегося после нее, не выявлено. Больные, которым после выписки из стационара для компенсации СД потребовалось назначение инсулина имели существенно более высокий уровень С-реактивного белка при коронавирусной инфекции ($87,2\pm 119,178$ г/л и $35,6\pm 41,61$ г/л, $p=0,020$).

Выводы. Перенесенная новая коронавирусная инфекция существенно увеличивает риск впервые выявленного сахарного диабета. Тяжесть течения сахарного диабета коррелирует с объемом поражения легких и уровнем провоспалительных цитокинов при коронавирусной инфекции. Актуальной является оценка отдаленного прогноза течения сахарного диабета, развившегося в связи с перенесенной коронавирусной инфекцией.

ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД-19

Мирахмедова Х.Т., Абдуллаев Ж.У.,
Саидрасулова Г.Б.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить течение суставного синдрома, определить значение уровня IL-17 в проявлении симптомов у пациентов, ранее перенесших Ковид-19.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Ташкентской медицинской академии с 2022 до 2024 года. В исследовании участвовали 90 пациентов, обращавшиеся с болью и отеком в различных суставах после перенесенной инфекции Ковид-19. По течению заболевания протекало в легкой, средней и тяжелой степени. У пациентов были определены антитела на наличие IgG к SARS-CoV-2. Возраст пациентов варьировался от 20 до 65 лет. В исследовании было 81,1% женщин и 18,9% мужчин. Определили демографические, клинические и

лабораторные данные пациентов. Клинические данные были оценены с помощью числа болезненных суставов (ЧБС) и припухших (ЧПС), визуальной аналоговой шкалы (ВАШ 0-10 мм), продолжительность утренней скованности и лабораторные данные с измерением уровня интерлейкина-17 в сыворотке (пг/мл), С-реактивного белка (СРБ) и скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Результаты. Средний возраст пациентов составил $53,2\pm 6,8$ года, соотношение женщин и мужчин – 4:1. Продолжительность суставных симптомов варьировала от 1 до 42 недель, в среднем $10,4\pm 11,8$ недели. Течение Ковид-19 было легким в 65,6% пациентов, средним в 31,1% и тяжелым в 3,3%. Интервал между диагнозом Ковид-19 и началом симптомов реактивного артрита варьировался, в среднем составил $8,1\pm 3,2$ недели (в диапазоне от 1 до 12 недель). Периферическое вовлечение суставов (синовит) наблюдалось у 67,8% пациентов, в то время как пери-артикулярное вовлечение (энтезит) был определен у 32,2%. Среди пациентов с периферическим суставным поражением 57,8% имели симметричное распределение боли. Признаки синовита характеризовался средним ЧБС $6,25\pm 5,2$ (в диапазоне от 1 до 16) и ЧОС $2,3\pm 1,4$ (в диапазоне от 0 до 7). Оба показателя ЧБС и ЧОС показали положительную корреляцию с продолжительностью утренней скованности ($r=0,9$ и $r=0,6$ соответственно), но не было обнаружено корреляции с оценкой боли по ВАШ. У 58,9% пациентов выявился синовит рук (включая запястья, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы), у 41,1% пациентов синовит коленных, голеностопных суставах и стопе. Пери-артикулярное поражение характеризовалось энтезитом, поражающим локти и плечи в 50% случаев, и трохантеритом в 25%. Повышенные уровни сывороточных воспалительных маркеров (СОЭ и/или СРБ) были отмечены у 92,3% исследуемой пациенты. Уровень IL-17 в сыворотке был в диапазоне 0-50 пг/мл у 47,7% пациентов, 51-100 пг/мл у 10% и более 100 пг/мл у 41,1%.

Заключение. Реактивный артрит может представлять собой как пост-ковидное последствие. Начало реактивного артрита варьировалось от 1 до 12 недель после диагноза Ковид-19. Клиническая картина заболевания характеризовалась вовлечением суставов, пери-артикулярных структур часто симметрично поражая рук, ног и коленные суставы. IL-17 может играть важную роль в развитии воспалительного артрита у пациентов после Ковид-19.

ВЛИЯНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Мирхамидов М.В., Бегалиева Ф.У.,
Шаропова А.Т., Мамасиддикова С.Б.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – это хроническое воспалительное заболевание, значительно

ухудшающее качество жизни пациентов за счет боли, деформации суставов и ограничения подвижности. Оценка качества жизни с использованием валидированных инструментов, таких как SF-36, является важным компонентом для разработки эффективных подходов к лечению и улучшению состояния пациентов.

Цель. Изучить влияние ревматоидного артрита на качество жизни пациентов с использованием опросника SF-36.

Методы исследования. В исследование включены 25 пациентов с установленным диагнозом ревматоидного артрита, находящихся под наблюдением. Для оценки качества жизни использовалась стандартизированная анкета SF-36. Проведен анализ данных, включающий корреляцию между активностью заболевания, физическими ограничениями и психологическим состоянием пациентов.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные показали, что пациенты с РА имеют значительно сниженные показатели в таких доменах, как физическое функционирование, роль физического состояния, общая жизнеспособность и эмоциональное состояние. У пациентов с высокой активностью заболевания наблюдались худшие результаты в компонентах физического и ментального здоровья. Это подтверждает, что тяжесть заболевания оказывает прямое влияние на все аспекты жизни, включая социальную активность и эмоциональное благополучие.

Выводы. Ревматоидный артрит негативно влияет на физическое и психологическое качество жизни. Для улучшения состояния пациентов необходимо своевременное лечение, направленное на снижение активности заболевания, а также реабилитационные программы.

ОЦЕНКА СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКОГО СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Михайлов Р.Р., Болдуева С.А., Леонова И.А.,
Лебедева О.К.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь субклинического хронического воспаления с микроваскулярными расстройствами и эхокардиографическими параметрами у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ).

Материалы и методы. В исследовании принял участие 51 пациент в возрасте от 41 до 80 лет с ХСНсФВ и исключенной органической патологией сердца (умеренные и тяжелые пороки, ишемическая болезнь сердца, гипертрофическая кардиомиопатия, болезни накопления). Всем пациентам проведены оценка жалоб, сбор анамнеза, физикальный осмотр, клинический анализ крови с расчетом нейтрофильно-лимфоцитарного индекса (НЛИ), определение уровня NT-proBNP и С-реактивного белка (СРБ), ЭхоКГ с оценкой диастолической дисфункции ЛЖ. Кроме этого была определена эндотелиальная дисфункция методом реактивной гиперемии (RHI) при помощи аппарата EndoPAT-2000.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $63,6 \pm 7,5$ лет. Женщины – 77,8%, мужчины – 22,2%. В структуре сопутствующей патологии преобладали гипертензивная болезнь (91,7%), ожирение (52,8%), фибрилляция предсердий (44,4%), а также сахарный диабет (36,1%). При этом сочетание 2 и более сопутствующих заболеваний встречалось в 72,2% случаев. По результатам лабораторных исследований среднее значение НЛИ равнялось $2,08 \pm 0,71$, средний уровень СРБ – $5,16 \pm 2,4$ мг/л, средний уровень NT-proBNP – $397,4 \pm 141,2$ пг/мл. При оценке эндотелиальной функции у 91,7% пациентов выявлялась дисфункция эндотелия по типу эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД). Среднее значение RHI – $1,47 \pm 0,15$. Методом корреляции Спирмена была обнаружена обратная связь между уровнем СРБ и RHI ($r_s = -0,599$; $p < 0,05$), между уровнем НЛИ и RHI ($r_s = -0,572$; $p < 0,05$). Кроме этого выявлена прямая связь между уровнем СРБ и NT-proBNP ($r_s = 0,775$; $p < 0,05$), между СРБ и отношением E/e' ($r_s = 0,592$; $p < 0,05$), а также между уровнем НЛИ и отношением E/A ($r_s = 0,511$; $p < 0,05$).

Выводы. Выявлена обратная корреляционная связь между маркерами хронического субклинического воспаления и явлениями эндотелиальной дисфункции. Получена прямая корреляционная связь между показателями хронического субклинического воспаления и эхокардиографическими параметрами (отношение E/A и E/e'), а также уровнем NT-proBNP. Данные связи носят умеренный характер, что вероятнее всего связано с небольшой когортой исследуемых пациентов. Для более точной и подробной оценки требуется дальнейшее исследование.



ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЭТАПЫ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ: ПРОФИЛЬ ОКСИДАЗНОЙ И ДЕГИДРОГЕНАЗНОЙ АКТИВНОСТЕЙ КСАНТИНОКСИДОРЕДУКТАЗЫ КРОВИ

Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Спицина С.С.,
Мамус М.А., Трофименко А.С., Зборовская И.А.
НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,
Волгоград

Дискоидная красная волчанка (ДКВ) составляет 73% случаев хронической кожной красной волчанки. Наряду с тем, что дискоидные элементы могут возникнуть у 25% пациентов с системной красной волчанкой, ДКВ нередко является самостоятельной нозологией. В литературе представлены данные, свидетельствующие о вовлеченности в ее патогенез окислительного стресса. Ксантиноксидоредуктаза (КОР), представляющая собой универсальный многофункциональный ферментный комплекс, является частью прооксидантной системы организма и принимает участие в генерации активных форм кислорода и азота. Эти свободные радикалы способны вносить свой вклад как в реализацию адаптационно-приспособительных механизмов, так и в формирование патологических изменений.

Цель исследования. Изучить в крови больных ДКВ профиль активностей конвертируемых форм КОР (ксантиндегидрогеназы (КДГ; ЕС 1.17.1.4) и ксантиноксидазы (КО; ЕС 1.17.3.2)).

Материалы и методы. Исследование проведено в соответствии с этическими принципами Хельсинкской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. В нем участвовали 31 больной ДКВ и 35 практически здоровых лиц группы контроля. Диагноз ДКВ верифицирован согласно отечественным клиническим рекомендациям (2015). У пациентов не было выявлено признаков поражения внутренних органов, повышения уровней антинуклеарных антител и антител к двуспиральной ДНК. Активности ферментов плазме, лизатах лимфоцитов и лизатах эритроцитов определяли спектрофотометрически (активность КДГ – при помощи метода Z.J. Devenyi с соавт.; активность КО – методом Н.М. Kalckar в модификации Е.Г. Дягиной) и выражали нмоль/мин/мл, нормируя в лизатах лимфоцитов на содержание до лизиса 1×10^7 клеток/мл, в лизатах эритроцитов на содержание до лизиса 1×10^9 клеток/мл. Содержание мочевой кислоты (МК) в плазме крови определяли методом Мюллера-Зейферта и выражали в ммоль/л.

Результаты и обсуждение. Референтные интервалы включенных в исследование показателей пред-

ставлены в виде Me (Q1; Q3): КОпл - 3,28 (3,05; 3,38); КДГпл - 5,30 (4,83; 5,41); КОл - 20,94 (18,68; 22,67); КДГл - 29,76 (26,56; 33,70); КОэр - 23,51 (22,35; 24,57); КДГэр - 50,13 (47,52; 52,11); МК - 0,32 (0,28; 0,35).

В сравнении с контрольными значениями, при ДКВ в плазме крови наблюдалось повышение активности КО ($p < 0,01$), сопровождавшееся снижением активности КДГ ($p < 0,001$); активности КО и КДГ в лизатах лимфоцитов уменьшались ($p < 0,001$), ($p < 0,05$), соответственно; активность обеих форм КОР лизатов эритроцитов и уровень МК в плазме крови не отличались от нормы (все $p > 0,05$).

Полученные нами результаты, свидетельствующие о сдвиге баланса активностей КОР в плазме крови больных ДКВ в сторону оксидазной формы, согласуются с данными литературы о том, что при этом заболевании в сыворотке крови и в коже обнаруживаются высокие концентрации активных соединений кислорода и азота. Их взаимодействие с клеточными структурами может приводить к аномальным посттрансляционным модификациям белков, превращая эти вещества в мишени для иммунной системы и провоцируя аутоиммунные реакции. Наряду с этим надо отметить, что несмотря на дисбаланс ферментных активностей, система КОР оказалась способной обеспечить при ДКВ нормальный уровень МК, образующейся в результате катализируемых КО и КДГ заключительных этапов пуринового метаболизма. Также, исходя из полученных данных, можно предположить, что с биохимической точки зрения утилизация гипоксантина и ксантина в лимфоцитах смещается в сторону дегидрирования. Однако это не может рассматриваться с позиции влияния на развитие рассматриваемой патологии.

Выводы. Таким образом, оксидазная и дегидрогеназная активности КОР плазмы, лизатов лимфоцитов и эритроцитов формируют при ДКВ определенный, отличающийся от практически здоровых лиц, профиль крови. Продолжение исследований в направлении изучения диагностической ценности определения активностей КОР может иметь практическое значение в аспекте поиска дополнительных диагностических маркеров.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ В СТАРШЕМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДАХ

Морозов А.И.

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский
институт имени С.И. Георгиевского,
Симферополь

Цель исследования. Возрастные особенности при хроническом гломерулонефрите чаще встречаются у лиц старшего и пожилого возраста. Эти особенности включают меньшую выраженность нефротического

синдрома и более высокий уровень гипертензии, развитие кардиальных осложнений, которые являются наиболее частой причиной смерти, меньшую продолжительность жизни, преимущественно интракапиллярную пролиферацию по данным аутопсии.

Материалы и методы. Определить возрастные особенности хронического гломерулонефрита в старшем и пожилом возрастных периодах.

Произведен статистический анализ возрастных особенностей при хроническом гломерулонефрите в старшем и пожилом возрастных периодах на основе данных истории болезни пациентов нефрологического отделения ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова» в г. Севастополе.

Результаты и обсуждение. Хронический гломерулонефрит в старшем и пожилом возрастных периодах отличается относительным увеличением процента первично-хронического типа с $22 \pm 4\%$ в возрасте до 45 лет, до $49 \pm 2\%$ в группе больных старше 45 лет. Удельный вес вторично-хронического гломерулонефрита уменьшается с $78 \pm 4\%$ до $51 \pm 1\%$. В $17 \pm 1\%$ всех наблюдений первично-хронический гломерулонефрит был впервые выявлен в возрасте старше 45 лет. Во всех возрастных периодах после 45 лет установлено преобладание варианта с мочевым синдромом, частота которого с возрастом уменьшается. Гипертензивная стадия варианта с мочевым и нефротическим синдромами встречается чаще в возрасте после 45 лет и отличается более тяжелым течением за счет более выраженной недостаточности кровообращения, обусловленной дистрофическими и склеротическими изменениями в миокарде, наличием эмфиземы, пневмосклероза. К особенностям хронического гломерулонефрита у лиц пожилого и старческого возраста относят монотонность течения без частых обострений, малую выраженность нефротического синдрома. Гиподиспротеинемия у лиц пожилого возраста выражена меньше, чем у молодых, а частота и тяжесть недостаточности кровообращения прямо коррелирует с возрастом.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования определены возрастные особенности при хроническом гломерулонефрите в старшем и пожилом возрастных периодах.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Морозов А.И.

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский
институт имени С.И. Георгиевского,
Симферополь

Цель исследования. Определить возрастные особенности хронического гломерулонефрита у лиц среднего возраста.

Материалы и методы. Произведен статистический анализ возрастных особенностей при хроническом гломерулонефрите у лиц среднего возраста на основе данных истории болезни пациентов нефрологического отделения ГБУЗС «Городская больница №1 имени Н.И. Пирогова» в г. Севастополе.

Результаты и обсуждение. Возрастные особенности эволюции гломерулонефрита включают его течение. Гипертензия при хроническом гломерулонефрите у лиц, заболевших в возрасте до 14 лет, возникает в более поздние сроки. В ходе проведенного исследования установлено, что у заболевших вторично-хроническим гломерулонефритом в возрасте до 30 лет большая длительность антигипертензивной стадии наблюдается в 2-3 раза чаще, чем у лиц, заболевших в возрасте после 30 лет; в возрасте до 20 лет составляет $6,4 \pm 0,9$ года; 21-30 лет – $5,1 \pm 1,2$ года, старше 30 лет – $4,9 \pm 1,4$; длительность гипертензивной стадии соответственно составляет $4,5 \pm 0,8$ года, $4,3 \pm 0,7$ года, $3,4 \pm 0,8$ года.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования определены возрастные особенности эволюции хронического гломерулонефрита у лиц среднего возраста.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Морозов А.И.

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский
институт имени С.И. Георгиевского,
Симферополь

Цель исследования. Изучить морфологическое состояние слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом в сочетании с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Проведено клинко-эндоскопическое исследование гастродуоденальной зоны с морфологическим анализом биоптатов слизистой оболочки желудка у 59 пациентов. 1 группу составили больные хроническим гастритом в сочетании с бронхиальной астмой ($n=29$); 2 группу – больные с бронхиальной астмой без хронического гастрита ($n=17$); 3 группу – больные с хроническим гастритом изолированного течения ($n=13$).

Результаты и обсуждение. Гистологическое исследование у 18 ($62,6\%$) больных хроническим гастритом в сочетании с бронхиальной астмой выявило контаминацию *Helicobacter pylori* слизистой оболочки желудка, в группе пациентов с хроническим гастритом ($38,5\%$), в то время как у больных бронхиальной астмой контаминация *Helicobacter pylori* отсутствовала ($p1-2=0,001$). *Helicobacter pylori* инфицирование сли-

зистой оболочки желудка у больных с сочетанной патологией сопровождалось частым развитием активного гастрита у 68,9% пациентов. Изучение патоморфологической картины слизистой оболочки желудка показало, что у больных хроническим гастритом в сочетании с бронхиальной астмой на фоне процессов дисрегенераторной гиперплазии, желудочной метаплазии выявлена высокая контаминация слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*. Активный гастрит выявлялся достоверно чаще в основной группе ($p=0,05$).

Выводы. Таким образом, у больных хроническим гастритом в сочетании с бронхиальной астмой выявлена высокая контаминация слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* на фоне процессов дисрегенераторной гиперплазии, желудочной метаплазии.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА СТЕРОИДОГЕНЕЗ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Морозова К.П.^{1,2}, Мазуров В.И.¹, Великанова Л.И.¹

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – это системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся поражением суставов, а также внесуставными проявлениями. Согласно современным отечественным и зарубежным рекомендациям в лечении РА используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) для купирования болевого синдрома; препараты bridge-терапии – глюкокортикостероиды (ГК); болезнь-модифицирующие лекарственные препараты (БПВП); таргетные синтетические БПВП и генно-инженерные биологические препараты. В качестве терапии первой линии используются БПВП, однако эти препараты имеют накопительный эффект, который развивается только после 1-3 мес. непрерывного применения. Это диктует необходимость назначения НПВП или ГК до начала действия БПВП, с последующей их быстрой отменой ввиду отсутствия у данных препаратов болезнь-модифицирующих свойств. В ряде случаев терапия ГК продолжается длительное время, что может вызывать развитие остеопороза, стероидного диабета и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. С другой стороны, быстрое снижение дозы ГК может способствовать обострению РА. Наряду с этим прекращение приема ГК может вызывать развитие синдрома отмены и вторичной надпочечниковой недостаточности.

Цель исследования. Определить уровни стероидных гормонов у пациентов с РА, находящихся на терапии ГК более 3 мес.

Материалы и методы. В исследование были включены 46 пациентов с диагнозом РА. Средний возраст составил $56,7 \pm 10,9$ года. Исследование проводилось на базах СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25 им. В.А. Насоновой» и научно-исследовательской лаборатории хроматографии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (СЗГМУ). Исследование гормонов надпочечников выполнялось при помощи высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Методом ВЭЖХ оценивалось содержание в сыворотке крови глюкокортикоидов (кортизола, кортизона, кортикостерона, 11-дегидрокортикостерона и 11-дезоксикортизола) и минералокортикоидов (11-дезоксикортикостерона и 18-гидрокортикостерона)).

Результаты. Все пациенты с РА получали терапию ГК в медианной дозе 5 [2,5; 20] мг по преднизолону. У большинства участников, $n=34$ (73,9%) применялись низкие дозы преднизолона ($\leq 7,5$ мг/сут.), а 12 (26,1%) больных получали ГК в средних дозировках ($>7,5$ и ≤ 30 мг/сут.). Медианная продолжительность использования ГК составила 30 мес., минимальная – 6 мес., максимальная – 264 мес. Между пациентами с РА и группой контроля (36 здоровых добровольцев) был проведен сравнительный анализ основных метаболитов ГК, позволивший выявить статистически значимые различия в уровнях метаболитов стероидного обмена: кортизола, кортизона, 11-дегидрокортикостерона, 11-дезоксикортикостерона, 18-гидрокортикостерона, 21-дезоксикортизола. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что не у всех пациентов с РА на длительной терапии ГК имела недостаточность функции коры надпочечников. Можно констатировать, что дефицит кортизола у лиц с РА встречался значительно чаще, чем у здоровых добровольцев ($p<0,05$). Гипокортизонемия значительно чаще наблюдалась среди пациентов с РА, а шанс ее формирования был в 15,3 раза (95% доверительный интервал (ДИ): 1,904-123,14) выше, чем в группе контроля. Такие результаты свидетельствуют о том, что исследование уровня кортизона по методу ВЭЖХ позволяет установить только эндогенные показатели этого метаболита, на которые не влияет прием преднизолона.

Обсуждение. Длительный прием ГК (>3 мес.) у пациентов с РА, согласно данным литературы, является наиболее часто используемым методом подавления иммуновоспалительного процесса и входит в зарубежные и отечественные клинические рекомендации по лечению РА в качестве bridge-терапии. Однако, как свидетельствуют результаты многочисленных научных работ, у около 50% пациентов на фоне такой терапии может развиваться снижение функции надпочечников.

Заключение. В проведенном нами исследовании продемонстрировано, что снижение и попытки полного отказа от применения ГК должны проводиться в как можно более ранний срок после достижения ответа на терапию РА, поскольку уже через 3 мес. начинает проявляться клиническая эффективность БПВП. Для

определения тактики ведения пациентов с РА, длительно получающих ГК, при появлении ранних признаков надпочечниковой недостаточности целесообразно проводить исследование стероидов методом ВЭЖХ: оно может помочь в разработке адекватной стратегии снижения дозы ГК при нормальной функциональной активности надпочечников.

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНЫ ТРУДА. КОРПОРАТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

Муса-Ахматова С.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Аннотация. В данной работе анализируется роль эрготерапевта (специалиста по гигиене труда) в улучшении корпоративного здоровья, его методы и факторы, необходимые для долголетия в работе. Так же рассматривается эффективность мер по охране труда, важность обучения здоровых работников в корпоративной среде и передовой опыт поддержания физического и психологического здоровья.

Цель проведения данной работы. Поиск путей улучшения гигиены труда и увеличения продолжительности жизни в корпорациях. Трудовой врач – это специалист, который занимается сохранением здоровья сотрудников, профилактикой заболеваний и созданием необходимых условий для эффективного выполнения их трудовой деятельности. Он контролирует не только физическое, но и психологическое и эмоциональное здоровье работников. В настоящее время обязанности трудового врача значительно расширились, и он играет важную роль в разработке корпоративных программ здоровья, снижении стресса на рабочем месте и повышении общей трудовой продуктивности.

Корпоративные программы здоровья направлены на улучшение состояния здоровья сотрудников и повышение их профессиональной эффективности. Эти программы не только способствуют обеспечению физического здоровья, но и поддерживают психологическое и социальное благополучие. Корпоративное здоровье и вопросы профессиональной продолжительности жизни полезны не только для сотрудников, но и для компании, способствуя долгосрочному повышению производительности труда.

Роль и методы трудового врача. Трудовой врач работает в нескольких ключевых направлениях своей деятельности:

Физическое здоровье: Физическая активность и профилактика, обеспечение безопасности работников и облегчение условий труда в тяжелых условиях.

Психологическое здоровье: Управление стрессом, улучшение психоэмоционального состояния на рабочем месте, предоставление психологической помощи.

Профилактика заболеваний: Раннее выявление заболеваний работников, проведение профилактических осмотров и снижение факторов риска.

Значение корпоративного здоровья. Корпоративные программы здоровья приносят несколько ключевых выгод для организаций:

Повышение производительности труда работников: Работники, обладающие хорошим здоровьем, работают более эффективно. **Снижение заболеваний:** Внедрение мер по охране здоровья позволяет снизить заболеваемость.

Создание здорового рабочего места: Работники чувствуют себя в безопасности и комфорте, что способствует повышению их мотивации и интереса к работе. **Рекомендации для долгосрочного профессионального здоровья.** Методы трудового врача направлены не только на физическое здоровье, но и на поддержание долгосрочного профессионального здоровья работников. Для долгой и здоровой профессиональной жизни можно предложить следующие рекомендации:

Повышение физической активности: Спортивные занятия и регулярные физические упражнения способствуют поддержанию здоровья.

Здоровое питание: Важность питания и сбалансированного рациона для обеспечения долгой жизни.

Управление стрессом: Улучшение психологического здоровья и снижение стресса способствует увеличению продолжительности жизни.

Заключение. Деятельность трудового врача – это не только защита работников от заболеваний, но и важная социальная услуга, направленная на улучшение их общего благополучия, психического и физического здоровья. Основные задачи трудового врача включают контроль за здоровьем работников, проведение профилактических медицинских осмотров, обеспечение безопасности на рабочем месте и защита от стресса. Эти процессы позволяют постоянно отслеживать состояние здоровья на рабочем месте и предотвращать заболевания.

Корпоративное здоровье – это важный аспект не только для отдельных работников, но и для всей организации. Постоянное улучшение условий труда и системы охраны здоровья помогает не только обеспечить благополучие работников, но и повысить общую эффективность организации. Таким образом, корпоративные программы здоровья должны стать неотъемлемой частью стратегии компании, способствующей повышению ее конкурентоспособности, укреплению доверия работников, повышению трудовой производительности и снижению заболеваемости.

Кроме того, корпоративные программы здоровья направлены не только на сохранение физиологического здоровья, но и на обеспечение психологического благополучия. Это включает обучение сотрудников методам управления стрессом, проведение тренингов по поддержанию психоэмоционального здоровья и создание

системы социальной поддержки на рабочем месте. В настоящее время особое внимание уделяется психологическому здоровью на рабочем месте, поскольку многочисленные исследования показывают, что психоэмоциональное состояние работников напрямую влияет на их работоспособность.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Мусийчук М.М.¹, Гайдукова И.З.², Мазуров В.И.²,
Инамова О.В.²

¹Клиническая ревматологическая больница №25,

²СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Имеются данные о особенностях течения системной красной волчанки (СКВ) у пациентов с гиперурикемией (ГУ) – повышение риска поражения почек, серозных оболочек, нервной системы. Неизвестно о влиянии ГУ на пациентов с СКВ в российской популяции.

Цель работы. Изучить особенности течения СКВ и сопутствующих состояний у пациентов с ГУ.

Дизайн. Выполнен ретроспективный анализ 1254 карт пациентов, наблюдающихся с диагнозом СКВ. Включено 104 женщин 18-60 лет, с минимум однократным повышением мочевой кислоты (МК) более 360 мкмоль/л (гуСКВ) и группа сравнения из женщин с СКВ 18-60 лет, с нормальными уровнями МК (нуСКВ).

Материалы и методы. Активность заболевания оценена по индексу SLEDAI2K. Для оценки бремени коморбидности и риска сердечно-сосудистых событий использованы индексы Чарлсона и QRISK3. Статистический анализ проведен с использованием пакета программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты. Средний возраст пациентов группы гуСКВ 44.86±12.37 лет, нуСКВ 38.63±15.28 лет ($p=0.001$). Длительность болезни 15.22±10.78 и 10.49±9.74 лет ($p=0.001$). У пациентов гуСКВ чаще, чем у нуСКВ, выявлялось поражение кожи (33,33% и 27,16%, $p=0,035$), серозиты (22,12 и 8,3%, $p=0,005$), а среди пациентов старше 45 лет – волчаночный нефрит (28,92% и 8,43%, $p=0,03$). Активность заболевания по индексу SLEDAI2K была сопоставимой. У больных гуСКВ по сравнению с нуСКВ была больше частота встречаемости артериальной гипертензии (50% и 25,3%, $p=0,0006$), хронической болезни почек (17,31% и 5,95%, $p=0,008$), острого нарушения мозгового кровообращения (13,46% и 2,41%, $p=0,01$), был выше риск сердечно-сосудистых событий (QRISK3 составил 5,3% и 2,8%, $p=0,0004$) и индекс коморбидности Чарлсон (2,18±1,34 и 1,84±1,07, $p=0,032$).

Заключение. В группе гуСКВ чаще встречались серозиты, что предполагает связь ГУ с механизмами воспаления, поражающими серозные оболочки. В группе гуСКВ в любом возрасте чаще встречалась артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек, острого нарушения мозгового кровообращения. У пациентов гуСКВ молодого возраста выше риск сердечно-сосудистых катастроф. Пациенты гуСКВ страдали от большого бремени коморбидности и имели худший прогноз выживаемости. Остается неизученным потенциал коррекции ГУ, необходима разработка алгоритмов вмешательства и скрининга.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ХОНДРОПРОТЕКТОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Мухаммадиева С.М., Абдуазизова Н.Х.,
Ширанова Ш.А., Исраилов А.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить эффективность и безопасность комбинированного препарат «Ремиджоинт» у пациентов с остеоартрозом (ОА) коленных суставов.

Пациенты и методы. Проведено комплексное обследование 40 пациентов с ОА коленных суставов и выраженным болевым синдромом в возрасте от 46 до 72 лет, средний возраст – (52,8±6,1) года, из них 32 (80%) женщин и 8 (20%) мужчин. У всех больных имел место верифицированный диагноз ОА, гонартроз. Длительность заболевания варьировала от 2 до 12 лет (в среднем 6,3±2,7 лет). У 25 (62,5%) пациентов определена II рентгенологическая стадия гонартроза по Kellegren-Lawrence, а у 15 (37,5%) больных III стадия.

На момент осмотра нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) принимали все 40 (100%) пациентов. В дополнение к получаемой терапии НПВП всем пациентам назначался комбинированный препарат «Ремиджоинт» (глюкозамина сульфат 750мг, хондроитина сульфат 200мг, гиалуроновая кислота 50мг, коллагеновый пептид 100мг и метилсульфонилметан 25мг).

Эффективность терапии оценивалось по следующим показателям: интенсивность боли в суставе в покое и при движении по ВАШ, окружность сустава, индекс WOMAC, эффективность терапии по мнению пациента и врача (хорошая, удовлетворительная, без эффекта, ухудшение). Оценка клинических параметров проводилась при первичном осмотре и через 10 дней и 2 мес. лечения.

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA).

Результаты и их обсуждение. На момент включения все пациенты имели выраженный болевой синдром и ограничение объема движений в коленных суставах. Первый клинический эффект в виде уменьшения боли согласно опросу пациентов зарегистрирован на 6–12-й день (в среднем на 8-й день) от начала терапии препаратом «Ремиджоинт».

Через 2 мес терапия препаратом «Ремиджоинт» была признана эффективной у всех больных. На фоне лечения наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) уменьшение боли при движении, болезненности суставов при пальпации, окружности коленного сустава, снижение индекса WOMAC. В целом улучшение по большинству показателей индекса WOMAC составило ($48,3 \pm 17,9$) % от исходных, что соответствует хорошему эффекту терапии. На фоне лечения наблюдалось четкое снижение средней потребности в НПВП от ежедневной необходимости суточной дозы.

Эффективность терапии как хорошая была оценена 22 (55%) пациентами, удовлетворительная – 18 (45%). Результаты оценки терапии врачом были следующими: хороший эффект наблюдался у 16 (40%), удовлетворительный – у 24 (60%).

Серьезных нежелательных явлений, ухудшения течения сопутствующих заболеваний на фоне терапии препаратом «Ремиджоинт» не зарегистрировано.

Выводы. По результатам наблюдения комбинированный препарат «Ремиджоинт» является достаточно эффективной в лечении ОА коленного сустава. Начало действия препарата зафиксировано в среднем на 8-й день терапии. Выраженное анальгетическое действие препарата способствует уменьшению клинических проявлений гонартроза и снижению потребности в НПВП. Препарат безопасен при длительном приеме.

Таким образом, комбинированный препарат «Ремиджоинт» может рассматриваться как эффективный метод купирования боли и воспаления при ОА, способствующий быстрому снижению дозы и отмене НПВП.

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Мухаммадиева С.М., Уракова З.У.,
Нормаева Г.Х., Рахимзода Ф.Э.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить характерные симптомы и синдромы для диагностики раннего псориатического артрита (ПсА).

Пациенты и методы. Обследовано 46 больных с ПсА (диагноз устанавливался на основании общепринятых критериев CASPAR, 2006) обратившиеся за помощью в многопрофильную клинику Ташкентской медицинской академии. Давность заболевания составляла до 24 мес. (в среднем – $9,8 \pm 2,3$ мес). Для выявления воспалительной активности использовали общепринятые современные критерии, исключая число болезненных и припухших суставов, индекс DAS28, значения острофазовых показателей. Оценка кожного синдрома осуществлялась с использованием индекса PASI. Проводили рентгенографию кистей, дистальных и проксимальных отделов стоп, таза и других пораженных суставов, а также магнитно-резонансную томографию дистальных отделов кистей/стоп. Для оценки энтезопатии использовали индекс MASES.

Результаты. Возраст больных ПсА варьировал от 23 до 68 лет; соотношение мужчин и женщин было 52 и 48%. Среднее значение индекса DAS28 равнялось $4,6 \pm 1,3$, при этом умеренная воспалительная активность наблюдалась у 36% больных ПсА, высокая – у 45%. Вариант суставного синдрома ассоциировался с длительностью заболевания. В первые 3 мес олигоартритический вариант суставного синдрома наблюдался у преобладающего большинства больных (76,1%), при этом полиартритический вариант выявлялся существенно реже (15,2%). Также увеличивалась распространенность дистального (с 6,5 до 15,2%) и спондилоартритического (с 6,5 до 13,0%) вариантов. Хотя для этого заболевания характерно ограниченное число пораженных суставов, все же множественное поражение (полиартритический вариант суставного синдрома) уже к концу 1-го года встречалось существенно чаще.

Средняя длительность псориаза при ПсА составила $9,6 \pm 2,2$ года. Дебют ПсА с кожного синдрома наблюдался у подавляющего большинства больных (78,3%). У 10,9% больных рПсА заболевание дебютировало с артрита, при этом дерматоз появлялся в среднем через 6 мес. Псориатическая ониходистрофия кистей и/или стоп выявлена у половины больных, при этом чаще отмечалось поражение ногтевых пластинок кистей и стоп (34,8%).

При рассмотрении взаимосвязи степени тяжести псориаза с клиническими и лабораторными показателями заболевания выявлено, что индекс PASI был выше у больных с онихопатией ($7,8 \pm 2,1$), чем без нее ($3,6 \pm 0,8$; $p = 0,05$). Онихопатия в свою очередь ассоциировалась с энтезитом и артритом дистальных межфаланговых суставов (ДМФС).

У больных с поражением ДМФС выявлялись более высокая воспалительная активность по индексу DAS28, а также более тяжелая степень костно-хрящевой деструкции.

В обследованной нами когорте дактилит был выявлен у 47,8% больных ПсА, при этом изолированный дактилит кистей наблюдался у 8,7% пациентов, стоп – у 32,6% и множественный дактилит у – 17,4%.

Высокоспецифичным показателем ПсА является энтезит, который выявлялся у больных ПсА уже в первые месяцы заболевания, и с течением времени частота их увеличивалась. Методом MASES энтезит определялся у 18 (39,1%) больных ПсА. Значения индекса MASES колебались от 1 до 8 баллов, в среднем – $3,1 \pm 0,6$ балла.

Выводы. Изучение больных ПсА с длительностью заболевания до 24 мес. позволило выявить характерные особенности клинической картины этой стадии артрита, ассоциированного с псориазом. ПсА отличается выраженной гетерогенностью суставного синдрома с преимущественно моно/олигоартритическим и полиартритическим суставным синдромом. Значимыми признаками являются энтезит и дактилит, которые служат факторами риска неблагоприятного течения заболевания.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕПРИНЯТОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

Мякоткина Г.В.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святого Луки,
Луганск

Цель исследования. Изучить состояние ферментного звена системы антиоксидантной защиты у больных хронической патологией гепатобилиарной системы (ХПГБС) на фоне пневмокониозов.

Материалы и методы. Были обследованы 42 человека мужского пола в возрасте от 42 до 58 лет, работающих в условиях шахтного производства с диагнозом ХПГБС на фоне пневмокониозов.

Диагноз ХПГБС был установлен в соответствии с клиническими рекомендациями Российской Федерации на основании данных анамнеза, клинического и инструментального (ультразвуковое исследование органов брюшной полости) обследования, с обязательным учетом общепринятых данных биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние печени. Ультразвуковое исследование позволило выявить диффузную гиперэхогенность ткани, неоднородность и нечеткость сосудистого рисунка. При помощи эластометрии определяли умеренную стадию фиброза от F1 до F2 на аппарате FibroScan. Критериями исключения больных из исследования были: наличие в крови положительных маркеров HCV, HBV, HDV-инфекции методом ПЦР; аутоиммунный гепатит; цирроз печени.

Диагноз пневмокониоза был выставлен с учетом наличия профмаршрута (непрерывный трудовой стаж

более 10 лет), постоянного контакта с вредным производственным фактором, наличие патогномонических изменений в рентгенограмме органов грудной клетки, изменение показателей спирометрии.

Все пациенты получали общепринятое лечение, которое включало в себя диету – стол №5, спазмолитики, желчегонные препараты, гепатопротекторы, сорбенты, антиоксиданты.

Для реализации цели исследования, помимо общеклинического обследования, определяли активность ферментов системы АОЗ – супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ) спектрофотометрически.

Результаты и их обсуждение. При проведении специального биохимического обследования до начала лечения в обеих группах больных были установлены однотипные изменения показателей системы АОЗ – снижение активности как КТ, так и СОД.

Так, к началу лечения у всех обследованных пациентов было выявлено уменьшение активности СОД в среднем до $13,8 \pm 1,3$ МЕ/мгНб, что было в 2 раза меньше нормы ($P < 0,01$). Индивидуальный анализ позволил установить, что активность КТ у обследованных больных претерпевала разнонаправленные изменения, а именно – ее повышение имело место у 13 пациентов (30,9%) в норме; снижение – у 29 больных (69,1%). Активность у обследованных больных КТ была в среднем в 1,45 раза ниже нормы и составляла 254 ± 12 МЕ/мгНб ($P < 0,05$).

При проведении повторного исследования после завершения общепринятого лечения отмечалась некоторая положительная динамика изученных показателей системы АОЗ – КТ и СОД у обследованных больных ХПГБС на фоне пневмокониозов. Так, активность КТ повысилась относительно исходного уровня в среднем в 1,34 раза и составляла 337 ± 8 МЕ/мгНб ($P < 0,05$), что было ниже нормы в 1,08 раза. Активность СОД также увеличилась в среднем в 1,54 раза по отношению к исходному уровню и равнялась после завершения лечения $21,2 \pm 1,5$ МЕ/мгНб ($P < 0,05$), что однако было в 1,35 раза меньше нормы.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные позволяют считать, что общепринятая терапия не способствует полной нормализации показателей АОЗ у больных ХПГБС на фоне пневмокониозов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Набиева Д.А., Джурасва Э.Р., Оловиддинова А.А.,
Реймова Г.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Остеоартрит (ОА) остается самым распространенным хроническим заболеванием

опорно-двигательного аппарата и одной из ведущих причин инвалидизации в мире. В последние годы растет интерес к изучению взаимосвязи между остеоартритом (ОА) и гиперурикемией (ГУ), поскольку повышенный уровень мочевой кислоты в крови может оказывать влияние на патогенез заболевания. В публикациях последних лет приводятся данные о том, что воспаление при ОА, вызывающее повреждение тканей суставов, может сопровождаться и развитием ГУ. По данным исследования, проведенного в России, распространенность ГУ среди пациентов с ОА составляет 25,3% у мужчин и 11,3% у женщин.

Цель. Оценить влияние ГУ на клиническое течение ОА.

Материал и методы. Обследовано 64 больных ОА в возрасте от 35–70 лет (средний возраст пациентов составил $48,1 \pm 7,5$ лет), с достоверным диагнозом ОА (согласно критериям ACR), из них женщин – 52, мужчин – 12 больных. Средняя длительность заболевания – $7,4 \pm 5,2$ года. Средние значения индекса массы тела (ИМТ) соответствовали ожирению ($32,4 \pm 5,6$ кг/м²), объем талии (ОТ) – $98,6 \pm 16,4$ см. Всем больным проведены общеклинические исследования, включающие в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в суставах по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и на каждого больного заполнялась индивидуальная карта с указанием сопутствующих заболеваний. Всем пациенткам проводились стандартная рентгенография суставов, лабораторные обследования.

Результаты/обсуждение. ГУ диагностирована у 36,8% пациентов. Пациенты с ГУ имели большие ИМТ и ОТ. У больных с ОА и ГУ отмечены более выраженные болевые симптомы, высокие значения болевого суставного синдрома по ВАШ ($8,2 \pm 4,3$), снижение функции сустава и ускоренное прогрессирование заболевания. При высоких значениях мочевой кислоты отмечены более продвинутые рентгенологические стадии ОА, часто наличие синовита, высокие значения СОЭ ($23,5 \pm 2,4$) и СРБ ($16,3 \pm 4,2$). При ОА с ГУ наряду с поражением крупных суставов отмечалось вовлечение мелких суставов кистей с выявлением узелков Гебердена и Бушара.

Выводы. ГУ, возможно, является усугубляющим фактором ОА. Высокий уровень мочевой кислоты коррелирует с более тяжелыми рентгенологическими стадиями ОА. ГУ может оказывать значительное влияние на течение ОА, усиливая воспалительные и дегенеративные процессы. Комплексное понимание механизмов взаимодействия этих состояний позволит разрабатывать более эффективные стратегии диагностики и лечения, направленные на улучшение прогноза пациентов.

ОТДАЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЛИЯНИЯ МЕТОДОВ СЕНСОМОТОРНОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НА ФОНЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Назарова К.М.¹, Васильева В.А.¹,
Марченкова Л.А.¹, Налобина А.Н.²

¹Национальный медицинский исследовательский
центр реабилитации и курортологии,

²Московский городской педагогический университет,
Москва

Цель исследования. Оценить отдаленные эффекты методов сенсомоторного обучения в комплексной реабилитации пациентов с поздними деформациями на фоне болезни Паркинсона, включая их влияние на поструральную устойчивость, пространственно-временные параметры ходьбы, равновесие, частоту падений и общее качество жизни.

Материалы и методы. В рамках открытого проспективного контролируемого исследования, проведенного на базе ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России обследовано 100 пациентов (63 мужчины и 37 женщин) с диагнозом болезнь Паркинсона 2-4 стадии по классификации Хен и Яра в возрасте от 45 до 75 лет, имеющих поздние деформации. Включенные методы сенсомоторного обучения: ритмотерапия (метод Ронни Гардинера) – направлена на улучшение координации и ритмических движений. Проприоцептивная нейромускульная фасилитация – воздействует на динамическое равновесие и пространственно-временные параметры ходьбы. Гидрокинезотерапия – способствует коррекции поздних деформаций и снижению нагрузки на суставы. Обследование пациентов включало инструментальный анализ параметров ходьбы, стабилometriю, оценку равновесия, опросники качества жизни и дневники падений. Оценка отдаленных эффектов проводилась через 4 месяца после завершения курса реабилитации.

Результаты и обсуждение. Анализ эффективности различных методов сенсомоторного обучения выявил их выраженное влияние на двигательную активность, устойчивость и риск падений у пациентов с поздними деформациями на фоне болезни Паркинсона.

Через 4 месяца после завершения реабилитации у 87% пациентов сохранялось улучшение в равновесии и устойчивости при ходьбе. Снижение частоты падений наблюдалось у 78% пациентов, а 67% пациентов отметили повышение повседневной активности. Сравнительный анализ показал, что комбинированное использование ритмотерапии и проприоцептивной нейромускульной фасилитации даст наиболее выраженные результаты, обеспечивая снижение частоты падений до 80%, улучшение качества жизни (по шкале EQ-5D-3L) на 28% и повышение функциональной независимости на 19%.



Выводы. Методы сенсомоторного обучения оказывают выраженное положительное влияние на реабилитацию пациентов с поздними деформациями на фоне болезни Паркинсона. В отдаленной перспективе они способствуют значительному снижению частоты падений, улучшению равновесия и устойчивости при ходьбе, коррекции позных деформаций, повышению функциональной независимости и качества жизни пациентов. Применение этих методов в составе комплексной реабилитационной программы рекомендуется для повышения эффективности долгосрочного лечения пациентов с болезнью Паркинсона.

ЛЕГОЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ – КОМПОНЕНТ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Неженцева А.Ю., Перцев А.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

В глобальной стратегии лечения и профилактики хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) большое внимание уделено программам легочной реабилитации, которые включают в себя физические тренировки, особенно мышц верхнего плечевого пояса и дыхательной мускулатуры, что доказано, приводит к уменьшению выраженности клинических проявлений заболевания, улучшению качества жизни.

Цель исследования. Повышение клинической эффективности терапии больных хронической обструктивной болезнью легких за счет разработки и внедрения комплексной системы реабилитации пациентов, включающей обучение, использование общих физических тренировок и применение компьютерной системы тренировки дыхательной мускулатуры.

Материалы и методы. В исследование было включено 54 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести (29 мужчин, 25 женщин; средний возраст – $52,47 \pm 0,43$ лет). Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 26 человек, которые на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ прошли обучение и использовали общие физические тренировки; 2-ая группа – 28 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Всем пациентам раздавали образовательные информационные буклеты, посвященные основным вопросам ХОБЛ. Каждый пациент имел возможность лично и/или по телефону проконсультироваться с исследователем для получения необходимой информации, помощи касательно ХОБЛ и/или коррекции проводимых мероприятий. После обучения под контролем

исследователя в течение 8 недель проводился курс физических тренировок с акцентом на дыхательные упражнения с методическими рекомендациями по их выполнению, затем пациентам рекомендовалось продолжить занятия дома.

Результаты и обсуждение. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ, которые на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания прошли обучение и использовали общие физические тренировки, выявлена достоверная положительная динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей: снижение числа обострений и госпитализаций в 2,1 и 2,3 раз соответственно, достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья в 1,9 раза, достоверное снижение степени выраженности системного воспаления (ФНО- α) на 2,32 пг/мл, достоверное повышение толерантности к физической нагрузке (ТШХ) на 62,43 м.

Выводы. Обучение совместно с курсом легочной реабилитации необходимо включать в схемы ведения пациентов с ХОБЛ с высоким и средним уровнем комплаенса для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов в общей врачебной практике.

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Нелидова Н.В.¹, Шкарпеткин Ю.А.², Ли Н.В.²,
Шейшеева Ж.Д.², Скворцова Е.С.²**

¹Сургутский государственный университет,

²Сургутский клинический
противотуберкулезный диспансер,
Сургут

Цель. Провести анализ сопутствующей патологии у больных туберкулезом с психическими заболеваниями.

Материалы и методы. Проведено исследование медицинской документации 84 больных туберкулезом с сопутствующими психическими заболеваниями, старше 18 лет, пролеченных в казенном учреждении Ханты-Мансийского Автономного округа – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер», в отделении для лечения больных туберкулезом с психическими заболеваниями за 2021-2023 годы.

Результаты и обсуждение. Большая часть исследуемых больных представлена лицами мужского пола в трудоспособном возрасте от 25-44 лет. Не работали 73,8% больных. Среди клинических форм преобладали диссеминированный туберкулезом и инфильтративный туберкулез (40,5% и 38,1% соответственно).

Генерализация туберкулеза встречалась у 14,3% больных. Бактериовыделение у 41,7%, у 16,7% обнаружена множественная лекарственная устойчивость (40% из числа бактериовыделителей), у 8,3% широкая лекарственная устойчивость (20% из числа бактериовыделителей). Полости распада в ткани легких найдены у 47,3% больных.

В структуре сопутствующих психических заболеваний у 30,9% пациентов выявлены расстройства личности и психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической патологией, у 21,4% – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, у 19,1% – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением наркотических или психоактивных веществ. 17,9% имели деменцию, 10,7% – шизофрению.

Помимо психических заболеваний 52,4% больных имели ВИЧ-инфекцию, 60,7% больных – вирусные гепатиты. Энцефалопатия различного генеза (токсическая, дисциркуляторная) выставлена 61,9% больных. У 29,8% больных выявлена гипертоническая болезнь, у 16,7% – ишемическая болезнь сердца, у 22,6% больных – хроническая обструктивная болезнь легких. В 40% случаев туберкулезу легких сопутствовала анемия, причем у четверти больных отмечалась анемия средней степени тяжести и у 10,7% больных тяжелой степени. У 21,4% пациентов по данным объективного обследования и, проведенной фиброгастродуоденоскопии, выявлены хронический гастрит и гастродуоденит. У 19 больных (31,7%) выставлен хронический панкреатит. Среди офтальмологической патологии преобладала миопия разной степени выраженности – у 41,7%, 8,3% человека имели пресбиопию, 10,7% катаракту и нарушение аккомодации. Среди кожных заболеваний преобладали дерматомикозы. Более половины больных имели в сопутствующем диагнозе 3 и более сопутствующих заболевания – у 61,9%, что требовало назначения дополнительных методов обследования и лечения, консультирование пациентов у врачей соответствующих специальностей.

Выводы. Имеющаяся фоновая психическая патология у больных туберкулезом обуславливает низкую мотивацию к излечению и обосновывает необходимость круглосуточного пребывания пациентов в отделении закрытого типа в течение всего периода лечения. Такие пациенты должны наблюдаться фтизиатром при непосредственном контроле за психическим состоянием со стороны психиатра с назначением необходимой терапии. Преобладание распространенных форм туберкулеза с высокой степенью коморбидности у большей части больных позволяет прогнозировать определенные сложности в терапии этой группы пациентов и требует совместного ведения больных туберкулезом врачами других специальности: психиатром, терапевтом, неврологом, пульмонологом, окулистом, хирургом.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Нелидова Н.В.¹, Ефанова Е.Н.¹, Шейшеева Ж.Д.²,
Драгун М.Д.²

¹Сургутский государственный университет,

²Сургутский клинический
противотуберкулезный диспансер,
Сургут

Цель. Изучение особенностей гемодинамических изменений у больных инфильтративным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией в условиях северного региона.

Материалы и методы. Нами проведен анализ данных исследования 30 больных инфильтративным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

Результаты и обсуждение. В группе преобладали мужчины – 21 человек (70%), средний возраст пациентов составил $31,2 \pm 7,02$ лет. У 19 человек (63,3%) выявлен сопутствующий вирусный гепатит С, у 3 человек (10%) вирусный гепатит С и В, у 21 пациента (70%) наркотическая и алкогольная зависимости. Среди жалоб наиболее значимыми являлись одышка, общая слабость, потливость, лихорадка. Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 14 больных (46,6%). Распад ткани легкого у 46,7% больных (14 человек). У большей части больных туберкулез появился на фоне ВИЧ-инфекции в продленной стадии со снижением абсолютного уровня CD4-лимфоцитов, у 66,7% больных – ниже $0,2 \times 10^9$ л. При спирометрическом обследовании больных туберкулезом умеренное снижение ФВД – у 10 человек (33,3%), значительное снижение – у 8 больных (26,7%), резкое снижение – у 6 пациентов (20%). Изменение ФВД преимущественно по рестриктивному типу отмечали у 5 больных (16,7%), преимущественно по обструктивному типу – у 3 человек (10%), у остальных – по смешанному типу. Электрокардиографически преобладали диффузные изменения миокарда, хроническое легочное сердце (ХЛС) установили у 4 пациентов (13,3%). Показатели системного артериального давления в среднем имели тенденцию к склонности к гипотонии (среднее систолическое АД – $108,3 \pm 3,0$ мм рт.ст., диастолическое АД – $61,5 \pm 2,2$ мм рт.ст.). Системное систолическое АД у бактериовыделителей с более выраженной интоксикацией составило $106,3 \pm 3,0$ мм рт.ст., у больных, не выделявших микобактерии туберкулеза в мокроте – $118,4 \pm 2,5$ мм рт.ст., ($P < 0,05$), диастолическое – $64,7 \pm 1,3$ мм рт.ст. и $76,9 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). Таким образом, чем больше выражены явления туберкулезной интоксикации и соответственно выше показатели СОЭ, тем ниже системное АД у больных туберкулезом легких. По данным

эхокардиографии функция левого желудочка у исследуемых больных была существенно нарушена, о чем свидетельствовало повышение объемов и снижение фракции выброса. Утолщение передней стенки правого желудочка установили у 5 больных (16,7%).

Выводы. Таким образом, сердечно-сосудистые нарушения у больных инфильтративным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, проявляются снижением функции левого желудочка, нарушением показателей центральной гемодинамики в виде повышения ЧСС и гипотонии.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Нестерова А.М.¹, Савицкая Н.Н.², Саперкин Н.В.¹

¹Приволжский исследовательский
медицинский университет,

²Нижегородский областной центр общественного
здоровья и медицинской профилактики,
Нижний Новгород

Цель исследования. В настоящее время метаболический синдром является одной из важнейших медико-социальных и экономических проблем современного общества. Актуальность данной патологии в эпидемиологии обусловлена его высокой распространенностью и значительным влиянием на здоровье населения. Целью исследования является изучение особенностей факторов риска метаболического синдрома на территории Нижегородской области за 2022 год.

Материалы и методы. Проведено дескриптивное эпидемиологическое исследование. Использованы результаты диспансеризации взрослого населения. Первичная информация извлечена из формы отраслевой отчетности № 131/о совокупно за 2022 год и с разбивкой по месяцам (доступ через МИС «БАРС»).

Результаты и обсуждения. Нами была изучена распространенность основных факторов риска метаболического синдрома на территории Нижегородской области: избыточная масса тела, ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия.

Наблюдалась тенденция к росту по частоте выявления исследуемых факторов метаболического синдрома по месяцам. Средний темп прироста выявляемости случаев избыточной массы тела был равен 16,06% ($p < 0,05$). Наибольший показатель наблюдался в октябре (2697,76 на 100 тысяч обследованного населения). В структуре выявленных случаев избыточной массы тела с января по ноябрь преобладали женщины. В декабре процентное соотношение случаев избыточной массы тела среди мужчин и женщин составляло 65,5% и 34,5% соответственно. Наименьший показатель выявляемости случаев ожирения наблюдался в январе (14,08

на 100 тысяч обследованного населения), наибольший – в октябре (137,64 на 100 тысяч обследованного населения). В 2022 году среди выявленных случаев ожирения преобладали женщины (в январе процентное соотношение женщин и мужчин составило 60% и 40%, в декабре – 70% и 30% соответственно). Средний темп прироста выявляемости случаев гиперхолестеринемии был равен 21,8% ($p < 0,05$). В октябре 2022 года отмечался наибольший показатель выявляемости (2940,61 на 100 тысяч обследованного населения). В ноябре и декабре наблюдалось снижение – 1729,4 и 1997,1 на 100 тысяч обследованного населения соответственно. В течение года среди выявленных случаев гиперхолестеринемии преобладали женщины. В мае процентное соотношение мужчин и женщин находилось примерно на одном уровне (48,4% и 51,6% соответственно). Наибольший показатель выявляемости случаев гипергликемии наблюдался в сентябре (648,39 на 100 тысяч обследованного населения), наименьший – в августе (85,41 на 100 тысяч обследованного населения). С января по август среди выявленных случаев преобладали женщины. Начиная с сентября, преобладающее количество случаев было зарегистрировано среди мужчин. В сентябре среди вновь выявленных случаев гипергликемии процентное соотношение среди мужчин и женщин составляло 61,5% и 38,5%, в ноябре – 52,9% и 47,1%, в декабре – 55,4% и 44,6%. В октябре соотношение мужчин и женщин находилось на одном уровне.

Выводы. В годовой динамике отмечена тенденция к росту уровня превалентности факторов риска метаболического синдрома среди взрослого контингента. Изучение эпидемиологии метаболического синдрома является неотъемлемым компонентом комплексной клинко-эпидемиологической характеристики и может учитываться при разработке эффективных профилактических стратегий и снижения бремени неинфекционных заболеваний.

ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Никитина В.В., Гусева В.Р.

ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Введение. Отягощенный наследственный анамнез по наличию дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника у родственников предрасполагает в 80% клинических случаев к формированию дегенерации межпозвонковых дисков у пациентов. Боль в поясничном отделе позвоночника является основной причиной заболеваемости во всем мире. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника являются

нерация межпозвоночного диска приводит примерно к половине всех случаев спондилогенных заболеваний у людей молодого возраста.

Цель исследования. Улучшить диагностику и терапию пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

Материалы и методы. Клетки межпозвоночного диска реагируют на измененную биомеханику позвоночника, инфекцию или метаболические изменения повышенной выработкой катаболических цитокинов, что приводит к образованию «цитокинового супа», регулируемого преимущественно плейотропным цитокином интерлейкином. В дегенерированном межпозвоночном диске общее содержание протеогликанов уменьшается, гидрофобность его снижается. Это может привести к вращению нервных структур, сосудов в его фиброзное кольцо. По нашему мнению, как болевые синдромы вследствие дегенеративно-дистрофических изменений межпозвоночных дисков, позвоночника, так и дистрофические процессы по типу жировых перерождений в паравerteбральных мышцах нужно исследовать клинически, с помощью нейровизуализационных методов, и курировать у пациентов. Тяжелая дегенерация межпозвоночных дисков связана с нейровизуализационными изменениями по типу Modic 2, 3 на уровне пояснично-крестцовых сегментов позвоночника.

В настоящее время для контроля дискогенной боли в пояснице легкой и умеренной степени рекомендуется консервативная терапия. Консервативная терапия включает немедикаментозное лечение и медикаментозную терапию. Немедикаментозные методы лечения включают физиотерапию, лечебную физкультуру, иглоукалывание. Доступные лекарства включают нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, кортикостероиды, трициклические антидепрессанты, противосудорожные препараты для лечения средней и сильной боли. Когнитивная функциональная терапия была разработана как гибкий интегрированный поведенческий подход для индивидуализации лечения у этих пациентов. Декомпрессия спинного мозга с выполнением переднего, заднего спондилодеза на разных уровнях позвоночника наиболее эффективны у пациентов с миелопатиями вследствие дегенеративно-дистрофических изменений во всех отделах позвоночника в любом возрасте.

Заключение. Когнитивно-поведенческая терапия и психологически обоснованные подходы к терапии могут способствовать выработке поведенческой адаптации к боли у пациентов с хроническим болевым синдромом с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, имеющих потенциал для восстановления неврологического дефицита у больных. Коррекция факторов окружающей среды, таких как профессиональные вредности или табакокурение играют менее заметную роль в процессе курации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Никитина С.Н.¹, Минушкина Л.О.², Егорова И.А.¹

¹Поликлиника №2,

²Центральная государственная
медицинская академия,
Москва

Согласно российским клиническим рекомендациям от 2021 г. хроническая болезнь почек (ХБП) – это персистирующее в течение трех и более месяцев поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов, анатомической основой которого является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом, приводящий к ее дисфункции.

Нефрологический пациент чаще полиморбиден и, обратившись на прием к нефрологу, имеет, как правило, уже не одно социально значимое заболевание или многочисленные факторы риска в первую очередь сердечно сосудистой и эндокринной патологии. Этиология каждого случая ХБП многофакторна. С целью профилактики развития ХБП существует возможность влияния лишь на модифицирующие факторы.

Цель работы. Оценить динамику заболеваемости ХБП, в том числе по стадиям и проанализировать возможные причины увеличения заболеваемости.

Материалы и методы исследования. Анализ заболеваемости проводился на базе ФГБУ Поликлиники №2 УД ПРФ по материалу МИС. Оценивался прикрепленный контингент к поликлинике за 2018-2022 год, средняя численность прикрепленного контингента составила: 2018 г. – 14337 лиц, 2019 г. – 14590, 2020 г. – 14497, 2021 г. – 14556, 2022 г. – 14632. Заболеваемость ХБП и число больных с факторами риска оценивались по данным статистических талонов и формы 030/у контроля диспансерного наблюдения.

Результаты. В 2018 г. в поликлинике наблюдалось всего 1442 пациента с ХБП, в 2019 г. – 1758 пациента, в 2020 г. – 2040 пациента, в 2021 г. – 2217 пациента, в 2022 г. – 2612 пациента. В 2019 г. рост составил 17,99%, в 2020 г. – 13,8%, в 2021 г. – 7,99%, в 2022 г. – 15,12%. Т.о. за последние 5 лет рост заболеваемости ХБП составил 44,8%. Средний ежегодный рост заболеваемости ХБП за 5 лет составляет 13,7%, со снижением цифр роста в 2021 г., что можно объяснить ограничительными мероприятиями, связанными с эпидемией новой коронавирусной инфекции.

В 2018 г. впервые выявлено 344 случая ХБП, в 2019 г. – 355 случая, в 2020 г. – 351 случай, в 2021 г. – 369 случаев, в 2022 г. – 559 случаев. В 2019 г. рост составил 3,1%, в 2020 г. – без существенных изменений, в 2021 г. – 4,9%, особенно в 2022 г., где всплеск впервые выявленной заболеваемости составил 21,4%. Т.о. впервые выявленная заболеваемость ХБП за последние 5 лет также увеличилась на 38,5%.

По данным статистики в зависимости от стадии ХБП преобладают пациенты с ХБП С2, что составляет в 2018 г. – 41, 5% от всей ХБП, в 2019 г. – 50,97%, в 2020 г. 60,3%, в 2021 г. – 65,27%, в 2022 г. – 75,3%.

За последние 5 лет в группе пациентов с ХБП С1 число больных увеличилось на 34, 8%, с ХБП С2 – 44,9%, с ХБП С3 – 47,4%, с ХБП С 4 – 28,9%, в группе пациентов с ХБП С5 цифры без изменений.

Из приведенных цифр можно однозначно говорить о формировании тенденции к ежегодному увеличению заболеваемости ХБП, особенно в группах пациентов с ХБП 2-3 стадии.

Также была проанализирована динамика выявления больных с факторами риска ХБП. За последние 5 лет из оцениваемых модифицируемых факторов риска ХБП отмечается общий рост заболеваемости ГБ на 22,5%, причем значительно выросла впервые выявленная заболеваемость на 58% в группе с ГБ, в группе неалкогольной жировой болезни печени прирост общей заболеваемости на 57, 4%, с ежегодным относительно равномерным ростом группы, в группе с СД общий рост составил 18,45%, впервые выявленная заболеваемость в данной группе выросла на 47%, рост впервые выявленной заболеваемости гиперуремией на 32, 4%, без существенного изменения общей заболеваемости, отмечен прирост на 2, 9% пациентов с факторами риска ССЗ. Наибольший рост заболеваемости отмечен в 2022 г. у пациентов с ГБ на 51, 9%, у пациентов с СД отмечен более плавный рост общей заболеваемости в 2022 г. на 4, 6%, в 2021 г. на 6,6%, в 2020 г. на 3,2%, но обращает внимание рост впервые выявленной заболеваемости СД в 2022 г. на 4, 8%, в 2021 г. на 43%. В группе пациентов с ожирением роста общей заболеваемости не выявлено, однако есть рост общей заболеваемости в 2022 г. на 3. 9%, впервые выявленная заболеваемость ожирением выросла в 2021 г. на 48, 38%.

Обсуждение результатов. За последнее десятилетие во всем мире отмечается значительный рост ХБП. Ежегодно согласно российскому регистру прирост диализных больных составляет 9. 9%. Общее старение населения, значимое увеличение больных с неинфекционными заболеваниями сердечно сосудистой системы, печени, СД, ожирением являются основными причинами всплеска заболеваемости ХБП.

Прошедшая пандемия коронавирусной инфекции, с мощным фактором риска ХБП в виде системного воспаления, фактор стресса, связанный с пандемией, прием большого количества фармакологических препаратов отдельных с нефротоксичными эффектами, значительный период изоляции пациентов, приведший к уменьшению повседневной физической активности, изменению типичных привычек в пищевом поведении с последующим увеличением массы тела, обострение имевшихся ранее социально значимых заболеваний в первую очередь ГБ, СД и выявлением их de novo, привело к прогрессирующему ухудшению функции почек с увеличением заболеваемости ХБП, переходу на-

чальных стадий болезней почек в ХБП, подлежащую динамическому наблюдению у нефролога, особенно в группе «основных поставщиков» ХБП – пациентов с сердечно-сосудистой и эндокринной патологией, а также неалкогольной жировой болезни печени.

Длительный период карантинных ограничений, связанных с прошедшей пандемией коронавирусной инфекции привело к временному ограничению лечения больных сердечно сосудистой, эндокринной, почечной патологии, в связи с их низкой обращаемостью за медицинской помощью.

Выход из эпидемии, тесная интеграция врачей поликлиники, лучшая осведомленность смежных специалистов в первую очередь терапевтов, эндокринологов, кардиологов, урологов о критериях диагностики ХБП, способствовало своевременному направлению больных к врачу нефрологу и выявлению ХБП в том числе и на начальных, часто потенциально обратимых стадиях.

Выводы. Эпидемия коронавирусной инфекции внесла свой ощутимый вклад и в увеличение больных с почечной дисфункцией. Дальнейшее выполнение задач по более раннему выявлению больных с АГ, СД, факторами риска ХБП, своевременное и максимально эффективное лечение данных нозологий в будущем позволит бороться с глобальной эпидемией ХБП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКОГО МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ «ИНСУЛЬТДА ЁРДАМ» У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ, С НАРУШЕНИЕМ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ

Нишонов Ю.У.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Рост числа сосудистых заболеваний мозга поставил в качестве первоочередной задачу реабилитации больных, перенесших инсульт. Мелкая моторика кисти является одной из наиболее частых причин стойкой утраты профессиональных навыков, социальной дезадаптации, невозможности самообслуживания у пациентов после инсульта, что в итоге приводит к существенному снижению качества их жизни.

Цель исследования. Применить прототип первого мультимедийного наглядного мобильного приложения «Инсультда ёрдам» для реабилитации мелкой моторики у постинсультных больных.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 60 пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии (60% мужчин, 40% женщин), средний возраст – 60 [55; 67] лет. Пациенты разделены на две группы: основная (n=33) до-

полнительно занималась по мобильному приложению, контрольная (n=27) проходила стандартную реабилитацию по протоколам Узбекистана. Всем проводилось неврологическое обследование и оценка результатов по шкалам APAT, Ашворта и DASH.

Полученные результаты. До начала реабилитации группы были однородны по шкалам качества жизни, APAT, Ашворта и DASH. По завершении курса контрольная группа лучше справлялась с удержанием мелких предметов, но в основной группе наблюдался более значимый прирост показателей. При анализе этапа удержания и раскладывания предметов группы не продемонстрировали статистических различий, однако контрольная группа показала более высокие результаты в абсолютных цифрах, а в основной группе прирост был значимее. У пациентов основной группы, занимавшихся с мобильным приложением, отмечалось значительное увеличение активных движений в кисти и запястье, а также улучшение объема пассивных движений в локтевом и лучезапястном суставах. Уменьшалась выраженность сгибательной синергии. По шкале Ашворта зафиксировано снижение спастичности в сгибателях локтя ($p=0,00007$), запястья ($p=0,00092$) и пальцев ($p=0,0026$), независимо от степени повышенного тонуса. Результаты по шкале DASH продемонстрировали значимое улучшение в обеих группах, однако прирост в основной группе был выше, чем в контрольной группе.

Выводы. Двигательные нарушения мелкой моторики кисти снижают качество жизни и самообслуживания у постинсультных пациентов. Применение авторского комплекса упражнений через мобильное приложение «Инсультда ёрдам» обеспечивает более эффективную реабилитацию, улучшая двигательные навыки и самообслуживание. Методика может быть рекомендована как дополнение к стандартной нейрореабилитации.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ 34-ЛЕТНЕГО ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Новикова М.С.¹, Минушкина Л.О.¹,
Затейщиков Д.А.¹, Боева О.И.¹, Аллазова С.С.²,
Шилов Е.М.², Котенко О.Н.³

¹Центральная государственная медицинская академия,

²Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,

³Городская клиническая больница №52,
Москва

Цель. Рассчитать стандартизированные коэффициенты заболеваемости (SIR – Standardized Incidence Ratio) и смертности (SMR – standardized mortality ratio)

злокачественных новообразований (ЗНО) у реципиентов почечного трансплантата (РПТ), состоящих на учете в ГКБ 52 ДЗМ, и определить у них независимые факторы риска ЗНО.

Материал и методы исследования. С 01 января 1989 по 31 декабря 2023 гг. мы проследили за 2146 РПТ, состоящих на учете в ГКБ 52 ДЗМ, у которых было обнаружено 14,4% (n=310) ЗНО. В группе ЗНО наиболее распространенными были немеланомный рак кожи (НМРК) 30,3% (n=91), и рак почки 11,3% (n=41), умерло 37,7% (n=117) пациентов, из них непосредственно по этой причине 46,2% (n=54). Ожидаемые показатели заболеваемости и смертности от ЗНО после трансплантации почки были экстраполированы на данные ЗНО из Росстата для расчета SIR и SMR, и сравнения с общероссийской популяцией. SIR и SMR рассчитывались путем деления наблюдаемого числа случаев после трансплантации на ожидаемое количество случаев ЗНО. Многомерный регрессионный анализ Кокса проводили для выявления независимых факторов риска ЗНО. Эффективность прогностической модели оценивали по ROC-(Receiver Operating Characteristic) кривой и критерию согласия Хосмера-Лемешева.

Результаты. У РПТ общая заболеваемость ЗНО была примерно в три раза выше, чем у населения РФ (SIR 2,85, 95% ДИ: 2,4-3,2, $P<0,05$). Наибольшая заболеваемость отмечена для рака почки SIR 5,8 (95% ДИ: 4,0-7,5, $P<0,05$), НМРК SIR 5,8 (95% ДИ: 4,6-6,9, $P<0,05$), меланомы SIR 3,99 (95% ДИ: 3,5-4,3, $P<0,05$), рака шейки матки SIR 3,0 (95% ДИ: 1,5-4,4, $P<0,05$), рака щитовидной железы SIR 2,1 (95% ДИ: 1,4-2,9, $P<0,05$) и хронических лимфолейкозов (ХЛЛ) (коды по МКБ: C91.1-9) SIR 10,3 (95% ДИ: 4,5-16,0, $P<0,05$).

Смертность от всех видов ЗНО после трансплантации почки незначительно превышала общепопуляционную в РФ (SMR 1,3, 95% ДИ: 1,1-1,4, $P<0,05$). Наибольшая смертность после трансплантации была от НМРК SMR 51,4 (95% ДИ: 25,3-77,4, $P<0,05$) и меланомы SMR 8,6 (95% ДИ: 2,5-14,6, $P<0,05$).

Независимыми факторами риска ЗНО были: терапия такролимусом, возраст старше 52,5 лет, гипертензия, поликистозная болезнь почек, почка от мертвого донора и СКФ на момент завершения исследования. ROC-кривая и критерий согласия Хосмера-Лемешева $p=0,43$ ($\chi^2=4,883$) предполагают, что модель является согласованной с исходными данными, но недостаточно эффективной.

Выводы. Общая заболеваемость ЗНО после трансплантации почки у пациентов, состоящих на учете в Московском Городском Нефрологическом Центре ГКБ 52 ДЗМ в 1989-2023 гг., выше общепопуляционной в РФ почти в 3 раза (общий SIR=2,85 (95% ДИ: 2,4-3,2, $P<0,05$). Смертность от ЗНО (общий SMR=1,3 (95% ДИ: 1,1-1,4, $P<0,05$) незначительно выше общепопуляционной. Возможной причиной почти двукратной разницы между заболеваемостью и смертностью от ЗНО в РФ, может быть высокий риск конкурирующих причин смертности у РПТ, особенно ССЗ. В этой связи

гипертензию и снижение СКФ следует рассматривать не только как традиционные факторы риска ССЗ, но и независимые предикторы почечно-клеточного рака (ПКР). Необходимо дальнейшее изучение ЗНО после трансплантации почки, особенно посттрансплантационных лимфоопролиферативных заболеваний (ПТЛЗ).

ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Нуритдинова Н.Б., Шоалимова З.М.,
Махмудова М.С.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение показателей диастолической функции правого желудочка при артериальной гипертензии.

Материалы и методы. В исследование было включено 104 больных (61 мужчин и 43 женщин, средний возраст 60,0 [56,0-65,0] лет). Исследуемые были разделены на 3 группы: 1-группа пациентов с АГ, 2-группа сочетания ИБС и АГ. Группу сравнения составили лица, не имеющие заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, изменений на ЭКГ. Во всех группах проводилась импульсно-волновая доплерометрия потоков наполнения обоих желудочков, спектральная тканевая доплерометрия митрального и трикуспидального кольца, а также исследование скорости распространения митрального и трикуспидального потока (V_r и V_{pt}) в цветном-М-модальном режиме. При этом изучались скорости потоков наполнения ПЖ-Е, А, отношение Е/А, скорости движения кольца трикуспидального клапана-Еа, Аа, отношение Еа/Аа. Нарушением диастолической функции правого желудочка считали отклонение значений отношения E_t/A_t от уровня 0,8-2,1, увеличение отношения $E_t/e't > 6,0$, снижение отношения $e't/a't < 0,6$, снижение скорости распространения трикуспидального потока < 35 см/сек.

Результаты. Встречаемость диастолической дисфункции ПЖ у больных АГ составила 40,5%, у больных 2-группы АГ и ИБС – 49,7% в группе сравнения 9,8% ($p < 0,001$). Во всех группах практически не было установлено различий в показателях импульсно-волновой доплерометрии потоков наполнения ПЖ, таких, как скорость раннего трикуспидального потока Е, отношения Е/А. Из данных спектральной тканевой доплерометрии кольца трикуспидального клапана наблюдалось достоверное снижение скорости его раннего диастолического движения. Наблюдалась тенденция к увеличению отношения $E_t/e't$, которое составило в группе сравнения 3,42, в группе АГ 3,5 и

в группе АГ и ИБС 4,2. В группе сочетанной патологии ИБС+АГ наблюдалось достоверное снижение показателя V_{pt} до 37,0.

Выводы. Таким образом, встречаемость диастолической дисфункции ПЖ у больных АГ составила 40,5%, при сочетании ИБС и АГ-49,7%. Показатели спектральной тканевой доплерометрии митрального и трикуспидального кольца, а также исследование скорости распространения митрального и трикуспидального потока могут быть использованы для диагностики диастолической дисфункции ПЖ при артериальной гипертензии.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Нуритдинова Н.Б., Шоалимова З.М.,
Махмудова М.С.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить психологическое состояние у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненной хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 78 мужчин ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II ФК по NYHA. Оценку психологического статуса проводили с применением экспериментально-психологической методики самооценки депрессии (шкала Цунга) и шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Для изучения психологической защиты использовали методику «Индекс жизненного стиля» -Plutchik-KellermanLSI.

Результаты исследования. В ходе исследования психологического статуса было обнаружено, что у больных с ХСН имеет место повышенная по сравнению со здоровой популяцией напряженность большинства механизмов психологической защиты. Это свидетельствует об актуальности психической адаптации больных к стрессу и о наличии психотравмирующей ситуации, связанной с непосредственной угрозой жизни. Для больных с ХСН была характерна повышенная степень отрицания существующих проблем, вытеснения (исключение из сознания идеи и связанных с ней эмоций), проекции, сопряженной с агрессией, и интеллектуализации, отличающейся контролем эмоций и чрезмерной зависимостью от рациональной интерпретации ситуации. Аффективные расстройства в виде тревоги и депрессии оказались тесно сцепленными ($r = 0,50$; $p < 0,001$) и были типичны для больных более молодого

го возраста ($r=-0,46$; $p<0,05$ и $r=-0,66$; $p<0,001$ соответственно). Возникновение депрессии было пропорционально выраженности замещения ($r=0,46$; $p<0,05$). С наличием отрицания были связаны выраженность компенсации и гиперкомпенсации; эти психологические особенности были более свойственны больным старшего возраста с психоорганическим синдромом. В то же время, чем выше оказывался показатель отрицания у больных с ХСН, тем выраженнее были тревожно-депрессивные расстройства. Сочетание этих признаков носило устойчивый характер ($R=0,92$; $F=9,73$; $p<0,001$). Как благоприятный фактор рассматривалось наличие интеллектуализации, поскольку больным с СН с таким типом механизма психологической защиты не были свойственны аффективные расстройства ($R=0,59$; $F=2,9$; $p<0,05$). Выявлена зависимость между механизмами психологической защиты и степенью тяжести таких клинических симптомов, как сердцебиение (связь с отрицанием $r=0,42$; $p<0,05$) и боль (зависимость от выраженности регрессии $r=0,46$; $p<0,05$). Взаимосвязь депрессии, замещения и тяжести соматического состояния больных носила устойчивый характер ($p<0,05$).

Вывод. Таким образом, была выявлена связь между выраженностью депрессивных расстройств и тяжестью соматического состояния, в частности болевого синдрома и утомляемости, у больных с ХСН.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Овсянников Е.С., Петрова Н.А., Фейгельман С.Н.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Оценить качество жизни у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе БУЗ ВО ВОКБ №1. Обследовали 55 больных ХОБЛ в стадии обострения (клиническая группа В – группа 1 ($n=21$) и клиническая группа Е – группа 2 ($n=34$)). Средний возраст пациентов составил $64,3\pm 7,5$ лет. Диагноз основного заболевания верифицировали согласно глобальной стратегии диагностики и лечения ХОБЛ (GOLD 2024). По полу, возрасту и наличию сопутствующих заболеваний группы были сопоставимы. Для оценки качества жизни использовали опросник SGRQ. Статистическая обработка данных выполнена в Statgraphics 19, значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Обследование больных с помощью опросника SGRQ показало, что компонент «активность» качества жизни пациентов группы 1 составил $17,2$ [$13,7; 17,2$], группы 2 – $27,5$ [$27,5; 27,5$] ($p=0,02$). Компонент «симптомы» составил в 1 группе $18,7$ [$12,5; 18,7$], в 2 группе $36,9$ [$25,0; 37,5$] ($p=0,01$). Ком-

понент «влияние» в 1 группе составил $16,1$ [$12,9; 25,5$], в 2 группе – $38,7$ [$32,2; 45,1$] ($p=0,01$). Общий балл составил $18,4$ [$15,7; 21,0$] в 1 группе и $32,1$ [$28,9; 36,8$] в 2 группе ($p=0,001$).

Выводы. У больных клинической группы Е качество жизни оказалось достоверно ниже, чем у больных группы В. Полученные в ходе исследования данные позволяют констатировать наличие отчетливой взаимосвязи между тяжестью течения ХОБЛ и качеством жизни пациентов.

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СТАДИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Овсянников Е.С., Фейгельман С.Н.,
Ярмонова Ю.Н., Алферова И.П.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Оценить уровень показателей липидного профиля у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от стадии и функционального класса (ФК).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 65 пациентов с ХСН, средний возраст $61,36\pm 11,57$ лет, женщины составили 54%, а мужчины 46%. Все они находились под диспансерным наблюдением в БУЗ ВО «ВГКП №4» и проходили стационарное лечение в отделениях кардиологии и терапии БУЗ ВО «ВГКБСМП №1». Для анализа интересующих параметров использовались лабораторные методы диагностики (оценка уровня общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), уровня триглицеридов (ТГ)). Вся выборка разделялась на отдельные группы и липидный профиль оценивался в зависимости от стадии (по Стражеско-Василенко) (4 группы: ХСН I ($n=10$), ХСН IIА ($n=31$), ХСН IIБ ($n=19$), ХСН III ($n=5$), и ФК ХСН (по NYHA) (4 группы: ФК I ($n=6$), ФК II ($n=25$), ФК III ($n=28$), ФК IV ($n=6$)). Статистическая обработка данных выполнена в пакете программ STATGRAPHICS 19 для Windows с использованием непараметрических методов (Friedman test). Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В зависимости от стадии ХСН самые высокие показатели общего ХС $7,62$ [$7,38; 7,85$] ммоль/л, ХС ЛПНП $4,12$ [$3,9; 4,21$] ммоль/л, ХС ЛПВП $2,47$ [$1,33; 2,54$] ммоль/л и уровня ТГ $1,91$ [$1,8; 1,99$] ммоль/л были достоверно выше у пациентов с ХСН III стадии, чем у пациентов с ХСН I стадии. ($p<0,05$). В сравнении групп больных с ХСН IIА и ХСН

ПБ наблюдалась аналогичная закономерность: у 19 пациентов 3 группы показатели липидного профиля были достоверно выше ($p < 0,05$): общий ХС 5,96 [5,8; 6,25] ммоль/л, ХС ЛПНП 3,1 [2,6; 3,66] ммоль/л, ХС ЛПВП 2,11 [1,66; 2,44] ммоль/л, ТГ 1,7 [0,88; 1,9] ммоль/л. Однако по значениям ХС ЛПВП между 4 группами пациентов статистически значимых различий выявлено не было ($p = 0,22$). В зависимости от ФК уровни ХС ЛПВП между данными группами тоже статистически не отличались ($p = 0,074$). Самые высокие показатели общего ХС, ХС ЛПНП и ТГ наблюдались у 4 группы больных и были достоверно выше в сравнении с другими группами: 7,5 [6,68; 7,85] ммоль/л, 4,01 [3,76; 4,21] ммоль/л, 1,895 [1,8; 1,99] ммоль/л соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Ежегодно во всем мире увеличивается количество пациентов с ХСН, и прогноз для данной категории больных остается неблагоприятным. В ходе данного исследования был выявлен достоверный рост показателей общего холестерина, ХС ЛПНП и ТГ в зависимости от увеличения стадии ХСН и ухудшения ФК. У данных групп пациентов эти показатели не укладывались в их целевые значения и были гораздо выше, что соответствует повышенному риску сердечно-сосудистых катастроф.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ДОРСОПАТИЯМИ

Овсянникова С.В.¹, Горелик С.Г.²

¹Губкинская центральная районная больница,
²Белгородский государственный национальный
исследовательский университет,
Белгород

Введение. Недостаточно проведено исследований, которые наглядно показывают влияние немедикаментозных методов лечения и, в частности использование средств индивидуальной ортопедической коррекции, на течение болевого синдрома у лиц с дорсопатией пожилого возраста. В данной работе на основании литературных данных, проведенного исследования, показано влияние использования индивидуальных средств ортопедической коррекции (ортопедические стельки, корсеты, бандажи) в долгосрочном периоде на боль в нижней части спины в составе комплексной терапии дорсопатии у пожилых людей на фоне их полиморбидного фона.

Цель исследования. На основании проведенного исследования научно обосновать влияние использования средств индивидуальной ортопедической коррекции (ортопедические стельки, корсеты, бандажи) на течение болевого симптома в нижней части спины у лиц старших возрастных групп.

Материал и методы. В проведенное исследование было включено 237 человек больных с диагнозом деформирующая дорсопатия, имеющие полиморбидный фон. В ходе проводимого исследования в комплексе с основным, медикаментозным лечением (преимущественно монотерапия НПВС), пациентам пожилого и старческого возраста в качестве средств немедикаментозной терапии было предложено использовать индивидуальные средства ортопедической коррекции (индивидуальные ортопедические стельки, полужесткий корсет на поясничный отдел позвоночника). Эффективность применяемых способов оценивалась спустя 6 месяцев от начала терапии. Было выяснено, что в группе пациентов, которые в своем лечении использовали средства индивидуальной ортопедической коррекции (основная группа), отмечали улучшение состояния (без указания на конкретные жалобы) 85,7% больных, напротив, в группе пациентов, которые не использовали индивидуальные ортопедические стельки и/или поясничные полужесткий корсеты (контрольная группа), положительный результат отмечался в 75,9% случаев.

В дальнейшем, в ходе исследования, было принято решения об оценке динамики основных жалоб, предъявляемых при дорсопатии лицами пожилого и старческого возраста, за весь период проводимого лечения (сентябрь 2022 г. – август 2023 г.). Так, среди всех пациентов, входящих в выборку боль в спине встречалась у $88,1\% \pm 4,1$ пациентов, из которых у $85,3\% \pm 1,9$ пациентов, не использовавших в своем лечении методы ортопедической коррекции, и, напротив, у $94,3\% \pm 1,8$ человек, использовавших их, отмечалось улучшение состояния. Аналогичным образом, жалоба на чувство онемения и/или ползания «мурашек» (парестезии) отмечалась у $63,3\% \pm 3,8$ больных, улучшения отмечались у $65,4\% \pm 2,5$ чел. и $73,2\% \pm 2,1$ чел., соответственно; слабость в отдельных группах мышц – у $23,1\% \pm 2,4$ больных, регресс симптома у $22,6\% \pm 2,1$ чел. и $34,6\% \pm 2,2$; боль в нижних конечностях – у $64,5\% \pm 1,5$ чел., облегчение – у $73,5\% \pm 1,9$ чел. и $83,1\% \pm 1,6$ чел., изменение походки отмечали 50,7 $\pm$ 2,3 чел, из которых 54,7 $\pm$ 2,9 чел. и 61,4 $\pm$ 3,3 чел. Отмечали уменьшение выраженности симптоматики.

Далее, изучив данные больных за 6 календарных месяцев, обнаружено, что 92,3% больных, использовавшие в своем лечении полужесткий корсет поясничного типа отмечали уменьшение боли в спине на 88,4%, против пациентов, использовавшие в своем лечении индивидуальные ортопедические стельки – на 81,8%. Аналогичным образом, регресс боли по симптомам – онемения и/или ощущения ползания «мурашек» (парестезии) 68,1% против 72,2%, боль в нижних ко-

нечностях – 78,2% и 83,4%, слабость в определенной группе мышц – 31,4% и 35,4%, изменение походки – 58,2% и 64,1%.

Хочется отметить, что во время ношения как индивидуальных ортопедических стелек, так и полужесткого корсета, пациенты обеих групп (как контрольной, так и основной) использовали и другие способы немедикаментозной терапии – плавание, ЛФК, физиолечение, участие в программе «активное долголетие», а также, при необходимости, лекарственную терапию по показаниям.

Выводы. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что в комплексном лечении больных пожилого и старческого возраста с деформирующими дорсопатиями, применение немедикаментозной терапии (ортопедический корсет и индивидуальные ортопедические стельки) являются эффективным методом терапии патологии опорно-двигательного аппарата.

Статистические показатели показывают, что процент жалоб, предъявляемые больными с течением времени, несколько ниже у лиц, которые использовали в своем лечении индивидуальные ортопедические стельки, полужесткие поясничные корсеты – при физической нагрузке. Данное обстоятельство рекомендует в качестве немедикаментозного дополнительного метода лечения деформирующих дорсопатий у лиц старших возрастных групп использовать индивидуально изготовленные ортопедические стельки с целью «разгрузки» опорно-двигательного аппарата, увеличения амортизационной функции и способствует физиологическому распределению нагрузки на опорные точки стопы.

Ключевые слова: дорсопатия, ортопедические стельки, ортопедическая коррекция, пожилые, возраст, боль, немедикаментозное лечение.

ПРЕФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

Олесин А.И., Константинова И.В.,
Тютелева Н.Н., Зуева Ю.С.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП), однажды начавшись, практически всегда рецидивирует, переходя, в итоге, в перманентную форму.

Цель исследования. Оценка современных представлений о первичной профилактике ФП с позиций оценки риска ее развития и механизмов формирования этой аритмии.

Материал и методы. Проведен анализ научных публикаций, представленных в базах данных и web-ресурсах Medline, PubMed, elibrary.ru, ncbi.nlm.nih.gov, researchgate.net за период с 2014 по 2024 гг.

Результаты. Развитие ФП является результатом воздействия множества факторов, включая генетические детерминированные. Формирование этой аритмии ФП наблюдается в результате диастолической перегрузки Ca^{2+} кардиомиоцитов миокарда предсердий, вызванной «оксидативным стрессом». Стадии префибрилляции предсердий (преФП) представлены вначале потенциально модифицируемыми факторами риска ее возникновения (первая стадия), а в дальнейшем – электрическим и структурным ремоделированием сердца (вторая стадия). Риск-стратификации и предикторы формирования ФП на стадии преФП характеризуют потенциальный риск ее развития, но без определения конкретных сроков его реализации. Для определения вероятного временного диапазона развития первичной ФП наиболее информативной является модель динамического наблюдения, например, путем определения частотного порога индуцирования этой аритмии с помощью чреспищеводной электрокардиостимуляции и/или путем анализа характера предсердной экстрасистолы, причем точность трехлетнего прогноза составляет около 87%. В реальной клинической практике на первой стадии преФП комплексная коррекция модифицируемых факторов развития этой аритмии, достигающие целевых значений, наблюдалась в среднем у 10% пациентов. Снижение развития первичной ФП наблюдалось в 3 и более раза в сравнении с отсутствием или неполной коррекцией факторов риска при сохранении целевых значений модифицируемых факторов ее формирования на протяжении не менее 2 лет. На второй стадии преФП при выявлении высокого риска ее развития в качестве первичной профилактики этой аритмии можно использовать медикаментозную антиаритмическую терапию и/или модулированную кинезотерапию, позволяющие в три раза снизить развития этой аритмии.

Заключение. Для оценки риска развития первичной ФП наиболее информативной является модель динамического наблюдения. При сохранении целевых значений потенциально модифицируемых факторов на протяжении не менее 2 лет наблюдалось снижение развития первичной ФП в 3 и более раза в сравнении с отсутствием или неполной их коррекцией. При отсутствии или неполной коррекции модифицируемых факторов риска на стадии преФП методом выбора является использование медикаментозной антиаритмической терапии и/или модулированную кинезотерапию, позволяющие в три раза снизить развитие этой аритмии.



ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ К ПРИЕМУ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА КОМОРБИДНОСТИ, ПОЛА И ВОЗРАСТА

Орленко М.С.¹, Павлова Е.Ю.²

¹ДГБ №5 имени Н.Ф. Филатова,

²СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Цель. Изучить комплаентность к приему анти-тромботической терапии на догоспитальном этапе у пациентов с различным течением фибрилляцией предсердий (ФП) в зависимости от индекса коморбидности, пола и возраста.

Материалы и методы. На базе терапевтического отделения №2 клиники им. Петра Великого СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России проведено добровольное анкетирование и анализ медицинских карт больных с ФП в сочетании с такими патологиями как: гипертоническая болезнь (ГБ), хроническая болезнь почек (ХБП), ишемическая болезнь сердца (ИБС), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), сахарный диабет (СД). Включено 142 человека в возрасте от 34 до 93 лет (средний возраст – 73,14±12,0), из них 49 мужчин в возрасте от 34 до 92 лет (средний возраст – 68,8±12,7) и 93 женщины в возрасте от 51 до 93 лет (средний возраст – 75,4±8,6).

Комплаентность изучалась с помощью специализированной шкалы Мориски–Грин, состоящей из 4 пунктов, касающихся отношения пациента к приему препаратов. В оригинальной шкале каждый пункт оценивается по принципу «Да–Нет», при этом ответ «Да» оценивается в 0 баллов, а ответ «Нет» – в 1 балл. Для оценки приверженности к терапии применялся индекс коморбидности Charlson. Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) и прогнозирует 10-летнюю выживаемость пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями. При расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям и добавляется балл на каждые 10 лет жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста (например, 50 лет – 1 балл, 60 лет – 2 балла).

Полученные результаты. Все пациенты были разделены на три возрастные группы: до 60 лет, 61–80 лет, старше 81 года. Средний возраст мужчин составил 68,8±12,7, средний возраст женщин – 75,4±8,6 (разница достоверна, t-критерий равен 3, p<0,05). В анамнезе у всех пациентов (142 человека) длительный стаж гипертонической болезни, у 56 человек – ХБП, у 29 пациентов – ТЭЛА, у 21 – ИБС, у 25 пациентов – СД

и у 12 – ОНМК. COMPLAINT на догоспитальном этапе выявлена у 53,1% (17) пациентов с постоянной ФП, у 60,2% (50) с пароксизмальной ФП и у 51,8% (14) пациентов с персистирующей ФП (t=0,69; p>0,05).

Приверженность к терапии антикоагулянтами на догоспитальном этапе выявлена у 57% (81) пациентов: в группе женщин у 69,2% (56), в группе мужчин – у 51,0% (25) (t=1,05; p>0,05). Средний балл у мужчин 1,2±0,5, у женщин – 1,6±2,1, t-критерий равен 1,0, p=0,3. (При сравнении относительных показателей t-критерий равен 1,0 p>0,05). COMPLAINT у пациентов в возрасте до 60 лет выявлена у 50,0% (8), в возрастной группе от 61 до 80 лет – у 57,5% (50), у лиц старше 80 лет – у 59,0% (39). Разница между группами недостоверна (t=0,54; p>0,05). У пациентов с минимальной коморбидностью COMPLAINT составила 75%, у больных со средней коморбидностью – 62,1% и у пациентов с высокой коморбидностью – 55,0% (t=0,67; p>0,05).

Выводы. Прямой зависимости между COMPLAINT пациентов с различным течением ФП к приему антикоагулянтов на догоспитальном этапе с коморбидностью, полом и возрастом не выявлено. У всех пациентов с ФП встречается коморбидная патология, которая может способствовать снижению COMPLAINT. Наиболее привержены к терапии антикоагулянтами пациенты с постоянной ФП.

ОПЫТ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Орлов М.М., Орлов М.А., Фомичев В.В.

Астраханский государственный
медицинский университет,
Астрахань

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Сейчас практически каждый восьмой россиянин (12,59%) имеет проблемы с повышенным давлением. Из общего числа выявленных пациентов лечится только 48% женщин и 21% мужчин, но целевого значения артериальное давление достигает лишь у 17,5% женщин и 5,7% мужчин. Несмотря на имеющийся на сегодняшний день широкий арсенал методов диагностики и лечения АГ, в большинстве стран мира не удается достичь адекватного контроля данного заболевания. АГ по-прежнему остается важнейшим предотвратимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, воздействие на который позволяет снизить летальность от них, что крайне важно для нашей страны, где в структуре общей смертности первое место прочно удерживают болезни системы кровообращения.

Все вышеперечисленное лишний раз подчеркивает актуальность медицинской реабилитации больных АГ. Следовательно, возвращение данных больных к прежним условиям жизни и работы становится главной задачей, которая возложена на систему медицинской реабилитации.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексных программ медицинской реабилитации больных с артериальной гипертензией в условиях медицинского центра.

Материал и методы. Курс реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях (медицинский центр «Невролог А», являющийся клинической базой кафедры медицинской реабилитации) получили 32 больных мужского пола с АГ 1-2 степени в возрасте 40-50 лет. Длительность заболевания составила 1-5 лет. У 22 больных основное заболевание сочеталось с патологией позвоночника, из них у 8 имелась избыточная масса тела. Значение показателя шкалы реабилитационной маршрутизации у всех пациентов было 1-2 балла (отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания; легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности).

Всем больным проводилось стандартное обследование (осмотр специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды, лабораторные и инструментальные исследования).

В зависимости от результатов обследования составлялась индивидуальная программа медицинской реабилитации пациентов с АГ, включающая следующее (сбалансированное питание, лечебная физкультура, физиотерапия (в том числе светолечение с использованием системы Bioptron), массаж, фармакотерапия). Общая продолжительность реабилитации составила 14 дней. Самостоятельное продолжение занятий лечебной физкультурой и мероприятий по коррекции образа жизни тела проводились в домашних условиях в соответствии с заключительными рекомендациями.

Результаты и обсуждение. Проводимые мероприятия показали значительную эффективность, чему способствовало включение метода фототерапии с использованием системы Bioptron за счет ее позитивного влияния на сердечно-сосудистую систему и организм в целом (седативный и гипотензивный эффект, снижение активности симпатoadренальной системы, восстановление вегетативной регуляции сосудистого тонуса, торможение развития гипертрофии левого желудочка сердца, уменьшение тахикардии и кардиалгии).

Клиническая динамика у больных с АГ 1 степени получивших полную программу реабилитации характеризовалась снижением АД до $136,4 \pm 2,6$ мм.рт.ст., быстрой адаптацией к лечебным мероприятиям и улучшением общего самочувствия. Установлены благоприятные сдвиги в вегетативной регуляции сердечного ритма.

Аналогичные позитивные изменения были отмечены у пациентов со 2 степенью АГ. Так, стабили-

зация показателей АД регистрировалась к 11-12 дням начала реабилитационных мероприятий (на уровне 140/80-150/90 мм рт.ст.). Уменьшилась головная боль, исчезло чувство давления в глазных яблоках, улучшился сон, восстановилось вегетативное равновесие.

Выводы. Рациональное применение лекарственных и немедикаментозных методов в рамках комплексной программы позволяет существенно улучшить заключительные результаты реабилитации больных с АГ. Сохранение данной позитивной динамики состояния больных с АГ спустя 9-12 месяцев убедительно свидетельствует об эффективности комплексного подхода.

НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ДЦП: ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Османов Э.А., Власенко С.В., Лёвин Г.В.

Научно-исследовательский институт
детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации,
Евпатория

Цель. Изучение особенностей состояния костной ткани у детей со спастическими формами ДЦП различной степени тяжести.

Материалы и методы. Обследовано 35 детей со спастическими формами ДЦП (гемипарез – 17, диплегия – 18) в возрасте $11,4 \pm 0,46$ лет, находящихся на санаторно-курортном лечении. Уровень двигательных нарушений оценивался по шкале GMFCS (I-V уровни). Состояние костной ткани исследовалось методом ультразвуковой денситометрии пяточной кости с помощью аппарата SONOST-3000. Оценивались показатели SOS, BUA и BQI. Данные анализировались с использованием методов вариационной статистики (STATISTICA 6.0) с учетом числа параметров и их распределения.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у 85,7% детей с ДЦП имеются различные степени изменения структуры костной ткани. Остеопенический синдром выявлен у 51,4% детей, остеопороз – у 34,3%, нормальные показатели – у 14,3%. У детей с гемипарезом остеопенический синдром встречался в 2,1 раза чаще, а остеопороз в 4,6 раза реже, чем у детей с диплегией. У детей с диплегией, не способных к самостоятельному передвижению (III-V уровни GMFCS), показатели костной ткани были достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у детей с гемипарезом.

Выводы. У детей с ДЦП выявлены нарушения структуры костной ткани различной степени выраженности. Тяжесть нарушений состояния костной ткани усугубляется с нарастанием тяжести двигательных нарушений и более характерна для спастической диплегии. Полученные данные подчеркивают необходимость

целенаправленного внимания врача-реабилитолога к проблеме остеопороза у детей с ДЦП и раннего начала профилактических мероприятий таких как адекватная физическая нагрузка, сбалансированное питание, прием витамина D и, при необходимости, медикаментозная терапия.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ РАЗЛИЧНОГО ТИПА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Османов Э.А., Власенко С.В., Непейживо М.В.

Научно-исследовательский институт
детской курортологии, физиотерапии
и медицинской реабилитации,
Евпатория

Цель. Изучение особенностей состояния костной ткани у детей с различными формами ДЦП (спастическая гемиплегия и диплегия) в процессе лечения.

Материалы и методы. Обследовано 152 человека (86 детей с ДЦП I-III уровней по GMFCS и 42 здоровых сверстника 7-15 лет). Минеральная плотность костной ткани оценивалась ультразвуковым денситометром SONOST 3000 с определением BQI, BUA, SOS и Z-score. Для статистической обработки данных использовались критерии Вилкоксона, Манна-Уитни и t-критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Результаты и обсуждение. У детей с гемиплегией выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение BQI на 5,12% справа и незначительное ($p > 0,05$) снижение на 0,8% слева, SOS снизился на 0,33% ($p < 0,05$) справа и незначительно ($p > 0,05$) на 0,1% слева, что указывает на ухудшение состояния костной ткани, особенно на паретичной стороне. У детей с диплегией, напротив, отмечено значительное ($p < 0,05$) повышение BQI на 19,54% справа и 33,64% слева, BUA повысился на 22,99% ($p < 0,05$) справа и 27,8% ($p < 0,05$) слева, SOS повысился на 0,62% ($p < 0,05$) справа и 1,59% ($p < 0,05$) слева, свидетельствующее о положительной динамике. При этом, изменения Z-score также достигли статистической значимости ($p < 0,05$) в обеих группах – СГ левая – Z-score=16,77% ($p < 0,05$), правая – Z-score=-17,96% ($p < 0,05$). СД – Z-score=левая 29,22%, правая – Z-score=21,45%

Выводы. У детей с различными формами ДЦП выявлены разнонаправленные изменения минерализации костной ткани на фоне лечения. Снижение показателей у детей с гемиплегией, вероятно, связано с неравномерным распределением нагрузки на конечности. Позитивная динамика у детей с диплегией может быть обусловлена более равномерной нагрузкой. Полученные данные подчеркивают необходимость

дифференцированного подхода к диагностике и коррекции нарушений минерализации костной ткани у детей с ДЦП, в том числе, рассматривая применение ЛФК-методик, направленных на разное вовлечение в реабилитационный процесс паретичной и относительно-здоровой сторон.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ COVID-19 НА БАЗЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЕЙ TREC/KREC

Останкова Ю.В.¹, Горбунова А.Ю.¹,
Сайтгалина М.А.¹

НИИ эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,
Санкт-Петербург

Инфекция SARS-CoV-2, ответственная за коронавирусное заболевание 2019 года (COVID-19), демонстрирует широкий спектр клинических проявлений от бессимптомных до тяжелой легочной дисфункции и/или смерти. Изменчивость тяжести COVID-19 связана не только с особенностями вируса, но и в значительной степени объясняется генетическими особенностями хозяина, что предполагает полигенную генетическую архитектуру. Поскольку к настоящему времени все еще не известен полный генетический комплекс предрасположенности к тяжелому течению заболевания или развитию постковидного синдрома с различными проявлениями, возникла необходимость в маркерах, которые помогли бы в оценке текущего состояния больного и в прогнозе исхода заболевания. Поскольку значимую роль в контроле инфекционного процесса играет активация субпопуляций Т- и В-лимфоцитов, более легкое течение заболевания ассоциировано с адекватным функционированием CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов, а также В-клеточным звеном иммунного ответа. Одними из маркеров созревания функционально активных Т- и В-клеток может служить содержание в периферической крови небольших кольцевых молекул ДНК - Т-клеточных эксцизионных колец (TREC - T-cell receptor excision circles) и В-клеточных («каппа») эксцизионных колец (KREC - Kappa-deleting recombination excision circles) соответственно.

Цель работы. Оценка значимости иммунного статуса у больных COVID-19 на базе определения уровней TREC/KREC.

Материал исследования. Цельная кровь от лиц с COVID-19 различной тяжести течения заболевания, в том числе от впоследствии умерших лиц, а также кровь от условно здоровых лиц.

Результаты. Уровень молекул TREC у больных COVID-19 был достоверно снижен согласно U-критерию Манна-Уитни ($p < 0,0001$ при 95% ДИ).

Уровень молекул KREC у больных также был достоверно снижен ($p < 0,0001$ при 95% ДИ). Установлена достоверная прямая корреляционная зависимость уровней молекул TREC с количеством CD45+CD3+CD19- Т-клеток ($p < 0,0001$), и уровней молекул KREC с количеством CD45+CD3-CD19+ В-клеток в периферической крови ($p < 0,0001$). Уровень молекул TREC в группе пациентов 30-39 лет у больных с тяжелым течением инфекционного процесса достоверно ниже по сравнению с больными средней тяжести ($p = 0,0404$). Аналогично для возрастной группы 40-49 лет: уровень TREC у больных с тяжелым течением болезни достоверно ниже по сравнению с пациентами средней тяжести ($p = 0,0356$). Установлены статистически значимые различия уровней молекул KREC и TREC между контрольной группой и пациентами, как выжившими, так и умершими. Показано достоверное снижение медианных значений концентраций молекул KREC у пациентов с летальным исходом по сравнению с выжившими ($p = 0,0019$, 95% ДИ). Среди умерших пациентов в 63,7% случаев уровни молекул TREC или KREC были снижены относительно соответствующих возрастных норм. Из них в 20,9% случаев у пациентов были снижены оба анализата. Значительное снижение уровней TREC/KREC также может косвенно отражать потенциальный риск развития постковидного синдрома.

Выводы. Выявленная отрицательная корреляционная зависимость между тяжестью клинических проявлений инфекции COVID-19 и уровнем молекул TREC в крови пациентов в возрастном диапазоне 30-49 лет, а также построенная на базе оценки уровня KREC прогностическая модель, с высокой специфичностью отражающая риск наступления летального исхода у больных COVID-19, свидетельствуют о возможности применения оценки уровней TREC/KREC как диагностического и прогностического лабораторного показателя состояния пациента.

ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: ЧАСТОТА, ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Панарина И.В.¹, Кравченко А.Я.²

¹ВГКП №4,

²Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Актуальность. Проблема распространенности, клинической значимости и интерпретации гипервентиляционного синдрома (ГВС) у больных с

заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) исследована недостаточно. Изучение проблемы гипервентиляционного синдрома и его влияние на течение заболевания у кардиологических больных в настоящее время очень актуально. Это связано с тем, что зачастую практические врачи не обладают достаточным уровнем знаний о ГВС, его клинических проявлениях, методах диагностики и лечения, что значительно затрудняет клинический поиск и приводит к назначению неадекватной терапии.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости ГВС и его влияние на клиническую картину основного заболевания у кардиологических больных.

Материал и методы. В исследовании участвовали 48 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которые были госпитализированы в кардиологическое отделение БУЗ ВО «ВГКБСМП №1», из них 24 мужчины и 24 женщины (средний возраст $67,7 \pm 8,7$ года). Для оценки наличия ГВС все пациенты заполняли Наймигенский опросник. Проводился анализ данных медицинских карт с регистрацией следующих показателей: пол, возраст, диагноз, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), насыщение крови кислородом (SpO_2), функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) (по NYHA), индекс массы тела (ИМТ), статус курения.

Статистический анализ полученных данных проведен с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 12.0.

Результаты. По результатам Наймигенского опросника все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – с вероятным ГВС ($n=26$) что составило 54,17%, 2-я группа – с низкой вероятностью ГВС ($n=22$). Чаще ГВС встречался у женщин (в 35,42% случаев), чем у мужчин (в 18,75% случаев). Застойная ХСН, для клинической картины которой характерна одышка, отмечена у 29 пациентов, из них ФК 2 – у 11, ФК 3 – у 16, ФК 4 – у 2 человек. При этом 26 пациентов с вероятным ГВС 76,92% имели ХСН ФК2-4. При корреляционном анализе не установлено статистической корреляционной связи суммы баллов по Наймигенскому опроснику с такими показателями, как ФВ ЛЖ, SpO_2 , ФК ХСН и статусом курения.

Вывод. Анализ полученных данных показал, что частота встречаемости ГВС у кардиологических больных 54,17%. Таким образом, данные исследования свидетельствуют о высоком уровне встречаемости ГВС синдрома среди кардиологических больных, особенно у женщин, а также у пациентов, страдающих ХСН. Отсутствие корреляционных связей суммарного балла по Наймигенской шкале с функциональным статусом пациентов свидетельствует о самостоятельной роли ГВС в генезе симптома одышки у пациентов с кардиальной патологией, что необходимо учитывать при проведении персонифицированной терапии у таких больных.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Горбунова Ю.Н.,
Кондратьева Л.В., Четина Е.В., Авдеева А.С.,
Лиля А.М., Насонов Е.Л.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Основными факторами, раскрывающими патогенез системной красной волчанки (СКВ) и способствующих развитию заболевания – два важнейших семейства медиаторов: интерферон I типа (ИФН-I) и аутоантитела, направленные на нуклеиновые кислоты и белки, связанные с ними. На фоне генетической предрасположенности триггерный стимул, возможно микробный, индуцирует выработку ИФН-I, аутоантител или, скорее всего, и того, и другого, приводя к воспалению. Когда клетки врожденной и адаптивной иммунной системы вовлекаются в аутоиммунный ответ и взаимодействуют друг с другом, развиваются многообразные клинические проявления СКВ.

Цель исследования. Оценить особенности ИФН статуса у пациентов с СКВ, выявить взаимосвязь с клиническими и иммунологическими проявлениями болезни.

Материал и методы. В одноцентровое наблюдательное исследование было включено 76 пациентов (86% женщин), с достоверным диагнозом СКВ (SLICC 2012 г.). Медиана возраста на момент включения составила 33 [25; 43] года, длительности заболевания – 2,3 [0,2; 11,0] года, активность заболевания соответствовала средней – SLEDAI-2K 7 [4; 11] баллов, индекс повреждения – низкому: SDI 0 [0; 2] баллов. Для оценки ИФН «автографа» были отобраны 3 интерферон-стимулированных гена (ИСГ) (MX1, RSAD2, EPST11). ИФН «автограф» рассчитан как среднее значение экспрессии трех выбранных генов. У пациентов ИФН «автограф» считался положительным при среднем значении генной экспрессии, превышающем среднее значение экспрессии генов у доноров. Контрольную группу составили 20 доноров, не имеющих ревматические заболевания и активные инфекции, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными.

Результаты. ИФН «автограф» присутствовал у 72% пациентов с СКВ, которые были разделены на две подгруппы: положительный ИФН «автограф» и отрицательный. Пациенты с наличием ИФН «автографа» были моложе на момент включения в исследование (31 [25; 41] и 40 [32; 49] лет), у них реже определялась ремиссия СКВ (2% и 19%), выявлялись более высокие концентрации анти-дсДНК (219,8 [120,3; 729,3] и 131,0 [46,6; 265,9] МЕ/мл), титра АНФ $\geq 1/1280$ (84% и 52%), был ниже уровень лейкоцитов (4,2 [3,2; 5,6] и 6,6 [4,2; 8,8]

тыс) и лимфоцитов крови (1,3 [0,8; 1,8] и 2,0 [1,2; 3,2] тыс). Из критерияльных и некритерияльных проявлений СКВ выявлена ассоциация ИФН «автографа» с поражением кожи (31% и 19%), гематологическими нарушениями (56% и 29%), в первую очередь, с лейкопенией (53% и 24%). У пациентов с СКВ и ИФН «автографом» реже встречалась дислипидемия (13% и 38%) и артериальная гипертензия (24% и 52%), $p < 0,05$ во всех случаях. Связи с лекарственной терапией, назначаемой для лечения СКВ, и экспрессией ИСГ не обнаружено.

Выводы. ИФН «автограф» – это маркер определенного типа пациентов с СКВ – молодого возраста с преобладанием кожных, гематологических и иммунологических нарушений. Связи со стандартной терапией и уровнем экспрессии определенных ИСГ не обнаружено.

СВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНО- МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Панова Е.И.

Нижегородская государственная
медицинская академия,
Нижний Новгород

Цель. Оценить суточный профиль артериального давления у мужчин-гипертоников среднего возраста в зависимости от наличия и отсутствия висцерального ожирения (ОЖ) и выявить значимые факторы, влияющие на течение патологии при ОЖ.

Материалы и методы. Исследование включило 83 мужчины в возрасте от 34 до 58 лет (средний возраст 48,8 $\pm$ 7,92 лет) с артериальной гипертензией (АГ) II ст. Первую группу составили 43 чел. с абдоминальным ожирением (ОЖ) II степени; в группу сравнения вошли 40 пациентов с нормальным индексом массы тела (ИМТ). Значимых различий в длительности АГ в обеих группах не наблюдалось, она варьировала от 7 до 15 лет ($p > 0,5$). Всем больным проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), лабораторные исследования включали общеклинические параметры, оценку гормонально-метаболических показателей (гликемия натощак, липидный спектр крови, оценивались печеночные ферменты, мочевины, креатинин, инсулин, рассчитывался НОМА-коэффициент). Все пациенты получали гипотензивные препараты, при этом терапия лиц с ОЖ была более интенсивной и включала препараты из 4-х основных классов (ИАПФ или БРА, АК, тиазидные диуретики, АМКР или ББ), в то время как лиц с нормальным индексом массы тела (ИМТ) принимали препараты из 3-х классов (ИАПФ или БРА, АК, тиазидные диуретики или ББ).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ «Statistica 6,0» и Microsoft Excel для Windows 10. Для сравнения групп: по количественным признакам использовался непараметрический критерий Манна-Уитни; по качественным признакам – критерий Фишера; корреляционный анализ осуществлялся с применением критерия Спирмена. За достоверность различий принимался $p < 0,05$.

Результаты. Сравнительный анализ суточного профиля артериального давления (АД) продемонстрировал ряд особенностей у пациентов с ОЖ, так, показатели спящего систолического АД днем ($p=0,04$), среднего пульсового АД ($p=0,00...$), максимального систолического АД днем ($p=0,02$), вариабельности диастолического АД ночью ($p=0,00...$) значимо отличались от таковых у пациентов с нормальной массой тела.

Выявлена значимая прямая корреляция показателей АД у лиц с ОЖ с метаболическими. Так, скорость утреннего подъема диастолического АД (ДАД) прямо коррелировала с уровнем общего холестерина, $r=0,04$, коэффициентом атерогенности (КА); максимальное ДАД в ночное время, а также его вариабельность коррелировали с АЛат, $r=0,03$, $0,04$, КА коррелировал со скоростью утреннего подъема систолического АД (САД), $r=0,04$.

Связь параметров АД с гормональными факторами проявлялась в виде прямой корреляции НОМА-коэффициента с максимальным САД в дневное время, $r=0,03$, с вариабельностью САД, $r=0,03$, инсулинемия коррелировала с максимальным ДАД в течение суток, $r=0,02$ и вариабельностью САД, $r=0,04$.

Выводы. Профиль АД по данным СМАД у пациентов с андронидным ОЖ отличается от такового у аналогичных пациентов с нормальной массой тела значимо более высокими показателями как в дневное, так и в ночное время, несмотря на большее количество принимаемых ими гипотензивных препаратов. Неблагоприятными факторами, сопутствующими АГ на фоне ОЖ и значимо коррелирующими с показателями АД по данным СМАД, являются метаболические: уровень гликемии натощак, ЛПНП, КА, АЛат. Выявленные особенности сопровождаются наличием ИР, выраженной гиперинсулинемии, факторами, значимо коррелирующими с рядом показателей суточного профиля АД.

АФАВР У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Папичев Е.В., Полякова Ю.В., Ахвердян Ю.Р.,
Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В.
НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,
Волгоград

Цель. Изучить ассоциацию АФАВР с клиническими и лабораторными характеристиками РА.

Материалы и методы. В исследование было включено 88 женщин с РА, верифицированном на основании классификационных критериев РА ACR/EULAR 2010 года. Уровень АФАВР в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Средний возраст пациенток составил 76 пациенток (86,4%) принимали глюкокортикоиды для контроля активности заболевания. Рассчитывалась гомеостатическая модель оценки инсулинорезистентности (НОМА-IR). Статистический анализ проводили общепринятыми методами с использованием программного пакета «Statistica 10.0».

Результаты. Средний возраст пациенток составил 54,1 (47,5-60,7) лет (здесь и далее Me (Q1-Q3)). Ожирение, рассчитанное по ИМТ выявлено у 35 пациенток (39,8%), избыток массы тела – у 22 пациенток (25%). Медиана сывороточного уровня АФАВР составила 60,8 (36,5-131,7) нг/мл, что значительно превышает нормальные значения, предложенные производителем ($19,58 \pm 16,32$ нг/мл). АФАВР положительно коррелировал с уровнем С-реактивного белка в сыворотке крови ($r=0,39$; $p=0,018$) и медианой накопленной дозы глюкокортикоидов, принимаемых за последние 12 месяцев ($r=0,25$; $p=0,033$). Однако статистически значимых корреляций между АФАВР и весом пациентов ($r=0,03$; $p=0,776$), ИМТ ($r=0,06$; $p=0,595$) или активностью заболевания РА по DAS28 ($r=0,03$; $p=0,748$) выявлено не было. Кроме того, НОМА-IR не ассоциировался с уровнем АФАВР в сыворотке крови ($r=0,10$; $p=0,334$).

Выводы. Уровень АФАВР в сыворотке крови пациентов с РА выше по сравнению с предполагаемыми нормальными значениями для здоровых лиц. Более высокий уровень АФАВР ассоциируется с повышением С-реактивного белка, что позволяет предположить ассоциацию изучаемого адипокина с системным воспалением. Пациенты с более высокой накопленной дозой глюкокортикоидов, принимаемых в течение последних 12 месяцев, имели более высокий уровень АФАВР в сыворотке крови. Предполагается, что прием глюкокортикоидов оказывает настолько сильное влияние на синтез и секрецию АФАВР, что этот белок перестает ассоциироваться с обменом веществ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОНЛАЙН АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Паринская Ю.Р., Обласова Д.А., Бредихина Е.В.,
Торсукова А.Р.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время, большая часть ревматологических болезней носит мультисистем-

ный и гетерогенный характер по своей симптоматике, течению заболевания и исходам. В следствие чего, у практикующего врача затрудняется процесс дифференциальной диагностики внутри группы ревматических болезней и другими неревматическими заболеваниями. Примером такой междисциплинарной патологии могут служить артриты у пациентов с целиакией. Так по данным литературных источников у пациентов с целиакией не соблюдающих диету в четыре раза выше вероятность появления ранних признаков артрита нижних конечностей, чем у населения в целом и у пациентов, которые придерживались безглютеновой диеты.

Цель работы. Оценить клинические характеристики поражения опорно-двигательного аппарата по результатам онлайн-анкетирования у пациентов с целиакией.

Дизайн исследования. 1 этап. Ретроспективный сбор анонимных онлайн-анкет для пациентов с целиакией. 2 этап. Создание электронной базы данных. 3 этап. Статистическая обработка данных. 4 этап. Описание полученных результатов исследования.

Материалы и методы. Было проведено проспективное продольное слепое клиническое исследование с согласия пациентов, с использованием анонимных онлайн анкет в стандартном приложении Google Forms. В исследование были включены 118 пациентов. Из них 9 лиц мужского пола и 109 лиц женского пола с верифицированным диагнозом целиакия. Средний возраст составил 36 +/- 3,4 лет.

Результаты. При анализе клинический проявлений было установлено что всего 25 пациентов с целиакией имеют диагностированные заболевания ревматологического профиля. Ревматоидный артрит – 8 человек. Недифференцированный артрит – 6 человек. Анкилозирующий спондилоартрит – 4 человека. Остеопороз – 3 человека. Псориатический артрит – 1 человек. Системная красная волчанка – 1 человек. Системная склеродермия – 1 человек. Спондилез – 1 человек.

Но большая часть исследуемых имеют суставной синдром, проявляющийся болью и/или скованностью. Боль в суставах – 93 человека (78% из опрошенных).

В 30% случаев пациенты жалуются на боль в коленных суставах и в 25% случаев в тазобедренных суставах. Так же частым местом локализации боли являются: межфаланговые суставы кистей – 13%, плечевые суставы – 7%, пястно-фаланговые суставы стоп – 7%.

Боль в позвоночнике – 82 человека (69% из опрошенных). Скованность в суставах – 60 человек (50% из опрошенных). Скованность в позвоночнике – 72 человека (61% из опрошенных).

Заключение. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что пациенты с целиакией, у которых имеется суставной синдром, часто могут иметь различные заболевания ревматологического профиля. Поэтому необходимо более тщательное обследование пациентов с целиакией на предмет ревматологических заболеваний.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ОБЗОР КЛЮЧЕВЫХ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Партави М.С.¹, Шаропов С.Д.², Радман С.Ф.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Госпиталь для ветеранов войн,
Санкт-Петербург

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остаются одними из ведущих причин смертности и заболеваемости в мире. Современные подходы к лечению и профилактике этих заболеваний во многом базируются на результатах рандомизированных клинических исследований (РКИ), которые являются золотым стандартом доказательной медицины.

Цель исследования. Цель данной статьи – анализ ключевых РКИ, определивших стратегии ведения пациентов с ИБС и ХСН, с акцентом на их клиническое значение и влияние на современные рекомендации.

Материалы и методы. Для анализа были отобраны РКИ, опубликованные в ведущих научных журналах за последние 15 лет. Основные критерии включения:

- Участие пациентов с подтвержденным диагнозом ИБС и/или ХСН.
- Высокий уровень доказательности (фаза III и IV).
- Оценка влияния фармакологических или хирургических вмешательств на клинические исходы.

Результаты и обсуждение. Влияние хирургической и интервенционной терапии.

Результаты STICH и ISCHAEMIA Trial показывают, что хирургическая реваскуляризация остается ключевым методом лечения пациентов с ИБС и ХСН, особенно при наличии ишемической дисфункции ЛЖ. Однако инвазивные подходы, как показано в ISCHAEMIA Trial, должны применяться с учетом индивидуальных анатомических и клинических особенностей пациента. Пациенты с высоким анатомическим риском (например, стеноз ствола ЛКА) получают наибольшую пользу от инвазивного лечения. Хирургическая реваскуляризация улучшает долгосрочную выживаемость пациентов с ИБС и сниженной ФВ. Дополнительное снижение частоты госпитализаций по поводу ХСН (1).

Роль кардиоресинхронизирующей терапии и кардиовертеров-дефибрилляторов. CARE-HF Trial и SCD-HeFT Trial подчеркивают важность использования устройств для лечения пациентов с ИБС и ХСН. CRT показана пациентам с выраженной диссинхронией и тяжелой симптоматикой ХСН, в то время как ICD эффективно предотвращает внезапную сердечную смерть

у пациентов с высоким риском. Эти технологии значительно улучшают качество жизни и выживаемость (2).

Медикаментозная терапия. CORONA Trial подтвердило значение статинотерапии у пациентов с ИБС и ХСН. Несмотря на ограниченное влияние на общую смертность, статины эффективно снижают частоту госпитализаций и уровень воспалительных маркеров (3). Мониторинг гемодинамики, как в CHAMPION Trial, демонстрирует значительное уменьшение частоты декомпенсаций ХСН благодаря оптимизации медикаментозной терапии. Инвазивный подход не улучшает выживаемость у большинства пациентов с ИБС, за исключением пациентов с высоким анатомическим риском (4). Мониторинг гемодинамики уменьшает частоту госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН (5). Кардиоресинхронизирующая терапия существенно снижает смертность и улучшает функциональный статус у пациентов с ХСН ишемической этиологии (6).

Выводы. Общие результаты анализируемых исследований подтверждают необходимость многокомпонентного подхода к лечению пациентов с ИБС и ХСН. Хирургическая реваскуляризация, устройства (CRT, ICD), медикаментозная терапия (статины, блокаторы РААС, бета-блокаторы) и инновационные технологии (гемодинамический мониторинг) взаимодополняют друг друга, обеспечивая улучшение выживаемости и качества жизни пациентов.

Рандомизированные клинические исследования внесли значительный вклад в улучшение лечения пациентов с ИБС и ХСН. Комплексный подход, основанный на результатах таких исследований, позволяет эффективно управлять состоянием пациентов, снижая смертность и частоту госпитализаций. В перспективе важно продолжать интеграцию новых технологий и проводить дальнейшие исследования для оптимизации терапии.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, СПУСТЯ 4-6 МЕСЯЦЕВ: СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МНОГОСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ДАННЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Первак М.Б., Герасименко В.В.
Донецкий государственный медицинский
университет имени М. Горького,
Донецк

Цель исследования. Характер остаточных изменений в легких имеет важное значение для определения тактики ведения пациентов, перенесших COVID-19.

Цель работы. Оценить по данным многосрезовой компьютерной томографии (МСКТ) динамику изме-

нений в легких у данного контингента больных через 4-6 месяцев после первичного исследования.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования у 89 пациентов с COVID-19, из которых 38 были мужчины и 51 – женщины. Средний возраст у мужчин составлял 58,5 лет (возрастной диапазон от 38 до 79 лет), средний возраст у женщин составлял 54,5 лет (возрастной диапазон от 32 до 77 лет). У всех обследованных был положительный ПЦР-тест, выполненный в день проведения МСКТ либо за 1-3 дня до выполнения сканирования. Всем больным была выполнена МСКТ органов грудной полости (ОГП) в остром периоде заболевания и через 4-6 месяцев. До проведения исследования каждым пациентом заполнялось информированное согласие на проведение ему МСКТ ОГП. Исследования выполнялись на мультиспиральном компьютерном томографе, с толщиной среза 1 мм, на высоте вдоха.

Результаты и обсуждение. В остром периоде у всех больных были выявлены характерные для COVID-19 изменения в легких: вариабельные по протяженности и плотности участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» и консолидации, утолщение междолькового интерстиция на фоне участков «матового стекла», смешанные участки уплотнения легочной ткани, ретикулярные изменения за счет изменений междольковых перегородок. Уплотненная легочная ткань в 68 (76,4%) случаях была представлена участками «матового стекла» разной плотности, в 21 (23,6%) случае, помимо «матового стекла», определялись участки консолидации. У всех обследованных пациентов определялась двусторонняя полисегментарная инфильтрация легочной ткани, одностороннее поражение легких не отмечалось, превалировало субплевральное кортикальное распространение вариабельных по протяженности и плотности участков инфильтрации, у 28 (31,5%) пациентов отмечалось нарастание размеров, протяженности инфильтрации и выраженности ретикулярного компонента в кранио-каудальном и передне-заднем направлениях. Полученные результаты были распределены на 4 группы по объему вовлечения паренхимы: у 54 (60,7%) больных была установлена степень КТ1 (до 25% поражения легочной ткани), у 18 (20,2%) – КТ2 (от 25 до 50% поражения легочной ткани), у 11 (12,4%) – КТ3 (от 50 до 75% поражения легких), у 6 (6,7%) – КТ4, соответствующая субтотальному объему вовлечения паренхимы – свыше 75%. При МСКТ-сканировании через 4-6 месяцев у 41 (46,1%) пациента (30 – с минимальным поражением легочной ткани КТ1 и 11 – со средним объемом поражения КТ2 и без участков консолидации при первичной МСКТ) определялось восстановление пневматизации легких с полным регрессом как инфильтративных, так и интерстициальных изменений. В 48 случаях (53,9%) определялись различные изменения легочной ткани – полиморфные субплевральные участки уплотнения паренхимы различной плотности, линейные и курвилинеарные паренхиматозные тяжи, ретикулярные изменения, бронхо – и бронхиоло-

эктазы. У 19 (21,3%) пациентов (14 – с КТ1 и 5 – с КТ2) определялись мелкие, субплевральные участки уплотнения низкой интенсивности на месте ранее визуализируемых зон инфильтрации. В 16 (17,9%) случаях (4 – с КТ2, 6 – с КТ3, 6 – с КТ4) визуализировались тонкие субплевральные курвиликулярные тяжи, расположенные параллельно плевре. В 17 (19,1%) случаях (4 пациентов с КТ2, 7 – с КТ3, 6 – с КТ4) определялись субплеврально расположенные полосовидные тяжи, при этом такие изменения имели место только у лиц с участками консолидации при первичной КТ. В 7 (7,8%) случаях (у 4 лиц с КТ3 и 3 – с КТ4) определялись вытянутой формы безвоздушные участки высокой плотности, с четкими, неровными контурами, располагающиеся кортикально в субплевральных отделах и перибронховаскулярно, представляющие собой локальные участки спавшейся ткани легкого. В 25 (28,1%) случаях (10 пациентов с КТ1, 4 – с КТ2, 7 – с КТ3 и 4 – с КТ4) определялись ретикулярные изменения в виде деформации междолькового интерстиция, в некоторых случаях с наличием сетчатого компонента в кортикальных отделах легких. У 7 (7,9%) пациентов со значительным поражением легочной ткани КТ3 через 4-6 месяцев были отмечены локальные расширения просветов воздухоносных путей разного калибра в виде продолговатых и четкообразных бронхо – и бронхиолоэктазов, не визуализирующиеся при первичной МСКТ.

Выводы. В динамике через 4-6 месяцев полное восстановление пневматизации легочной ткани при МСКТ отмечено только у части перенесших COVID-19 пациентов, у которых в остром периоде заболеваний степень поражения была КТ1 или КТ2, но без участков консолидации. У остальных обследованных выявлены различные патологические варианты. У пациентов со средним и значительным объемом вовлечения легочной паренхимы и с проявлениями инфильтрации в виде консолидации, обнаруженными при первичной МСКТ, спустя 4-6 месяцев отмечались более выраженные поствоспалительные изменения легких.

ВЛИЯНИЕ ВЭБ ИНФЕКЦИИ НА УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФфуЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Перфильева М.Ю., Соцкая Я.А.
Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Цель работы. Изучение влияния лизата бактерий (ЛБ) и фосфатидилхолина натрия глицирризината (ФХНГ) на уровень циркулирующих иммунных ком-

плексов у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП) на фоне ВЭБ инфекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось две группы больных с диагнозом ХДЗП на фоне ВЭБ инфекции – I группа (23 человека) и II группа (27 человек). Обе группы обследованных были рандомизированы по возрасту, полу, длительности ХДЗП, частоте обострений ВЭБ инфекции. Исключались из исследования лица с алкогольной зависимостью и гепатитами вирусной этиологии. Наряду с общепринятым лабораторным обследованием в обеих группах обследованных больных определяли молекулярный состав ЦИК методом преципитации в 2,0%, 3,5% и 6% растворах полиэтиленгликоля с молекулярной массой 6000 дальтон с выделением фракций различной седиментации – крупно- (>19S), средне- (11S-19S) и мелкомолекулярных (<11S) комплексов.

Результаты и их обсуждение. Общий уровень ЦИК в сыворотке крови был существенно повышен у всех обследованных больных I и II групп в 1,63 и 1,57 раза относительно показателя нормы. Рост уровня ЦИК происходил преимущественно за счет наиболее патогенных – средне- (11S-19S) и мелкомолекулярных (<11S) фракций иммунных комплексов, и был повышен в 1,24 и 1,1 раз в I группе, в 1,22 и 1,1 раза во II группе относительно показателя нормы. Суммарно абсолютная концентрация суммы средне- и мелкомолекулярных комплексов была повышена в 3,81 раза относительно нормы в двух группах. Относительная часть крупномолекулярных иммунных комплексов (>19S) в структуре общего пула ЦИК имела тенденцию к снижению – в 1,32 раза в I группе и в 1,27 раза во II группе по сравнению с нормой, а абсолютное количество фракции (>19S) повышалось в 1,2 раза в обеих группах. В результате проведенных исследований было установлено положительное влияние предложенной терапии на гуморальные показатели иммунитета, что проявлялось снижением концентрации ЦИК, за счет уменьшения содержания наиболее патогенных среднемолекулярных (11S-19S) и мелкомолекулярных фракций (<11S). В I группе концентрация средне- и мелкомолекулярных фракций ЦИК снизилась в 1,3 раза и в 1,04 раза по сравнению с данными показателями до лечения, однако была в 1,02 раза выше показателя нормы. Во II группе концентрация средне- и мелкомолекулярных фракций снизилась в 1,25 раза, но данные показатели были в 1,2 и в 1,1 раза выше показателя нормы. Абсолютный показатель средне- и мелкомолекулярных фракций у пациентов I группы снизился в 2,1 и в 1,5 раза в сравнении с показателями до лечения, но оставался выше показателей нормы в 1,3 раза для мелкомолекулярных фракций, тогда как уровень среднемолекулярных практически приближался к показателю нормы. Абсолютный показатель средне- и мелкомолекулярных фракций у пациентов II группы снизился по сравнению с аналогичными показателями до лечения в 1,26 и в 1,29 раза, но был выше показателей нормы в 1,5 и в 1,4 раза. У больных II группы также сохранялся умеренно повышенным

уровень ЦИК – в 1,28 раза выше нормы, и сдвиги их молекулярного состава, преимущественно за счет увеличения содержания мелко- и среднемолекулярных комплексов. Относительная часть крупномолекулярных иммунных комплексов (>19S) в структуре общего пула ЦИК имела тенденцию к повышению 1,22 раза в I группе и в 1,08 раза во II группе, а абсолютное количество фракции (>19S) снижалось в I группе в 1,3 раза по сравнению с показателем до лечения, а во II группе в 1,22 раза, но были выше показателя нормы в 1,1 и в 1,2 раза. Полученные данные свидетельствуют, что включение ЛБ и ФХНГ в курс лечения больных ХДЗП на фоне ВЭБ инфекции способствует ликвидации вторичного иммунодефицитного состояния и нормализации иммунологических показателей, существенно уменьшается частота развития синдрома постинфекционной астении и улучшается иммунологическое состояние в период ранней реконвалесценции.

Выводы. Включение лизата бактерий и фосфатидилхолина натрия глицирризината в комплекс лечения больных с хроническими диффузными заболеваниями печени на фоне ВЭБ инфекции способствует нормализации содержания и фракционного состава циркулирующих иммунных комплексов.

ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ОЖИРЕНИЕМ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Перфильева М.Ю.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Цель работы. Изучение влияния комбинации действующих веществ азоксимера бромида и адеметионина на показатели перекисного окисления липидов у больных неалкогольным стеатогепатитом, сочетанным с ожирением и герпетической инфекцией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 43 больных в возрасте от 19 до 56 лет, из них 21 женщина и 22 мужчины с диагнозом неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) в сочетании с ожирением (Ож) на фоне герпетической инфекции (ГИ). Пациенты были разделены на две группы, рандомизированные по полу, возрасту, тяжести и частоте обострения (ГИ). Больные основной группы (19 пациентов) получали помимо общепринятого лечения дополнительно комбинацию действующих веществ иммуноактивных препаратов: азоксимера бромид и адеметионин в среднетерапевти-

ческих дозах. Больные группы сравнения (24 пациента) получали только общепринятое лечение. До начала лечения все больные в обеих группах были в фазе очередного обострения герпетической инфекции (ГИ) с проявлением патологического процесса в печени. Все больные, которые находились под наблюдением, подлежали биохимическому обследованию в динамике до назначения и после лечения с целью изучения активности перекисного окисления липидов (ПОЛ). Содержание малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК) и перекисный гемолиз эритроцитов (ПГЭ) в сыворотке крови исследовали методом спектрофотометрии. Кроме общепринятых клинических и лабораторных исследований, у всех больных дополнительно изучали биохимические показатели, которые характеризовали активность ПОЛ, а именно содержание в крови промежуточных продуктов перекисидации липидов – ДК и конечного продукта ПОЛ – МДА спектрофотометрически. Изучали также перекисную резистентность эритроцитов по показателю их перекисного гемолиза.

Полученные результаты и их обсуждение. Установлено, что у больных НАСГ в сочетании с Ож на фоне ГИ, как основной, так и группы сравнения во время пребывания в стационаре имело существенное нарастание уровня ПОЛ. Так, об усилении процессов перекисидации липидов судили по существенному повышению уровня основных метаболитов ПОЛ – МДА и ДК в сыворотке крови. В обеих группах повышение указанных показателей было практически одинаковым, поэтому исходные значения МДА, ДК и ПГЭ у больных основной и группы сравнения не отличались. До начала лечения у большинства обследованных больных обеих групп были выявлены существенные нарушения со стороны изученных биохимических показателей, что свидетельствовало о повышении активности процессов ПОЛ биологических мембран клеток. Учитывая значительное повышение показателей ПОЛ в обеих группах, был необходим поиск комбинации препаратов с целью значительной коррекции нарушенных показателей, а именно АБ и АМ. В динамике лечения у больных основной группы (которая дополнительно получала указанные препараты) отмечалась положительная динамика изученных биохимических показателей, что и способствовало улучшению клинической картины. Так, существенно уменьшился уровень МДА и ДК у подавляющего количества больных основной группы, причем к моменту выписки у большинства обследованных они достигли нормы. У больных группы сравнения отмечалась лишь тенденция к улучшению показателей метаболитов ПОЛ. Также более существенной положительной динамикой влияния АБ и АМ подтверждался в динамике показатель ПГЭ в основной группе. Можно считать, что у больных основной группы, которые дополнительно к общепринятому лечению получали комбинацию препаратов АБ и АМ отмечается более выраженное изменение уровня перекисидации, то есть нормализация ПОЛ – МДА и ДК и стабилизация кле-

точных биомембран. Улучшение исследованных биохимических показателей у пациентов основной группы происходило в среднем на 6-7 суток раньше, чем у пациентов группы сравнения.

Выводы. Включение комбинации азоксимера бромида и адеметионина в комплексное лечение больных неалкогольным стеатогепатитом сочетанным с ожирением на фоне герпетической инфекции, обеспечивает восстановление метаболического гомеостаза, а именно способствует нормализации содержания в крови продуктов ПОЛ – МДА и ДК, и уменьшению ПГЭ, что свидетельствует о снижении активности пероксидации липидов биомембран. Назначение комбинации азоксимера бромида и адеметионина в комплексе лечения больных неалкогольным стеатогепатитом, сочетанным с ожирением на фоне герпетической инфекции, является патогенетически обоснованным и клинически эффективным.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Перфильева М.Ю.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Цель. Изучение влияния рибонуклеиновых кислот на состояние макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) у больных хроническим гепатитом (ХГ) на фоне персистирующей вирусной инфекции (ПВИ) и установление оптимальной терапевтической дозы препарата, обеспечивающие достижение максимального иммуномодулирующего эффекта.

Материалы и методы исследования. Обследовано 49 больных с установленным диагнозом патологии гепатобилиарной системы (ГБС) в виде токсического гепатита (ТГ), стеатогепатита (СП) в возрасте от 20-52 лет, среди них было 23 мужчины (46,9%) и 26 женщин (53,1%). На момент осуществления иммунологического обследования методом ИФА у 16 (32,7%) выявлены антитела класса IgM к ВПГ1, 12 (24,5%) – к ВПГ2, 15 (30,6%) – ВЭБ, 6 (12,2%) – к цитомегаловирусу (ЦМВ). У всех пациентов диагноз был подтвержден с помощью ПЦР. Это свидетельствует о наличии у наблюдавшихся пациентов вирусной персистенции. Для реализации цели исследования наблюдавшиеся были разделены на 2 группы – 1 и 2, рандомизированные по полу, возрасту, частоте выявления противовирусных антител класса

IgM. Пациенты первой группы (25 человек) в качестве иммуноактивного препарата получали рибонуклеиновую кислоту (РНК) и симптоматическую терапию; 2-я группа (24 человека) получала только симптоматическую терапию без применения иммуноактивных препаратов. Для изучения функционального состояния МФС использовали чашечный метод определения фагоцитарной активности моноцитов периферической крови. При постановке ФАМ изучали следующие показатели: фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс аттракции (ИА) и индекс переваривания (ИП). Исследование ФАМ осуществляли до начала лечения и повторно – после его завершения (на 14-16-ый день с момента начала введения РНК).

Результаты и их обсуждение. До начала лечения в обеих группах больных с наличием ХГ на фоне ПВИ были однотипные сдвиги фагоцитарных показателей, которые характеризовались снижением ФИ: в 1-ой группе – в 1,82 раза, во 2-й – в 1,75 раза по отношению к норме; ФИ – в 1,9 раза и 1,78 раза; ИА – в 1,32 раза и в 1,29 раз и ИП – в среднем в 1,35 раза в обеих группах. До начала лечения у всех больных с ПВИ были практически одинаково выраженные сдвиги показателей ФАМ, что свидетельствовало об угнетении функциональной активности МФС. После завершения основного курса лечения было установлено, что в 1-ой группе больных с ПВИ отмечалась четко выраженная положительная динамика фагоцитарных показателей. ФИ под влиянием проводимого лечения увеличился в 1-ой группе – в 1,53 раза; ФИ – в 1,77 раза, ИА – в 1,3 раза, ИП – в 1,6 раза. Во 2-й группе больных динамика к повышению фагоцитарных показателей была гораздо менее значима. ФИ повысился только в 1,2 раз по отношению к исходному уровню, ИА в 1,06 раза, ИП в 1,37 раза. На момент завершения лечения все данные показатели оставались достоверно ниже соответствующих значений нормы. Иммуноактивный препарат РНК оказывает четко выраженное иммунокорригирующее действие у больных с ПВИ, которое проявляется нормализацией фагоцитарной активности моноцитов периферической крови, что свидетельствует о восстановлении исходно сниженной функциональной активности МФС. Оптимальной дозой РНК для взрослых является 1,5 г препарата в сутки (по 2 капсулы 3 раза в день после еды) в течении 2х недель подряд. При дозировке 0,25 г РНК 4 раза в день (суточная доза 1,0 г) иммунокорригирующий эффект препарата менее значителен, в частности у больных ПВИ сохраняется достоверное снижение индекса переваривания (ИП) ФАМ, что может быть расценено как свидетельство незавершенности фагоцитоза, а, следовательно, неполного восстановления функциональной активности МФС.

Выводы. Выявлен четко выраженный иммунокорригирующий эффект РНК в отношении МФС. Исходя из данных клинического и лабораторного (иммунологического) обследования можно считать патогенетически обоснованным и клинически целесообразным при проведении иммунокоррекции и

иммунореабилитации взрослых больных с хроническими патологическими процессами в печени на фоне ПВИ назначать им в качестве иммуноактивного препарата РНК по 2 капсулы 3 раза в день (1,5 г в сутки) в течение 14 дней.

АНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Перцева М.В., Перцев А.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Определить влияние анемии на развитие тревожно-депрессивных расстройств у больных с ХСН различных возрастных групп, наблюдаемых в стационарных условиях.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 72 пациента с ХСН, в том числе 37 мужчин (52%) и 35 женщин (48%), в возрасте от 33 до 68 лет, средний возраст составил $62,3 \pm 5,8$ лет. Диагноз ХСН был установлен по клиническим данным и верифицирован. Всем больным проводилось лабораторное исследование в соответствии с алгоритмом лабораторной диагностики анемии (определение уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитарных индексов – среднее содержание гемоглобина, содержания железа, витамина В12, фолиевой кислоты, трансферрина). Причиной ХСН у большинства больных была ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Было сформировано 2 группы: в группу 1 были выделены 35 (54,8%) пациентов (15 мужчины и 20 женщин) с хронической сердечной недостаточностью без анемии. В группу 2 были отобраны 29 (46,2%) больных (13 мужчин и 15 женщин) с хронической сердечной недостаточностью и анемией. Группы сопоставимы по полу, возрасту. Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью программы для ЭВМ Statgraphics plus 5.1.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных при анкетировании данных выявил, что умеренный или высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) имеется у большинства больных 47-(74%), а ситуативной тревожности (СТ) – у 72 – 100% обследованных. Легкая депрессия была определена у 28 больных (45,1%), умеренная – у 14 пациентов (22,8%), а тяжелое депрессивное состояние – у 4 человек (7%). При проведении сравнительного анализа средних значений баллов, полученных при анкетировании больных, были выявлены достоверные различия в уровне ЛТ и депрес-

сии у пациентов с ХСН и анемией и больных с ХСН без анемии. Высокий уровень ЛТ был определен у 19 больных ХСН с анемией и у 7 пациентов с ХСН без анемии. Высокий уровень СТ встречался в 2,1 раза чаще у больных группы 2, чем у больных группы 1.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты показали, что анемия довольно часто выявляется у больных ХСН. Анемия чаще встречается у пациентов более пожилого возраста. Распространенность тревоги и депрессии среди больных хронической сердечной недостаточностью крайне высокой, а наличие коморбидного заболевания, такого как анемия, только повышает уровень тревоги и ситуативной, и личностной.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Петрова Н.А., Овсянников Е.С.,
Фейгельман С.Н.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Оценить степень выраженности тревоги и депрессии у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе БУЗ ВО ВОКБ №1. Обследовали 55 больных ХОБЛ в стадии обострения (клиническая группа В – группа 1 (n=21) и клиническая группа Е – группа 2 (n=34)). Средний возраст пациентов составил $64,3 \pm 7,5$ лет. Диагноз основного заболевания верифицировали согласно глобальной стратегии диагностики и лечения ХОБЛ (GOLD 2024). По полу, возрасту и наличию сопутствующих заболеваний группы были сопоставимы. Для выявления наличия и выраженности тревоги и депрессии использовали опросник HADS. Статистическая обработка данных выполнена в Statgraphics 19, значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Обследование больных по шкале HADS показало, что клинический уровень тревожности присутствовал у 16 пациентов (в группе 1 у 8 больных – 6 [4; 8], в группе 2 у 8 больных – 10 [7; 12] ($p=0,01$)). Субклинический уровень тревожности – только у 16 пациентов 2 группы – 2 [2; 4]. Субклинически выраженная депрессия выявлена у 7 больных – 3 [2; 4], а клинически выраженная – у 2 больных – 4 [2; 6] только в группе 2.

Выводы. Полученные в ходе исследования данные позволяют констатировать наличие отчетливой взаимосвязи между степенью выраженности тревоги и депрессии и тяжестью течения ХОБЛ. У больных клинической группы Е выраженность тревоги и депрессии оказалась значительно выше, чем у больных группы В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ТРАНЗИТОРНЫМ НАРУШЕНИЕМ ПАМЯТИ

Петрова В.Б.¹, Петрова А.Б.², Петрова А.И.¹,
Шумков В.А.¹

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

²НМИЦ имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Транзиторная глобальная амнезия (ТГА) – редкий синдром, характеризующийся острым началом антероградной амнезии (неспособностью формировать новые воспоминания), длительностью не менее 1 часа и не более 24 ч., самостоятельным купированием, отсутствие предшествующей травмы головы или изменения сознания во время эпизода, а также отсутствием очаговых неврологических симптомов или признаков во время или после приступа. Хотя некоторые исследования показали, что мигрень и факторы риска цереброваскулярных заболеваний связаны с ТГА, патогенез этого заболевания остается до сих пор неясным. Далее будет представлен клинический случай транзиторной глобальной амнезии на фоне резкого и стойкого повышения артериального давления.

Описание клинического случая. Женщина 66 лет обратилась с жалобами на головную боль, на потерю памяти о событиях, которые произошли в течение дня. Состояние возникло внезапно после утреннего «субботника» на работе (после 10 утра), возвратившись домой, со слов супруга, была растеряна и обеспокоена, не могла вспомнить что делала и где ранее была, но при этом не отмечалось потери сознания, хорошо ориентировалась в собственной личности, в событиях прошлых лет. В 14ч вызвана бригада скорой помощи, выявлено повышение артериального давления – 180/110 мм рт. ст. В 15 ч. пациентка поступила в приемное отделение городской больницы. Во время осмотра не выявлено травм головы, нарушение речи, слабости конечностей, асимметрии лица, паралича, нарушений зрения, боли в груди, перебоев в работе сердца, одышки, тошноты, рвоты. Кроме жалоб на нарушения памяти (запоминание новой информации, а также затруднения с воспоминанием прошлых событий и фактов сегодняшнего дня). по остальным системам органов жалобы отсутствовали. На фоне гипотензивной терапии артериальной постепенно нормализовалось на уровне 130/80 мм рт.ст в течение 3 ч от начала терапевтического воздействия.

По данным анамнеза жизни у пациентки не было черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, деменции, эпилепсии, психических заболеваний, мигреней или предыдущих подобных эпизодов. Длительно (более 10 лет) страдает артериальной гипертензией. Постоянно принимала лизиноприл, бисопро-

лол. Обычные цифры для себя давления считает 130-140 мм рт.ст, максимальные 150/100 мм рт.ст. Большая отрицала употребление табака, алкоголя или наркотиков. По данным осмотра невролога – патологических отклонений в неврологическом статусе не выявлено. По данным ЭКГ-Синусовый ритм с ЧСС 64 уд. в мин., АВ блокада 1 ст., признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ). По данным эхокардиографии: полости сердца не расширены, концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, зон нарушения локальной сократимости не выявлено, глобальная сократительная способность ЛЖ сохранена, диастолическая дисфункция ЛЖ. Было выполнена компьютерная томография (КТ) головного мозга (ГМ) и КТ ангиография сосудов ГМ- в пределах возрастной нормы.

По данным УЗДГ брахиоцефальных артерий: стеноз правой внутренней сонной артерии (ПВСА) 40%, стеноз левой внутренней сонной (ЛВСА) 45%, стеноз левой наружной сонной артерии 45-50% По данным УЗДГ вен нижних конечностей – без особенностей.

На фоне гипотензивной и антикоагулянтной терапии (спустя 11 ч после начала заболевания) симптомы, связанные с нарушением памяти исчезли, давление нормализовалось на уровне 120-130/80 мм рт.ст, головные боли не беспокоили.

В последующие дни госпитализации выполнено МРТ ГМ и сосудов ГМ: острых очаговых и патологических изменений не обнаружено, наружная заместительная гидроцефалия, умеренно выраженный церебральный атеросклероз. По данным ЭЭГ очаговой патологической и эпилептиформной активности не выявлено.

Заключение. ТГА является диагнозом исключения, подтверждающих диагностических тестов не существует, требуется подробное обследование пациента и дифференциальной диагностики данного состояния с ишемическим инсультом, объемными образованиями головного мозга, эпилепсией. Прогноз после идиопатической ТГА хороший, с низким риском рецидива или других последующих неврологических событий, ограничений вождения не требуется.

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «GERIATR» ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Петрова В.Б.¹, Петрова А.И.¹, Козлова Е.Д.²,
Лаптева Е.С.¹

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

²СПбАУ РАН имени Ж.И. Алферова,
Санкт-Петербург

Современная медицина сталкивается с растущими вызовами, связанными с увеличением продолжи-

тельности жизни и, как следствие, ростом числа пациентов пожилого и старческого возраста. Эти пациенты требуют особого подхода в диагностике и лечении, что связано с наличием множественных хронических заболеваний, возрастных изменений и специфических гериатрических синдромов. В таких условиях важным становится внедрение инновационных технологий, способных оптимизировать работу врачей и повысить качество медицинской помощи.

Мобильное приложение «Geriatr» представляет собой автоматизированный программный комплекс, разработанный для оценки гериатрических показателей и оптимизации процессов диагностики и лечения пациентов пожилого и старческого возраста. Основная цель приложения – предоставление мгновенных персонализированных медицинских заключений и рекомендаций, что позволяет сократить время на оформление документации и повысить эффективность работы врача.

Цель исследования. Разработать автоматизированный программный комплекс для оценки гериатрических показателей и оптимизации процессов диагностики, лечения пациентов пожилого и старческого возраста, предоставляя мгновенные персонализированные медицинские заключения и рекомендации непосредственно через мобильное приложение, тем самым уменьшая необходимость в физической документации и экономя время врача и усовершенствуя мероприятия по охране здоровья населения.

Материалы и методы. Созданный программный комплекс состоит из нескольких составляющих: мобильное приложение для проведения опросов и автоматизированных заключений, программное обеспечение для работы с полученными данными пациентов и база данных, для их хранения и изменения. Мобильное приложение доступно на всех платформах (рекомендовано Android), язык программирования python, согласно ISO/IEC WD TR 24772-4. Ключевые функции мобильного приложения «Geriatr»: 1) визуализация шкал и специализированных тестов, функциональных проб для пациентов (компоненты комплексной гериатрической оценки), включающее оценку физического и функционального состояния, когнитивных изменений, психоэмоционального и социально-экономического статуса; 2) интерпретация результатов тестов, шкал, функциональных проб; 3) интеграция калькуляторов и медицинских алгоритмов в работу врача; 4) предоставление справочной информации по лечению и уходу за пожилыми с учетом последних клинических рекомендаций; 5) формирование моментальных индивидуализированных заключений и рекомендаций по лечению, уходу и дополнительному обследованию пациентов пожилого и старческого возраста.

Результаты. Проведена апробация demo-версии программы «Geriatr» в виде тестового контроля для оценки простоты интерфейса и дизайна, возможности автономной работы без доступа к сети интернет. Заполнение данных в приложении производилось работником, а также проинструктированными врачами

в количестве 10 человек. При этом у врачей не возникло проблем с работой в приложении, что говорит о достаточной простоте и эргономичности интерфейса. Приложение с гериатрическими тестами удобно в использовании и не имеет нарушений в постановке результатов тестирований. Хранение и обработка информации совершалась в запланированном режиме. Если давать количественную оценку, как среднее значение верных результатов, то точность работы приложения составила 96,2%. На момент публикации программный продукт проходит процедуру государственной регистрации в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (Роспатент)

Выводы. Использование мобильного приложения «Geriatr» существенно сократит время проведения тестирований комплексной гериатрической оценки, сократит объем работы врача по составлению отчетов и рекомендаций, и увеличит эффективность работы врача с пациентами. Внедрение подобных технологий может стать важным шагом в совершенствовании системы здравоохранения, особенно в условиях растущей нагрузки на медицинских специалистов.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПОДБОРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Петрова В.Б., Петрова А.И., ЗапАПрина Д.Н.,
Пустовалова М.А.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Подбор медикаментозного лечения у пожилых пациентов сопровождается множеством сложностей, обусловленных как возрастными изменениями, так и сопутствующими заболеваниями. С течением времени физиологические процессы, влияющие на всасывание, распределение, метаболизм и выведение лекарств, значительно изменяются, что требует особого внимания к дозировкам и режимам приема препаратов. Кроме того, частое наличие полипрагматии увеличивает риск возникновения лекарственных взаимодействий, а повышенная чувствительность к нежелательным реакциям усугубляет ситуацию. В результате, эффективная терапия в гериатрии должна опираться на индивидуализированный подход, предусматривающий тщательную оценку состояния пациента, регулярный мониторинг и корректировку лечения с целью максимизации пользы и минимизации риска побочных эффектов.

Цель исследования. Изучить отношение врачей различных специальностей терапевтического профиля

к процессу депрескрайбинга у гериатрических пациентов. Оценить проблемы, с которыми сталкиваются врачи при подборе лекарственной терапии пациентам пожилого и старческого возраста

Материал и методы исследования. В анонимном анкетном опросе приняло участие 64 врача, работающих в медицинских учреждениях г. Санкт-Петербурга, из которых 44 женщины и 20 мужчин. Средний возраст респондентов – $39,9 \pm 2,5$ года. Опрос проводился в сети «Интернет» в 2024г. с помощью Google Формы.

Результаты. Абсолютное большинство (93%) сталкиваются с проблемой подбора ЛТ у пациентов старческого возраста. Менее половины (38,6%) опрошенных осведомлены о современных критериях депрескрайбинга у пациентов старческого возраста. Только 37% медицинских работников оценивают свой уровень знаний для подбора ЛТ пациентам старческого возраста как достаточный, 32% – как средний и 31% – как низкий.

Основные проблемы, с которыми сталкиваются врачи при лечении гериатрических пациентов, включают сложность в наличии полиморбидного состояния (67%), в наличии полипрагмазии (39%), сложности в оценке взаимодействия (39%) лекарственных препаратов и нежелательных реакций (48%), ограниченность доступности лекарств (43%) и недостаточное понимание депрескрайбинга (63%). Несмотря на то, что 31% врачам чаще хватает времени, в общей сумме 69% респондентов на приеме испытывают дефицит времени при подборе ЛТ. По данным опроса врачи чаще всего производят замену лекарственных средств (70,5%), отменяют лекарства без назначения новых только в 11,4% случаев и снижают дозу только в 18,8% случаев.

Большинство врачей (60%) тратят на анализ и коррекцию ЛТ гериатрического пациента от 25% до 50% времени консультации, 15% врачей затрачивают более 50% времени. Из результатов опроса следует, что специалисты при коррекции ЛТ у пожилых пациентов в основном опираются на клинические рекомендации (93%), инструкции лекарственных препаратов (84%) и оценку функции почек (78%). Реже обращаются к специализированным гериатрическим спискам и шкалам, таким как STOPP/START (19%), шкала антихолинергической нагрузки (3,%) и критерии Бирса (3,%). Эти данные подчеркивают важность повышения уровня знаний среди врачей в области гериатрии при оптимизации ЛТ у пожилых пациентов.

Выводы. По данным исследования врачи в большинстве случаев сталкиваются с проблемами при подборе ЛТ гериатрическим пациентам в связи с выраженной полиморбидностью и полипрагмазией у таких больных, а также плохо осведомлены о критериях депрескрайбинга пожилого пациента. Таким образом, для повышения качества лечения гериатрических пациентов необходимо усиление образовательных программ, направленных на освоение современных критериев депрескрайбинга и специализированных методов оптимизации лекарственной терапии, а также совер-

шенствование организационных процессов, позволяющих эффективно управлять временем консультаций.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Петрова В.Б., Петрова А.И., Осадчук М.О.,
Чернов Р.В.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Пандемия COVID-19 привела к увеличению числа людей с широким спектром стойких симптомов после острой инфекции SARS-CoV-2. П. Для описания длительных симптомов после заболевания COVID-19 использовалось несколько терминов, таких как «состояния после COVID-19», «длительный/лонг/long COVID», «постострые последствия инфекции SARS-CoV-2», «подострый COVID-19», «хронический COVID-19» и «постковидный синдром».

Постковидный синдром описывает набор симптомов, которые продолжаются или развиваются после первоначального периода выздоровления от COVID-19, иногда даже после легкого течения болезни. Это состояние может продолжаться в течение нескольких месяцев и даже лет после заражения, причем точные механизмы, лежащие в его основе, до конца не изучены. Постковидный синдром может серьезно влиять на качество жизни, ограничивая способность к работе, учебе и выполнению повседневных задач. Особенно беспокоящим является то, что молодые люди, часто воспринимаемые как менее подверженные риску от COVID-19, также могут испытывать эти долгосрочные последствия. Это может серьезно повлиять на их образовательный и профессиональный путь, социальные взаимодействия и общее качество жизни.

Цель исследования. Изучить симптомы постковидного синдрома у лиц молодой возрастной группы – студентов г. Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. В анонимном анкетном опросе приняло участие 94 студентов, обучающихся в следующих учебных заведениях: СЗГМУ им. Мечникова, СПбПУ Петра Великого, ГУАП, СПбГТИ, ИТМО. Средний возраст студентов составил $19,3 \pm 1,5$ года. Из 94 респондентов 69 (73,4%) – женщины, а 25 (26,6%) – мужчины. По данным опроса только 57 (60,7%) респондентов согласились с утверждением, что они хотя бы 1 раз в жизни перенесли новую коронавирусную инфекцию (из них 24,5% утверждают, что болели несколько раз и 36,2% – всего один раз). Изучение течения заболевания в дальнейшем проводилась у 57 (43 женщины и 14 мужчин) студентов, переболевших COVID 19, средний возраст составил $19,45 \pm 1,5$ года.

Анкета была разработана при использовании онлайн-сервиса Google Forms и состояла из нескольких тематически-группированных блоков вопросов.

В первом блоке респондентам предлагалось ответить на уточняющие социально-демографические вопросы. Второй блок вопросов был направлен на уточнение наличия/отсутствия факта перенесения COVID-19, а также на характер, длительность и тяжесть перенесенного заболевания и наличие вакцинации. Третий тематический раздел содержал в себе ряд уточняющих вопросов, целью которых было выявление наиболее распространенных симптомов после непосредственного перенесения болезни. Заключительный ряд вопросов преследовал цель выявить, какой процент респондентов обращался за помощью из-за длительных постковидных симптомов и прибегал к медикаментозному лечению.

Результаты. Анализируя год заболеваемости COVID-19, было выяснено, что больше всего человек перенесли заболевание в 2021 году (49,1%), в 2022 году – 35,1% респондентов и в 2020 году – 33,3% опрошенных, однако при этом 35,1% респондентов до сих пор имеют симптомы, влияющие на общее самочувствие. У большинства респондентов (73,7%) имелось подтверждение перенесенного COVID-19 в виде результата анализа крови или мазка из полости носа и зева.

Состояние тяжести перенесенного заболевания 61,4% оценивают, как «легкое», 36,8% как «средней тяжести» и 1,8% как «тяжелое», при этом госпитализирован с данным заболеванием был только 1,2% респондентов.

Основными симптомами во время острого периода заболевания респонденты называли: кашель и высокая температура (были отмечены более чем 70% респондентов), слабость и потеря обоняния и вкуса (были указаны примерно 60% участниками анкетирования), около 40% столкнулись с одышкой и дыхательными проблемами, насморк и боли в горле были замечены у 30% респондентов.

При анализе симптомов, которые сохранились у респондентов после перенесения заболевания, были выявлены следующие проблемы: 59,6% опрошенных стали испытывать трудности с засыпанием или сонливость в течение дня, 43,9% после выздоровления страдают от головных болей, 40,4% респондентов столкнулись с потерей вкуса или обоняния даже после окончания острой стадии заболевания, 35,1% наблюдали у себя усиленное выпадение волос, аналогичная доля участников опроса также наблюдали у себя постоянные изменения настроения или депрессивные состояния.

Также многие респонденты отмечали у себя наличие длительных постковидных симптомов, влияющих на когнитивные способности, а именно: жалобы на трудности с запоминанием новой информации наблюдаются у 42,1% опрошенных, а ухудшение способности к концентрации внимания у 54,4%. Длительность этих симптомов варьировалась от нескольких недель до нескольких месяцев, а в некоторых случаях и более длительные периоды, подчеркивая серьезность и продолжительность воздействия постковидного синдрома на здоровье. Постковидный синдром оказал значительное влияние на жизнь респондентов, причем многие

из них отмечали долгосрочные симптомы. Оценивая свое общее состояние после перенесенного COVID-19, большая часть участников опроса (61,4%) утверждают, что именно COVID-19 является причиной ухудшения их состояния. Обращаясь к блоку вопросов об обращении за медицинской помощью по причине наличия длительных постковидных симптомов, было получено следующее распределение: только 21,1% респондентов обсуждали симптомы постковидного синдрома с медицинскими работниками и 22,8% принимают или принимали лекарственные средства для облегчения этих симптомов. Примечательно также, что на вопрос о том, чувствовали ли опрошенные, что их симптомы не воспринимаются всерьез медицинскими специалистами или окружающими, 31,6% ответили положительно.

Выводы. Результаты данного исследования подтверждают, что COVID-19 может вызвать широкий спектр симптомов как во время болезни, так и после выздоровления, оставляя значительные постковидные последствия. Особенно обеспокоенность вызывает долгосрочное отсутствие обоняния и вкуса, выпадение волос и ухудшение когнитивных функций среди респондентов. Обращает на себя внимание, что даже спустя год и более после инфекции, часть участников все еще испытывает постковидные симптомы, несмотря на легкое течение заболевания, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований воздействия COVID-19 на здоровье человека и разработки эффективных методов реабилитации и поддержки пациентов с постковидным синдромом.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВСПЫШКИ ЭШЕРИХИОЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ

Петрова М.В.

Филиал Центра гигиены и эпидемиологии
в Московской области,
Коломна

Клинико-эпидемиологические особенности вспышки эшерихиоза среди детей.

Цель исследования. Проанализировать вспышку, вызванную энтерогеморрагической *E.coli*, среди детей детского дошкольного учреждения (ДОУ).

Материалы и методы. Анализ опросов заболевших и карты эпидемиологического расследования, медицинские карты пациентов, выписки из стационаров; данные эпидемиологического расследования ФБУЗ «ЦГиЭ» и Роспотребнадзора; результаты лабораторного исследования внешней среды, пищевых продуктов, контактных лиц.

Результаты и обсуждение. В августе 2023 года зафиксирована вспышка энтерогеморрагической *E.coli* в дошкольном учреждении на территории Московской

области, г.о. Луховицы. Количество пострадавших – 22 ребенка в возрасте от 1 до 7 лет из различных групп ДООУ. У 5 заболевших отмечалось тяжелое течение заболевания, осложнение: гемолитико-уремический синдром (ГУС), 2 ребенка более года получают программный высокопоточный гемодиализ. При проведении эпидемиологического расследования, основываясь на результаты лабораторного исследования, был установлен источник инфекции – печень говяжья (производство Аргентина), которая была в меню ДООУ в блюде «Печень по-строгановски» в течение инкубационного периода. Предпринятые меры: приостановлена работа детского дошкольного учреждения, проведено лечение заболевших и контактных, обследование пищеблока учреждения, изъятие печени данного производителя на территории Московской области, передача данных в прокуратуру.

Вывод. Несмотря на относительную редкость эшерихиозов по сравнению с другими кишечными инфекциями, сохраняется их клинико-эпидемиологическая значимость.

ВИТАМИН D И МАРКЕРЫ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Пилярова М.Х., Тополянская С.В.
Госпиталь ветеранов войн №3,
Москва

Цель исследования. Изучение концентрации витамина 25(OH)D в крови различных групп раненых и анализ его взаимосвязей с рядом клинических и лабораторных параметров.

Материалы и методы. Данная работа представляла собой одномоментное исследование, выполненное на клинической базе Госпиталя для Ветеранов Войн №3. В исследование было включено 196 пациентов с боевыми травмами, находившихся на стационарном лечении: 71 пациент – в группу с длительно неконсолидирующимися переломами, полученными в результате боевой травмы, 20 – с длительно незаживающими ранами, 105 пациентов – с относительно недавним ранением. Все участники исследования были мужчинами. Средний возраст включенных в исследование достигал 38,2±9,2 года (от 20 до 60 лет). Медиана времени с момента ранения в общей группе пациентов достигала 95 дней (Q1-Q3: 27-175 дней), в группе раненых с длительно неконсолидирующимися переломами – 174 дня (Q1-Q3: 120-296 дней), с длительно незаживающими ранами – 97 дней (Q1-Q3: 81-116,5 дней), с относительно недавними ранениями – 27 дней (Q1-Q3: 15-75 дней). Концентрацию 25-гидроксикальциферола (25(OH)D) определяли методом иммунохемилюминес-

центного анализа. Уровень 25(OH)D ≥ 30 нг/мл считали нормой, 20-29 нг/мл – недостаточностью, 10-19 нг/мл – дефицитом, менее 10 нг/мл – выраженным дефицитом данного витамина.

Результаты. В общей группе участников исследования среднее содержание 25(OH)D в крови составило 15,6±8,6 нг/мл (от 0,1 до 85,6 нг/мл). Лишь 5% имели нормальный уровень данного витамина в крови, у 13,9% наблюдалась его недостаточность, у 59,5% – дефицит, у 21,6% – выраженный дефицит. Средняя концентрация 25(OH)D у пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами составила 14,8±7,8 нг/мл, с длительно незаживающими ранами – 12,4±5,1, с недавними ранениями – 16,3±7,4 нг/мл ($p=0,07$ – для различий между 1 и 3 группой, $p=0,01$ – между 2 и 3). В группе пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами 26,8% имели выраженный дефицит 25(OH)D, 57,7% – дефицит, 11,3% – недостаточность, 4,2% – нормальное содержание данного витамина. Среди раненых с длительно незаживающими ранами 30% имели выраженный дефицит, 60% – дефицит, 10% – недостаточность, нормального содержания 25(OH)D не зарегистрировано ни в одном случае. В группе пациентов с недавними ранениями 13,3% имели выраженный дефицит 25(OH)D, 64,8% – дефицит, 17,1% – недостаточность, 4,8% – нормальную концентрацию данного витамина в крови ($p<0,00001$ – для различий с пациентами с длительно незаживающими ранами). Средняя концентрация общего кальция у больных с длительно неконсолидирующимися переломами составила 2,38±0,3 ммоль/л, с недавними ранениями – 2,41±0,1 ммоль/л ($p=0,71$). Среди пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами содержание ионизированного кальция достигало в среднем 1,3±0,17 ммоль/л. У 66,7% ионизированный кальций был в норме, у 5% – сниженный, у 28,3% – повышенный. Средняя концентрация фосфора в крови у больных с длительно неконсолидирующимися переломами составляла 1,35±0,2 ммоль/л, у пациентов с недавними ранениями – 1,29±0,2 ммоль/л ($p=0,36$). У 36,2% пациентов с длительно незаживающимися переломами фосфор крови был повышенным, у 63,8% – в норме. У 40,9% с выраженным дефицитом витамина D были повышенные показатели фосфора в крови, а у больных с дефицитом, недостаточностью и нормой – в 32,6% случаев. Среднее содержание щелочной фосфатазы у пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами составило 80,6±22,8 МЕ/л, с недавними ранениями – 80,8±24,6 МЕ/л ($p=0,97$). В общей группе раненых наблюдались достоверные корреляции между содержанием 25(OH)D и возрастом пациентов ($r=0,28$; $p=0,000004$). Среди больных с длительно неконсолидирующимися переломами наблюдалась прямая корреляция между содержанием 25(OH)D и временем с момента ранения ($r=0,25$; $p=0,03$), а также уровнем общего белка в крови ($r=0,29$; $p=0,03$). Достоверных взаимосвязей между концентрацией 25(OH)D и уровнем общего кальция, ионизированного кальция, фосфора и щелочной фосфатазы в изученной группе пациентов не обнаружено.

Выводы. У пациентов с длительно незаживающими ранами и переломами, полученными в результате боевой травмы, зарегистрированы более низкие концентрации 25-гидроксикальциферола в крови и более выраженный его дефицит, по сравнению с недавно ранеными. Одним из факторов, обуславливающих дефицит 25(OH)D в данных группах, может быть многомесячное пребывание пациентов в различных стационарах. Необходимо продолжение исследований по установлению патогенетической роли витамина D в процессах заживления ран и переломов.

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ НЕВРИНОМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Пилярова М.Х.¹, Тополянская С.В.², Куржос М.Н.¹,
Сентюрина А.М.², Васильева Ю.Ю.¹,
Долотказина Е.Н.¹, Мелик-Оганджян Г.Ю.¹,
Лыткина К.А.¹, Мелконян Г.Г.¹

¹Госпиталь ветеранов войн №3,

²Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель. Изучить оценить клиническое значение инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР) у пациентов с посттравматическими невринами периферических нервов.

Материалы и методы. К настоящему моменту исследование включено 39 пациентов, перенесших боевую травму с последующим формированием невринома периферических нервов. Средний возраст пациентов достигал 36,3±9,4 года (от 19 до 53 лет). Все включенные в исследование больные были мужчинами. Среднее время с момента ранения составляло 151,4±85,4 дней. В рамках данного исследования оценивали выраженность болевого синдрома (постоянной и послеоперационной боли) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), анализировали вид болевого синдрома с помощью опросников и шкал: DN4, Pain Detect, шкала катастрофизации боли, опросник фантомных болей и фантомных ощущений у пациентов с ампутированными конечностями. Концентрацию инсулиноподобного фактора роста-1 (диапазон от 11,4 до 505 нг/мл) определяли иммунохемилюминесцентным методом.

Результаты. Средняя концентрация инсулиноподобного фактора роста составляла 129,5±23,2 нг/мл, варьируя от 89,6 до 189 нг/мл. У пациентов с наличием болевого синдрома средняя концентрация ИФР составляла 127,3±21,1 нг/мл, без боли – 150,2±37,1 нг/мл (p=0,06). У пациентов моложе 30 лет средняя концентрация ИФР достигала 142,0±25,4 нг/мл, старше 30

лет – 124,6±20,7 нг/мл (p=0,03). При проведении корреляционного анализа установлена достоверная обратная корреляция между концентрацией ИФР и возрастом пациентов ($r=-0,34$; $p=0,03$), а также прямая корреляция с уровнем альбумина крови ($r=0,69$; $p=0,003$). Наряду с этим отмечена тенденция к меньшей выраженности нейропатического компонента боли у пациентов с более высокой концентрацией ИФР: $r=-0,39$; $p=0,08$, для корреляции с показателями Pain Detect, $r=0,3$; $p=0,1$ – для корреляции с показателями DN4. Достоверных взаимосвязей с иными изученными клиническими и лабораторными показателями в этой группе пациентов не зарегистрировано. Наблюдалась обратная взаимосвязь между концентрацией ИФР и числом неврином ($r=0,9$; $p=0,008$), однако число наблюдений было малым, что не позволяет пока говорить достоверно об этом.

Выводы. Результаты исследования предполагают определенное клиническое значение инсулиноподобного фактора роста у пациентов с посттравматическими невринами периферических нервов, однако для уточнения его роли при подобной патологии необходимо проведение дальнейших исследований.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ВОЗМОЖНОСТИ РИТМ-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Позднякова Н.В., Денисова А.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей –
филиал Российской медицинской академии
непрерывного профессионального образования,
Пенза

Вирус SARS-Cov-2, обладая выраженной кардиотропностью, способен повреждать миокард за счет системного воспаления, гиперцитокинемии, гиперкоагуляции и дисбаланса доставки/потребление кислорода. К длительно сохраняющимся симптомам со стороны сердечно-сосудистой системы относятся учащенное сердцебиение, одышка и боль в груди.

Цель. Оценить эффективность терапии ивабрадином (кораксан) на основании комплексного анализа клинических и функциональных показателей при постковидном синдроме.

Материал и методы. 60 больных (средний возраст – 54,3±5,4 лет) после перенесенной коронавирусной инфекции давностью с начала заболевания 68,2±8,4 сут. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, холтеровское мониторирование ЭКГ, шестиминутный тест с физической нагрузкой,

эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания, пульсоксиметрия, спектральный и временной анализ вариабельности ритма сердца, дисперсия интервала QT (QTd). После первичного обследования пациентам дополнительно к ранее проводимой терапии (иАПФ, ОАК) назначен кораксан в дозе 7,5-10 мг в сутки. По структуре исследование контролируемое, длительность – 8 недель.

Результаты. жизненная емкость легких (ЖЕЛ) менее 90% выявлено у всех больных, вошедших в исследование, из них у 45 (75%) больных ЖЕЛ в диапазоне от 65% до 80%, именно в данных наблюдениях (45 больных) выявлены признаки легочной гипертензии. Получена корреляционная связь E'/A' фиброзного кольца трикуспидального клапана и ОФВ1 ($R=0,67$; $p<0,03$), отмечена отрицательная корреляционная связь между средним давлением в легочной артерии (СДЛА) и жизненной емкостью легких ($r=-0,64$; $p<0,01$), объемом форсированного выдоха за 1с - ОФВ1 ($r=-0,53$; $p<0,05$).

На фоне терапии кораксаном отмечено достоверное снижение ЧСС на $17,4\pm 3,5$ уд/мин, при увеличении толерантности к физической нагрузке (ФН), улучшении диастолической функции левого желудочка (увеличение E'/A' , соответственно, от 0,55 до 0,74) и диастолической функции правого желудочка (увеличение E'/A' , соответственно, от 0,49 до 0,76), $p<0,05$. Получена положительная динамика амплитуды смещения трикуспидального фиброзного кольца TAPSE от $15\pm 0,18$ мм до $19\pm 0,16$ мм.

Индекс Tei информативен не только при оценке систолической, но и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ), исходно составил $0,49\pm 0,05$ усл.ед. На фоне терапии отметили уменьшение Tei индекса до $0,42\pm 0,04$ усл.ед., $p<0,05$. Влияние If-ингибитора ивабрадина на систолическую функцию левого желудочка при курсовой терапии проявлялось в увеличении фракции выброса на 4,2%. Назначение ивабрадина через урежение ЧСС позволило увеличить продолжительность диастолы, что способствовало увеличению периода диастолического наполнения желудочков, улучшению коронарной перфузии, и как следствие, отмечено увеличение фракции выброса, улучшение показателей диастолической функции ЛЖ.

Оказывая влияние на основной уровень функционирования синусового узла, ивабрадин также способствовал улучшению дисперсии ритма сердца, преимущественно за счет увеличения ее компонентов, находящихся под влиянием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. На фоне кораксана регистрировали увеличение SDNN (от $25,3\pm 1,6$ мс до $37,3\pm 2,9$ мс), при явной тенденции к увеличению rMSSD, изменению LF/HF в спектральных показателях BPC, значение QTd уменьшилось от $57,3\pm 2,4$ до $39,4\pm 1,8$ мс, $p<0,05$.

Таким образом, терапия кораксаном при достоверном снижении ЧСС способствовало повышению толерантности к физической нагрузке, улучшению гемодинамических и электрофизиологических показате-

лей. Способность ивабрадина улучшать функциональное состояние миокарда и степень его электрической неомогенности у больных постковидным синдромом является одним из определяющих факторов в выборе терапии на длительный срок.

ПРЕДИКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В ОБЛАСТИ СТОПЫ

Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р.,
Гордеева С.Е., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В.
НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,
Волгоград

Цель. Провести анализ приверженности пациентов к немедикаментозной терапии болевых синдромов в области стопы, ее эффективность.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ приверженности пациентов с болевыми синдромами в области стопы к немедикаментозным методам терапии.

При наличии поперечного или комбинированного плоскостопия, сопровождающегося нагрузочными метатарзалгиями, подошвенном фасциите при уровне болевых ощущений в пределах 4 баллов по ВАШ на первичном приеме пациентам была рекомендована исключительно немедикаментозная терапия с дообследованием при отсутствии эффекта при соблюдении рекомендаций и повторным осмотром для коррекции терапии.

Из 78 пациентов 14 (18%) сразу были настроены на более активную терапию (фонофорез с гидрокортизоном, прием НПВП, локальная инъекционная терапия) + даны рекомендации по немедикаментозной терапии. В последствии в связи с сохраняющимся болевым синдромом 1 пациент был направлен на оперативное лечение по поводу невритомы Мортон, 2 – на консультацию травматолога-ортопеда для хирургической коррекции поперечного плоскостопия.

54 пациентам (82%) была рекомендована ЛФК, ортопедические приспособления (стельки, вкладыш под пятку, смена обуви), УВТ, массаж стоп, при необходимости – коррекция нагрузок и/или массы тела).

Из 54 (100%) человек на повторный прием через 2-4 недели вернулось 28 (52%). 26 (48%) человек через месяц по результатам лечения были опрошены по телефону.

Из 28 (100%) человек упражнения для стоп и голеностопного сустава, растяжение ахиллова сухожилия регулярно выполняли только 7 (25%) человек, сделали несколько раз и прекратили заниматься (лень, некогда, стало лучше без упражнений) 11 (39%); приобрели ортопедические изделия 17 (61%), преимущественно стельки и вкладыши под пятку, 2 человека (7%) приобрели

рели ортопедическую обувь; массаж стоп (самомассаж, использование массажеров, ходьба по гальке (летнее время), по сухой морской соли/соли для ванн крупной фракции) – 9 (32%), в том числе 7 человек, выполнявших упражнения лечебной физкультуры; 5 (18%) временно уменьшили осевые нагрузки и 1 (3,6%) скорректировали диету. Из 28 пациентов с болями в стопах дополнительно физиотерапия понадобилась только пациентам с плантарным фасциитом (пяточной шпорой) – 9 человек (32%) с повышенным весом (5 – фонофорез с гидрокортизоном, 1 (3,6%) – локальное введение пролонгированного глюкокортикоида; 3 (11%) – УВТ.

Из 26 (100%) человек не пришедших на повторный прием упражнения для стоп и голеностопного сустава, растяжение ахиллова сухожилия регулярно выполняли 12 (46%), периодически – 7 (27%); ортопедические изделия приобрели 5 (19%); массаж стоп делали 20 (77%); 1 (3,9%) посетил хирурга по месту жительства для выполнения локального введения пролонгированного стероида через неделю после посещения ревматолога; 5 (19%) не выполняли рекомендаций по немедикаментозной терапии, но пользовались народными средствами (йодные сетки, компрессы с различными настойками), использовали противовоспалительные крема и пластыри с временным эффектом.

Соответственно, из 54 человек полностью или частично соблюдали рекомендации по немедикаментозной терапии 39 (72%) пациентов с удовлетворительным эффектом к концу 2-4-й недель терапии (снижение уровня болевых ощущений по ВАШ до 1-2 баллов); 6 (11%) рекомендации не выполняли (5+1), 9 (17%) понадобилась дополнительная лекарственная терапия к рекомендованной немедикаментозной.

Дополнительно мы интересовались, почему были выбраны определенные рекомендации. По результатам нашего небольшого исследования видно, что основная масса пациентов выполняет рекомендации врача при болях в стопах при условии низких затрат времени и финансов (ЛФК регулярно – 19 (35%) + ЛФК периодически – 18 (33%) – 37 (69%)) на лечебные процедуры; приобрели ортопедические изделия, требующее больших финансовых затрат, но не требующие затрат по времени 22 (41%); выполняли «приятные» процедуры – массаж стоп 29 (54%).

Выводы. При отсутствии значимых деформаций стопы и условии акцентирования внимания пациента на эффективности немедикаментозных методов лечения за короткий период времени (2-4 недели) возможно снижение болевых ощущений при нагрузочных метатарзалгиях и подошвенном фасциите.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2022-2024 ГОДАХ

Попова Н.В., Поддубная Т.Б., Галабуева М.С.,
Сугарова Ф.В., Мальцева М.А., Ерина О.З.
Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

На протяжении многих десятилетий болезни системы кровообращения (БСК) устойчиво занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге.

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие БСК в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2022-2024 гг., исследование структуры инвалидности в зависимости от возраста по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез. Рассчитывались показатели уровня первичной инвалидности на 10000 населения и структуры инвалидности в зависимости от возраста, группы инвалидности, классов болезней.

Результаты и обсуждение. В структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения СПб по классам болезней болезни системы кровообращения (БСК) до 2020 г. занимали первое ранговое место, а с 2021 года – второе место после злокачественных заболеваний (ЗНО). Число признанных инвалидами вследствие БСК увеличилось с 4,9 тысяч в 2022 г. до 6,8 тысяч человек в 2024 г. Удельный вес БСК в структуре ПИ динамике за 3 года остался практически стабильным – 31,9 - 31,8%. Уровень первичной инвалидности (ВПИ) вследствие БСК среди взрослого населения СПб за период с 2022 по 2024 гг. возрос с 11,1 и 14,7 на 10 тыс. взрослого населения (на 25%). Рост показателя объясняется тем, что в период с 2020 по 2022 гг. отмечалось значительное снижение числа направляемых на МСЭ граждан в связи с пандемией COVID – 19 в стране и в СПб, что повлекло ряд ограничительных мер.

Уровень первичной инвалидности вследствие БСК в динамике с 2022 по 2024 гг. в трудоспособном возрасте возрос незначительно с 4,2 до 4,3 на 10 тысяч соответствующего возраста; в пенсионном возрасте –



рост с 24,4 до 34,6 (на 30%). В структуре ПИ вследствие БСК по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие ИБС в динамике за 3 года увеличился с 38,4 до 41,4%, вследствие гипертонической болезни (ГБ) – с 1,6 до 1,7%; доля инвалидности вследствие ЦВБ уменьшилась с 46,8 до 43,5%.

В структуре ПИ вследствие БСК в зависимости от групп инвалидности в динамике за 3 года отмечается рост удельного веса инвалидов III группы – с 57,5 до 62,0% и снижение удельного веса как инвалидов I группы с 15,9 до 14,1%, так и II группы – с 26,5 до 23,8%. В трудоспособном возрасте доля инвалидов I группы осталась на прежнем уровне – 6,8%, удельный вес II группы снизился с 24,6 до 22,4% и выросла доля инвалидов III группы с 68,7 до 70,8%. В пенсионном возрасте динамика следующая: уменьшение доли инвалидов I группы с 19 до 16,0%; инвалидов II группы с 27 до 24%; и рост удельного веса инвалидов III группы с 54 до 60%.

Выводы. Впервые признанные инвалидами вследствие болезней системы кровообращения на протяжении многих лет занимают одно из ведущих мест в структуре первичной инвалидности в СПб. В 2024 году отмечается рост уровней первичной инвалидности при вследствие БСК среди взрослого населения города, в том числе в пенсионном возрасте; в трудоспособном возрасте – рост незначительный. В структуре первичной инвалидности вследствие БСК ведущее место занимает ПИ вследствие ЦВБ и ИБС, при этом за 3 года отмечен рост доли первичной инвалидности вследствие ИБС. Среди впервые признанных инвалидами вследствие БСК в течение 3 лет преобладают инвалиды II и III групп.

АНАЛИЗ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Поротикова В.С.

Северо-Казахстанский университет
имени Манаша Козыбаева,
Петропавловск, Казахстан

Введение. По данным ВОЗ, Казахстан находится на 5 месте по смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) среди стран СНГ. По мнению специалистов, снижение смертности от инсультов на 1/3 часть может быть обеспечена за счет развития лекарственной терапии и клинических вмешательств, в то время как 2/3 части обеспечит изменение привычек в образе жизни. Что касается присоединения инфекций, имеется связь между инфекционными заболеваниями и повышенным риском инсульта. Инфекции могут вызывать воспалительные процессы, которые влияют на состояние сосудов и свертываемость крови, что, в свою оче-

редь, может способствовать развитию инсульта. Употребление алкоголя и курение подавляют активность иммунных клеток макрофагов и лимфоцитов, что делает организм более восприимчивым к инфекциям.

Цель исследования. Изучение степени воздействия факторов риска на приверженность к инсульту у населения города Алматы методом вербальной аутопсии, выявление взаимосвязи факторов риска у пациентов умерших от инсульта и роли инфекционных агентов.

Материалы. На основе адаптирования международного стандартизированного опросника по вербальной аутопсии была составлена анкета «Оценка состояния здоровья и удовлетворенности медицинской помощью в г. Алматы». Работа выполнена в соответствии со всеми стандартами исследовательской практики и обеспечивает конфиденциальность. Анонимная анкета представляет собой 38 вопросов, включая общие сведения, вопросы относительно здоровья самого респондента и вопросы, касаемые родственника респондента. Распространение анкеты проводилось с помощью интернет-ресурсов.

Методы. Для обобщения данных использовалась описательная статистика. Проведен подсчет среднего значения и стандартного отклонения, а также медианное значение и межквартильный размах, для оценки непрерывной переменной с указанием, что частоты и процент описывают категориальные переменные. Для сравнения категориальных переменных использовались критерии хи-квадрат или точные критерии Фишера. Сравнение непараметрических непрерывных переменных оценивалось с помощью теста Вилкоксона. Логистическая регрессия использовалась для отношений шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (CIs) для ассоциаций между потенциальными факторами риска и инсультом. Значение $P < 0,05$ указывает на статистическую значимость. Для анализа данных использовались SAS University Edition (SAS Institute INC, Кэри, Северная Каролина) и MS Excel.

Результаты. В онлайн-опросе за полгода приняли участие 1079 респондентов. Из всех случаев смерти родственников, инсульт являлся причиной у 44,3% человек. Средний возраст умерших от инсульта составляет 59 лет (52,7%). По оценке такого фактора риска, как курение, можно сделать вывод, что большая часть (61,6%) имели положительный статус курильщика. Из них основная продолжительность курения составила от 5-15 лет (41,9%) и от 15 лет и более (52,4%). Самое распространенное количество выкуриваемых сигарет в день от 3-10 штук у 50,3%. Не употребляющих алкоголь составило 20,7%. Большинство умерших от инсульта потребляли алкоголь только по праздникам (53,6%). Отдавало предпочтение крепким напиткам 59,6%, потребление некрепкого алкоголя у 40,4%.

Обсуждение. Проведенный опрос показал, что у человека, курящего с 5-15 лет, вероятность умереть от инсульта в 1,7 раза выше, чем у человека, курящего менее 5 лет. Вероятность смерти от инсульта при употреблении 1-3 бутылок алкоголя в неделю в 1,7 раза

выше, чем у людей, употребляющих алкоголь только по праздникам. Вероятность умереть от инсульта в 1,5 раза выше у людей, выпивающих до 3 бутылок спиртных напитков за раз, чем у людей, выпивающих 1 и меньше за один раз. У человека, не употребляющего алкоголь, в 1,5 раза меньше шансов умереть от инсульта, чем при употреблении алкоголя в праздничные дни. Одновременное употребление алкоголя и курение может усиливать негативное влияние на иммунную систему и многократно увеличивать риск инфекций. В свою очередь, системное инфекционное воспаление вызывает активацию свертывающей системы крови, что увеличивает вероятность тромбообразования.

Выводы. Контроль инфекций важен для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений, а вакцинация с ранней диагностикой, своевременным лечением являются профилактикой инсультов. В тоже время, предотвращение развития факторов риска инсульта может снижать уровень заболеваемости инфекционных воспалений.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СТАДИЯМ

Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А., Мамадалиева М.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить функциональное состояние коленного сустава в зависимости от рентгенологических стадий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 62 больных с остеоартрозом коленного сустава (ОАК) в возрасте от 47 до 61 лет, 45 (72%) женщин и 17 (28%) мужчин в возрасте старше 18 лет, находившихся на стационарном лечении артрологическом отделении. Длительность заболевания составляла в среднем $5,4 \pm 3,1$ лет. Интенсивность суставного синдрома и его функциональное состояние оценивали на основании визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), индекса Лекена, WOMAC; структурные изменения в суставе изучались на основании рентген исследования; объем движений в коленном суставе проводилось по результатам гониометрии. В I группе вошли 18 пациентов в возрасте $47,1 \pm 4,2$ года с I-рентген стадией, 27 больных со II рентген стадией ОАК, средний возраст $54,2 \pm 4,5$ года. В III группу вошли 17 пациентов со средним возрастом $56,4 \pm 4,8$ года с III–IV рентген стадией ОАК.

Результаты. По результатам, деформация и припухлость в коленном суставе наблюдались во всех группах (84,5%), статистически значимых различий между группами не было. Боль и утренняя скованность

до 30 минут наблюдались на всех рентгенологических стадиях заболевания, но статистически значимых различий между группами не было. По показателю гипертермии в суставе I группа встречалась реже (8,7%) и достоверно дифференцировалась от других групп. III–IV стадия ОАК (группа III), сопровождавшаяся выраженными структурными изменениями, отличалась от других групп наличием четко выраженного признака дегенерации хряща. Только в III группе определялась деформация и контрактура. Ограничение движения в суставах в I группе было обнаружено у 30,4%, во II – 73,1%, в III – 100%. Оценка функции сустава показало, что разные уровни функциональных возможностей в коленном суставе ограничены. Гониометрия коленного сустава показало III группе он отличался на 29° по сравнению с I группой. Кроме того, существенные различия были выявлены при анализе алгофункционального индекса Лекена. Индекс WOMAC увеличивался также по мере нарастания степени суставной дисфункции, т.е. рентгенологических изменений в коленном суставе.

Вывод. Таким образом, в результате изменений суставных структур при ОАК наблюдаются различные проявления и степени выраженности суставного синдрома, а функциональные возможности суставов ограничиваются. Дегенеративные изменения при ОАК могут изменяться на разных уровнях и в разных формах. Однако рентгенологические изменения при ОАК не всегда прямо пропорциональны тяжести синдрома. Действительно, согласно полученным результатам, у пациентов суставной синдром прогрессировал в широком спектре симптомов.

ОСОБЕННОСТИ МРТ-ИЗМЕНЕНИЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ НА РАННИХ СТАДИЯХ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Пулатова Ш.Б., Музафарова Л.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить диагностические возможности МРТ для оценки изменений КПС у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материал и методы. У 10 больных проведены МРТ и рентгенография КПС с недифференцированным спондилоартритами. МРТ проводилась на аппарате Optima MR 450w (GE, США) с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Использовались T1-, T2- и T2-FS взвешенные импульсные последовательности. Выделялись воспалительные и структурные (эрозии и субхондральный склероз) МРТ-изменения КПС. Воспалительные изменения КПС анализировались в суб-

хондральной кости, костном мозге, капсуле сустава, полости сустава и в межкостных связках. Активность АС оценивалась с помощью опросника BASDAI.

Результаты. Средний возраст больных составлял 23,5 (25,2±2,8) года, длительность СА – 3 (3±4,8) года. HLA-B27 выявлен у 7 из 10 больных. У всех пациентов имелись рентгенологические признаки сакроилеита: у 8 больных одностороннего II или III стадии и у 2-х больных – двухстороннего II стадии. МРТ-признаки воспаления КПС обнаружены у всех 10 больных: отек субхондральных отделов крестца и/или подвздошной кости, отек костного мозга, отек полости сустава, отек капсулы, признаки воспаления межкостных связок. Сочетание воспалительных и структурных изменений отмечено в 7 из 10, примерно одинаково часто при разных рентгенологических стадиях сакроилеита. В анамнезе короткие (менее 3 мес) эпизоды более воспалительного характера в области КПС отмечались у всех пациентов (у 8 – двухсторонние и у 2 – односторонние). Воспалительные изменения отмечались одинаково часто в КПС, в области которых больными отмечались (81%) или не отмечались (88%) боли. У больных с высокой (BASDAI >40) и невысокой (BASDAI <40) общей активностью болезни среднее число воспалительных изменений КПС было примерно одинаковым.

Выводы. МРТ обладает высокой чувствительностью в выявлении изменений КПС у больных АС. Воспалительные МРТ-изменения наблюдались во всех рентгенологически измененных суставах, вне зависимости от стадии рентгенологических изменений.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Радионов В.Г., Лохматова И.А., Шварёва Т.И.,
Хайминов Е.М.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Введение. Красный плоский лишай (КПЛ) является распространенным полиэтиологическим заболеванием, в патогенезе которого участвуют иммунные, нейроэндокринные, интоксикационные метаболические процессы. Поражение слизистой оболочки полости рта при КПЛ характеризуется воспалительным характером, опосредованным клеточным иммунитетом, высокой распространенностью в клинической практике – до 77% случаев всех клинических вариантов заболевания. Причины КПЛ неясны, но отмечена роль инфекционных, системных заболеваний, генетических и

психологических факторов. Влияние психологических расстройств на КПЛ слизистой оболочки полости рта широко обсуждается, но до сих пор вызывает споры.

Цель. Оценка научных данных о связи между КПЛ с поражением слизистой оболочки полости рта и психологического состояния пациентов.

Материалы и методы. Поиск литературных источников на основе критериев предпочтительных элементов отчетности для системных обзоров и метаанализов. Проведен поиск статей на английском и русском языках в трех базах данных: PubMed, Web of Science, РИНЦ.

Результаты. Проведен анализ результатов 6-ти исследований. В выборках преобладали женщины, соотношение полов составило 2,3:1, что соответствует гендерным различиям при КПЛ. Во всех исследованиях использовался метод «случай-контроль» (больные КПЛ с поражением слизистых оболочек органов полости рта в сравнении со здоровыми людьми из контрольной группы). В большинстве исследований использовались профессиональные психометрические шкалы, в основном для оценки тревожности и депрессии. Использовались следующие инструменты: шкала депрессии и стресса (DASS); опросник депрессии Бека (BDI) и опросник тревожности Бека (BAI); опросник тревожности по признакам состояния (STAI); шкала тревоги Гамильтона и шкала оценки депрессии Гамильтона; шкала самооценки тревожности (SAS) и шкала самооценки депрессии (SDS); опросник Айзенка (EPQ), Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI-2).

Было обнаружено, что у пациентов с поражением слизистой оболочки полости рта наблюдалась повышенная тревожность, о чем свидетельствуют статистически значимые результаты тестов на тревожность. Отмечалась более выраженная депрессия, и они были более подвержены психическим расстройствам. Стоит отметить, что у пациентов с эрозивными проявлениями заболевания показатели депрессии были выше, чем у пациентов с отсутствием таковых.

Проведенный метаанализ показал, что стресс, депрессия и тревожность у пациентов с эрозивной формой КПЛ были связаны с тяжелым, симптоматическим поражением слизистой оболочки полости рта. Возможный механизм заключается в том, что изменения в микробиоте полости рта или кишечника при КПЛ косвенно влияют на микрoэкологический баланс. В свою очередь, нейроиммунная регуляция микробиома способствует возникновению или проявлению основных признаков и симптомов нейродегенеративных и поведенческих расстройств, таких как расстройства аутистического спектра, тревожность и депрессия, воздействуя на ось «мозг-кишечник». Эти результаты указывают на необходимость проведения курсов психотерапии пациентам с КПЛ.

Выводы. Все включенные в обзор исследования, кроме одного, показали, что тревожность, депрессия и стресс играют важную роль в возникновении и

развитии КПЛ. Несмотря на более высокие показатели тревожности, наблюдаемые у пациентов с поражением слизистой оболочки полости рта, не было установлено прямой связи психологических нарушений с этиологическим фактором.

Таким образом, отсутствие эффективных методов лечения КПЛ, беспокойство по поводу возможных злокачественных изменений могут влиять на качество жизни и физическое состояние больных. Поэтому специалистам не следует игнорировать психическое здоровье пациентов с КПЛ, необходимо рассматривать этот факт, как междисциплинарный подход к ведению таких больных и вести поиск совершенствования методов лечения.

К ВОПРОСУ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА

**Радионов В.Г., Шварёва Т.И., Хайминов Е.М.,
Лохматова И.А.**

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

В последние годы все больше возрастает актуальность своевременной диагностики и проведения адекватной терапии поздних форм сифилиса, в том числе сифилиса нервной системы. В настоящее время обращает на себя внимание постепенное изменение клинической картины нейросифилиса, атипичное начало заболевания, наиболее выраженное при спинной сухотке и прогрессивном параличе. К факторам, определяющим тяжелое течение этого заболевания, относят: тяжелые сопутствующие заболевания, преклонный возраст, профессиональные и бытовые интоксикации, психические и физические травмы, особенно черепно-мозговые, плохие санитарно-гигиенические условия, недостаточное питание и др. Фактором риска латентного поражения нервной системы является неадекватное специфическое лечение ранних форм сифилиса, либо отсутствие такового, а также коморбидные состояния.

Цель. Изучить особенности клинического течения нейросифилиса в современных условиях.

Материалы и методы. Приводим свои наблюдения.

Больному Т., 45-ти лет, в неврологическом отделении установлен диагноз: Рассеянный склероз, церебрально-спинальная форма ремиттирующее течение, выраженный парапарез и атактический синдром. Выраженный астенический синдром, сопутствующий остеохондроз, деформирующий спондиллез, люмбагия. Отсутствие улучшения от лечения. Оформлена II группа инвалидности по данному заболеванию. Во время последней госпитализации комплекс серологических реакций был положительным. Из анамнеза: разведен, имеет половые связи с разными женщинами. Спустя год после

травмы позвоночника в шейном отделе заметил ухудшение зрения с явлениями диплопии, изменилась походка, появились постепенно нарастающие боли и онемение в конечностях и позвоночнике. Астенизирован, эмоционально лабилен, беспокоит выраженная слабость. С учетом анамнеза, клинических проявлений, данных неврологического статуса и лабораторных показателей серологического исследования установлен диагноз – поздний нейросифилис (спинная сухотка).

Больная Л., 39-ти лет, лечилась по поводу сифилиса раннего скрытого. После проведенного лечения установлена серорезистентность, по поводу чего состояла на клинко-серологическом контроле с колеблющимся в течение 4-х лет комплексом серологических реакций. Консультирована неврологом в связи с возникшими жалобами на боли в нижних конечностях, неуверенность и нарушение в походке, расстройство координации в темноте, слабость, расстройство мочеиспускания. По совокупности анамнестических, клинических и лабораторных данных установлен диагноз: поздний нейросифилис (спинная сухотка).

Результаты и обсуждение. Проблема нейросифилиса не исчерпывается одной лишь констатацией наличия трепонем в нервной системе. Важнейшую роль в патогенезе нейросифилиса играют взаимоотношения между возбудителем с его патогенностью и вирулентностью и характером реакции на него макроорганизма. Отсутствие у пациентов как субъективных, так и объективных нарушений со стороны нервной системы является показателем высоких компенсаторных возможностей организма. При анализе неврологического статуса пациентов с атипичным течением заболевания надо быть особенно внимательным.

Выводы. Для своевременного выявления нейросифилиса необходима настороженность врачей всех специальностей, особенно дерматовенерологов и неврологов. При всех неясных нервно-психических состояниях должно проводиться серологическое исследование не только сыворотки крови, но и цереброспинальной жидкости. Междисциплинарный подход, своевременная диагностика и адекватное лечение во многом определяют благоприятный прогноз этого заболевания.

РОЛЬ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА СИФИЛИС В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

**Радионов В.Г., Хайминов Е.М., Шварёва Т.И.,
Лохматова И.А.**

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Введение. В Российской Федерации за последние десятилетия, по официальным статистическим

данным, на фоне снижения общей заболеваемости сифилисом отмечено увеличение удельного веса поздних форм этого заболевания, в том числе нейросифилиса, клиническая и лабораторная диагностика которого вызывает затруднения.

Цель исследования. Анализ серологических реакций сыворотки крови на сифилис с применением нетрепонемных (НТ) и трепонемных тестов (ТТ).

Материалы и методы. В работе проанализированы данные учетной формы 025/у пациентов (n=151) с обследованием на сифилис в ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР. У пациентов, ранее отрицавших сифилис, с сывороткой крови проведены НТ: реакция микропреципитации (РМП) и ТТ: иммуноблоттинг (ИБТ), реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ), реакция иммунофлуоресценции (РИФ), реакция гемагглютинации (РПГА), иммунохемилюминесцентный анализ (ИХЛ), иммуноферментный анализ (ИФА). Согласно клиническому диагнозу пациенты были разделены на три группы: 1 – обследование на сифилис (n=56), 2 – сифилис поздний скрытый (n=83), 3 – нейросифилис (n=12).

Результаты и обсуждение. В группе у 4-х (7%) пациентов отмечены положительные результаты ИБТ, у 6 (11%) – положительные результаты ИХЛ, у 5 (9%) – положительные результаты ИФА, у 3 (5%) – слабоположительные и положительные результаты РПГА, РИБТ и РИФ, у 15 (27%) оказались положительными результаты РМП. У остальных 23 (41%) пациентов все тесты были отрицательными.

Во 2-й группе пациентов положительные результаты ИБТ коррелировали с положительными результатами РИБТ, РИФ, РПГА, ИФА, ИХЛ. Только у 23 (27%) отмечены отрицательные результаты РМП.

Во всех наблюдениях 3-ей группы были положительными результаты всего спектра ТТ и только у 2 (1%) пациентов оказались отрицательными результаты РМП.

Выводы. Всем дерматовенерологам и смежным специалистам следует помнить, что отрицательные результаты НТ не исключают диагноз сифилиса. В качестве скрининга на сифилис врачам общей практики следует применять хотя бы один из ТТ. В случае ложноположительного результата необходима повторная постановка этого теста по другой методике. Но в любом случае, при положительных НТ и ТТ показана консультация дерматовенеролога.

ОЦЕНКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Рахматуллаева Г.К., Максудова О.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту развития цереброваскулярных осложнений у больных, перенесших инсульт, и влияние недифференцированного дисплазия соединительной ткани (НДСТ) на эти осложнения.

Объект исследования. Исследование проведено у 68 пациентов в возрасте 45-72 лет с нарушениями когнитивных функций и перенесших инсульт в анамнезе. Из них у 48 больных наблюдались симптомы НДСТ. Они были включены для оценки влияния НДСТ на развитие нарушений когнитивных функций у больных, перенесших инсульт. Были изучены основные и дополнительные жалобы обследуемых пациентов, данные анамнеза, данные объективного обследования, данные неврологического статуса, шкала MMSE, лабораторные и инструментальные исследования.

Результаты исследования. Распределение обследуемых пациентов по возрасту следующее: 17 пациентов в возрасте 45-50 лет (25%); 35 пациентов в возрасте 50-60 лет (51,5%); 16 пациентов (23,5%) старше 60 лет. Мужчин было 29 (43%), женщин – 39 (57%). Средний возраст пациентов составил 58 лет. У 16 пациентов (24%) выявлены атеросклеротические изменения сосудов головного мозга, у 13 (19%) – гипоплазия сосудов головного мозга, у 9 (13%) – деформация сосудов головного мозга, также у 30 (44%) пациентов выявлена сосудистая патология и атеросклеротические изменения одновременно. Основными неврологическими проявлениями являются: синдром головной боли (43,6%) и дорсопатия (42,8%). Отмечена связь данных неврологических синдромов с выраженностью недифференцированной дисплазии соединительной ткани. У больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, наряду с неврологическими проявлениями, патология опорно-двигательного аппарата выявлена в 94,6%, сердечно-сосудистой системы – в 90,2%, желудочно-кишечного тракта – в 74,4%, мочевыделительной системы – в 28,7%, дыхательной системы – в 5,2% случаев. Диагностическими критериями у 40 пациентов с симптомами НДСТ, перенесших инсульт, выявлены следующие симптомы: по шкале MMSE у 13 пациентов (32,5%) выявлены легкие когнитивные нарушения, у 15 пациентов (37,5%) – легкая деменция, у 9 пациентов (22,5%) – умеренно выраженная деменция, у 3 человек (7,5%) – тяжелая деменция.



У 20 пациентов с инсультом без симптомов НДСТ, вошедших в контрольную группу, выявлены следующие симптомы: у 11 (55%) пациентов выявлены легкие когнитивные нарушения, у 5 (25%) – легкая деменция, у 4 (20%) – умеренно выраженная деменция.

Выводы. У пациентов с НДСТ инсульт протекал тяжелее, во многих случаях выявлялись грубые когнитивные нарушения, что ускорило течение заболевания и развитие осложнений.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, МЕЛАТОНИН И БЕССОННИЦА

Резова Н.В., Шкатова Я.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

В настоящее время большинство пациентов с артериальной гипертензией (АГ) сталкиваются с такой проблемой как нарушения сна. Циркадианные колебания артериального давления (АД) вероятнее всего связаны с регулирующим влиянием мелатонина. Широко известен тот факт, что у пациентов с АГ при уменьшении выработки мелатонина не наблюдается адекватного снижения АД во время сна.

Цель исследования. Проанализировать качество сна, хроно типы, клинико-инструментальные и лабораторные показатели в зависимости от уровня мелатонина в моче для определения прогноза течения АГ у больных с бессонницей.

Материалы и методы. Мы обследовали 178 больных, находившихся на амбулаторном лечении (98 мужчин и 80 женщин) с диагнозом ГБ и бессонница средний возраст которых составил $60,2 \pm 0,92$ года. Диагноз ГБ был выставлен согласно клиническим рекомендациям Российского кардиологического общества (2020) – АГ у взрослых, диагноз бессонница был выставлен на основании международной классификации нарушений сна. Всем пациентам проводили: оценку тяжести АГ (оценивали: количество визитов к врачу общей практики и/или врачу терапевту участковому и/или врачу кардиологу, вызовы БСМП, количество госпитализаций за прошедший год), количественную оценку симптомов АГ (головная боль, головокружение, мелькания «мушек» перед глазами, общая слабость) по шкале ВАШ, определение антропометрических данных (ИМТ), оценку индивидуального хроно типа согласно MEQ-SA опроснику, оценку индекса качества сна с помощью PSQI опросника, 24-часовой мониторинг АД, определение уровня мелатонин сульфата в моче, оценку уровня тревожности и депрессии (шкала тревоги Спилбергера, шкала депрессии Цунга) и оценку качества жизни с помощью опросника SF-36.

Результаты и обсуждения. Выявлено, что больные АГ с бессонницей имеют более тяжелое клиническое течение заболевания, с частыми обращениями за медицинской помощью, измененной вариабельностью АД, высоким уровнем тревожности и депрессии, и низким уровнем качества жизни. По данным шкалы депрессии Цунга, были выявлены пациенты без депрессии – 40 (22,5%), а также с легкой (невротической) депрессией – 83 (46,6%) и маскированной депрессией – 55 (30,1%). Пациенты с АГ и бессонницей имеют низкий уровень мелатонин сульфата в моче ($11,49 \pm 1,56$ нг/мл), который коррелирует со степенью АГ – $32,56 \pm 1,64$ нг/мл при 1-й степени, $13,14 \pm 1,02$ нг/мл при 2-й степени и $3,05 \pm 0,11$ нг/мл при 3-й степени ($F=77,44$; $p=0,0003$), хроно типами, высоким систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), ИМТ, высоким уровнем тревожности и депрессии и низким уровнем качества жизни по физическому и психологическому его компонентам. А результаты опросника PSQI продемонстрировали плохое качество сна ($8,61 \pm 0,31$ баллов).

Кроме того, используя множественный регрессионный анализ, мы определили факторы, влияющие на уровни САД и ДАД у больных АГ с бессонницей.

Выводы. Разработанные методики расчета уровня САД и ДАД в зависимости от уровня мелатонин сульфата в моче, ИМТ, уровня тревожности, депрессии и индекса нарушения сна позволяют достоверно оценивать и контролировать уровень АД у больных АГ с бессонницей.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СНИЖЕНИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Репина Ю., Хвашевская Г.М., Сасинович Е.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) является важным клиническим маркером, отражающим степень почечного повреждения и прогрессирование хронической болезни почек (ХБП) в условиях артериальной гипертензии (АГ), при этом уровень СКФ подвержен значительным колебаниям, обусловленным множеством факторов риска, которые могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние, варьируя в зависимости от пола пациента. Артериальная гипертензия, будучи одной из ведущих причин ХБП, в сочетании с различными факторами риска способствует ускорению прогрессирования заболевания, что приводит к гипертоническому нефросклерозу

и увеличивает риск кардиальной смертности, что подчеркивает важность применения формулы СКД-ЕРИ для оценки стадии ХБП и определения критического уровня СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м², указывающего на значительную потерю нефронов, в то время как маркеры повреждения почек, такие как альбуминурия и протеинурия, часто остаются малозаметными у пациентов с АГ.

Цель исследования. Изучить значимость независимых факторов риска (ФР), снижающих СКФ у пациентов с АГ и ассоциированными клиническими состояниями.

Материалы и методы. Обследовано 72 пациента (32 мужчины, 40 женщин) с АГ и ассоциированными состояниями. Оценены длительность АГ, масса тела, уровень холестерина, ЛПНП, триглицеридов, СКФ (по формуле СКД-ЕРИ), показатели клинического анализа крови, анамнез на наличие ассоциированных заболеваний (инфаркт миокарда, ОНМК, сахарный диабет 2 типа), параметры ЭхоКГ. Статистическая обработка проведена с использованием программ Microsoft Excel, Biostat-2007, Statistica® V5.5A.

Результаты и обсуждение. ХБП выявлена у всех пациентов, чаще диагностировалась II стадия. Среднее значение СКФ у мужчин составило 71,04±16,3 мл/мин/1,73 м², у женщин – 65,6±14,2 мл/мин/1,73 м² (p<0,05). У женщин чаще отмечалось снижение СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м², уровень креатинина был ниже, чем у мужчин (97,22±24,65 vs 105,26±34,43 мкмоль/л, p=0,03). Сахарный диабет 2 типа диагностирован у 19 женщин и 12 мужчин (p=0,048). Увеличение регургитации на клапане легочной артерии (ЛА) ассоциировалось со снижением СКФ у обоих полов. Гипергликемия также коррелировала со снижением СКФ.

Выводы. 1. Наличие легочной гипертензии у пациентов с АГ и ассоциированными состояниями свидетельствует о нарушении функции почек, что способствует объемной перегрузке сердца и развитию сердечной недостаточности. 2. Возрастание значений независимых ФР (гипергликемия, регургитация на клапане ЛА) связано со снижением СКФ, прогрессией ХБП и увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений. 3. Комбинации ФР, влияющих на снижение СКФ, требуют дальнейшего изучения, включая исследование новых биомаркеров для ранней диагностики ХБП и разработки профилактических мероприятий.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОСАРКОПИИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Романова М.А.¹, Тополянская С.В.^{1,2},
Кошурников Д.С.¹, Пилярова М.Х.¹, Бубман Л.И.¹,
Лыткина К.А.¹, Мелик-Оганджян Г.Ю.¹,
Мелконян Г.Г.¹

¹Госпиталь для ветеранов войн №3,
²Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель исследования. Изучение композиционного состава тела и сравнение методов диагностики остеосаркопии у пациентов гериатрического стационара.

Материалы и методы. Данная работа – одномоментное исследование, в которое к настоящему моменту включено 38 пациентов (29 женщин и 9 мужчин), находившихся на стационарном лечении в Московском городском гериатрическом центре. Средний возраст больных достигал 83,1±5,4 лет (от 72 до 95 лет). Композиционный состав тела анализировали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии и биоимпеданского анализа. Применяли скрининг-опросник SARC-F для диагностики саркопии. Проводили комплексную гериатрическую оценку.

Результаты. Средние значения опросника SARC-F достигали 5,7±2,6 (0-9) баллов. Зарегистрирована достоверная позитивная корреляция между значениями опросника SARC-F и возрастом пациентов (r=0,35; p=0,03), а также обратная корреляция с функциональной активностью пациентов, оцененной с помощью индекса Бартел базовой функциональной активности (r=-0,55; p=0,0003) и шкалы IADL инструментальной функциональной активности (r=-0,51; p=0,001). Установлена обратная корреляция между значениями опросника SARC-F и мышечной силой, оцененной с помощью динамометрии (r=-0,58; p=0,0001), а также обратная корреляция с когнитивными способностями пациентов, оцененными с помощью теста Mini-Cog (r=-0,36; p=0,02). Значимых взаимосвязей между показателями опросника SARC-F и всеми изученными параметрами биоимпедансометрии не обнаружено. Зарегистрирована достоверная обратная корреляция между значениями опросника SARC-F и: общими абсолютными значениями минеральной плотности костной ткани по данным рентгеновской абсорбциометрии (r=-0,35; p=0,03), T-критерием в целом (r=-0,36; p=0,02) и Z-критерием (r=-0,39; p=0,01), минеральной плотностью костной ткани в нижних конечностях (r=-0,36; p=0,02) и в ребрах (r=-0,37; p=0,02). Наряду с этим установлена обратная корреляция между значениями опросника SARC-F и общей массой тощей ткани (r=-0,36; p=0,02), а также тощей тканью в верхних ко-



нечностях ($r=-0,33$; $p=0,04$). Зарегистрирована прямая корреляция между показателями SARC-F и отношением жира в нижних конечностях к общему содержанию жира ($r=0,49$; $p=0,006$). Содержание жидкости в организме по данным биоимпедансного анализа обратно коррелировало с общим содержанием жира в организме по данным рентгеновской абсорбциометрии ($r=-0,6$; $p=0,00000$), содержанием жира в туловище ($r=-0,62$; $p=0,00006$), в нижних конечностях ($r=-0,44$; $p=0,006$), в верхних конечностях ($r=-0,54$; $p=0,0006$), процентной долей жира в целом ($r=-0,46$; $p=0,004$), долей жира в туловище ($r=-0,46$; $p=0,004$), в нижних ($r=-0,37$; $p=0,02$) и в верхних конечностях ($r=-0,4$; $p=0,01$). Процентная доля жира по данным биоимпедансометрии коррелировала с абсолютными значениями жировой ткани в целом по данным рентгеновской абсорбциометрии ($r=0,47$; $p=0,003$), содержанием жира в туловище ($r=0,49$; $p=0,002$), жира в нижних конечностях ($r=0,34$; $p=0,03$) и в верхних конечностях ($r=0,41$; $p=0,01$). Достоверных взаимосвязей между процентной долей жира по данным биоимпедансного анализа и рентгеновской абсорбциометрии не обнаружено. Мышечная масса по данным биоимпедансного анализа коррелировала со следующими показателями рентгеновской абсорбциометрии: минеральной плотностью костной ткани в туловище ($r=0,43$; $p=0,008$), в костях таза ($r=0,44$; $p=0,007$) и в позвоночнике ($r=0,36$; $p=0,02$), с общей массой тощей ткани ($r=0,45$; $p=0,005$), массой тощей ткани в туловище ($r=0,55$; $p=0,0004$), в нижних ($r=0,37$; $p=0,02$) и в верхних конечностях ($r=0,36$; $p=0,03$). Зарегистрирована прямая корреляция между массой костной ткани по данным биоимпедансного анализа и следующими показателями рентгеновской абсорбциометрии: с общей абсолютной минеральной плотностью костной ткани ($r=0,34$; $p=0,04$), Т-критерием в целом ($r=0,33$; $p=0,04$), минеральной плотностью костной ткани в верхних конечностях ($r=0,34$; $p=0,04$), в костях туловища ($r=0,45$; $p=0,006$), таза ($r=0,47$; $p=0,003$) и позвоночника ($r=0,37$; $p=0,02$), а также с содержанием тощей ткани в целом ($r=0,44$; $p=0,006$), тощей ткани в туловище ($r=0,54$; $p=0,0006$), в нижних ($r=0,35$; $p=0,03$) и в верхних конечностях ($r=0,4$; $p=0,01$). Наблюдалась обратная корреляция между возрастом пациентов и общей абсолютной минеральной плотностью костной ткани ($r=-0,49$; $p=0,001$), Т-критерием в целом ($r=-0,57$; $p=0,0002$), Z-критерием ($r=-0,41$; $p=0,01$), минеральной плотностью в верхних ($r=-0,4$; $p=0,01$) и нижних конечностях ($r=-0,5$; $p=0,001$), в туловище ($r=-0,39$; $p=0,01$), ребрах ($r=-0,36$; $p=0,02$) и костях таза ($r=-0,45$; $p=0,004$), а также обратная корреляция с общим содержанием жировой ткани ($r=-0,34$; $p=0,03$) и массой жира в туловище ($r=-0,35$; $p=0,03$). Зарегистрированы прямые корреляции между мышечной силой, измеренной с помощью динамометрии, и следующими показателями: общей абсолютной минеральной плотностью костной ткани ($r=0,49$; $p=0,001$), Т-критерием в целом ($r=0,41$; $p=0,01$), минеральной плотностью костной тка-

ни в верхних ($r=0,51$; $p=0,001$) и нижних конечностях ($r=0,48$; $p=0,002$), ребрах ($r=0,41$; $p=0,01$), костях туловища ($r=0,49$; $p=0,001$), таза ($r=0,59$; $p=0,0001$) и позвоночника ($r=0,39$; $p=0,01$), а также с общим содержанием тощей ткани ($r=0,52$; $p=0,0007$), массой тощей ткани в туловище ($r=0,42$; $p=0,009$), в нижних ($r=0,5$; $p=0,001$) и в верхних конечностях ($r=0,6$; $p=0,00006$). Значимых корреляций между всеми показателями композиционного состава тела, проанализированного с помощью рентгеновской абсорбциометрии, и показателями функциональной активности по индексу Бартел и шкале IADL, выраженностью мальнутриции и риском падений в изученной группе больных не установлено.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о возможном использовании опросника SARC-F для диагностики старческой астении и саркопении, а биоимпедансного анализа – для изучения композиционного состава тела гериатрических пациентов. Однако наиболее точным методом анализа состава тела является двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КАК МЕНЯЕТСЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Романчук Л.Н.

Гродненский государственный
медицинский университет,
Гродно, Беларусь

Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой заболевание, являющееся одним из основных факторов риска сердечно-сосудистой смертности. АГ сопровождается морфологическими изменениями в целом ряде органов и систем с нарушением их функций. У врачей не возникает сомнений в необходимости пожизненной эффективной медикаментозной терапии АГ для предотвращения развития ее осложнений. При проведении антигипертензивной терапии необходимо воздействие на все факторы, улучшающие прогноз АГ. Один из таких факторов обозначают как «комплаентность» – согласие на прием назначенного лекарственного средства и соблюдение режима его приема. Приверженность к лечению касается как приема лекарственных средств, так и модификации образа жизни пациента. Влияние на данный фактор остается актуальным в настоящее время, что получило отражение в руководстве 2023 г. European Society of Hypertension по лечению АГ.

В 2014 году в терапевтическом отделении УЗ «ГКБ №3 г. Гродно» было проведено исследование по изучению мнения пациентов, находившихся на стационарном лечении, с целью уточнения вопросов приверженности к антигипертензивной терапии и причин госпитализации.

Целью исследования в настоящее время явилось проведение контроля приверженности к амбулаторному лечению пациентов с АГ, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении УЗ «ГКБ №3 г. Гродно», причин настоящей госпитализации, сравнение результатов исследований, проведенных с интервалом в 10 лет.

Материалы и методы. Исследование проведено согласно разработанной сотрудниками 1-й кафедры внутренних болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет» анкеты. В настоящее исследование были включены 40 пациентов, из них 20 мужчин, 20 женщин. Возраст обследуемых составил 50-80 лет. У всех пациентов был установлен диагноз АГ 2 степени. Сопутствующие заболевания – ИБС (без инфарктов в анамнезе). Группы сравнения были сопоставимы по возрастным характеристикам.

Результаты и обсуждение. В группе обследуемых в 2014 году о необходимости постоянного приема препаратов для лечения АГ знали 70% опрошенных. Принимали регулярно в течение последнего года антигипертензивные препараты 55% пациентов. Наиболее частыми причинами нерегулярного приема препаратов в домашних условиях являлись: «не хочу принимать сразу большое количество таблеток»: 25% и «забываю принять препарат вовремя»: 20%. Наиболее частыми причинами возникшей необходимости стационарного лечения были: «обострение сопутствующих заболеваний»: 55% и «возникла кризисная ситуация»: 45% обследуемых. Несмотря на низкую приверженность к амбулаторному лечению (55%), причиной госпитализации нерегулярный прием лекарственных препаратов называли всего 35% опрошенных. Появление побочных реакций называли 10-15% пациентов. Что изменилось за 10 лет? В 2024 году о необходимости постоянного приема лекарственных препаратов для лечения АГ знают 100% пациентов. Это говорит о значительном улучшении информированности по вопросам АГ. Получали регулярно лечение в течение последнего года 75% опрошенных. В лидерах причин нерегулярной антигипертензивной терапии в настоящее время: «хорошо себя чувствую» 15% и «забываю принять препарат вовремя» 10% обследуемых. Причиной госпитализации «недостаточный эффект от подобранной схемы лечения», указали в настоящее время 27,5% пациентов (в 2014г 10%). Такие причины настоящего стационарного лечения, как «произошел перерыв в приеме лекарственных препаратов», «обострение сопутствующих заболеваний» и «возникла кризисная ситуация» также имеют большое значение, их указали по 20% пациентов.

Выводы. Для успешного лечения пациентов с АГ, профилактики сердечно-сосудистых осложнений, снижении нуждаемости в госпитализации необходима организация активного участия самих пациентов в лечении. Для этого можно рекомендовать:

1. Обеспечение достаточной информационной базы по вопросам осложнений АГ, причин смертности и инвалидизации.

2. Оптимизация взаимодействия врач - пациент с целью эффективного влияния на модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, коррекция схем медикаментозной терапии с индивидуализацией лечения: простота приема лекарственных препаратов, применение фиксированных комбинаций с однократным приемом в сутки, отсутствие влияния лечения на привычный режим жизни пациента.

3. Обеспечение должного внимания лечению сопутствующей патологии, в том числе своевременная психотерапевтическая поддержка, что необходимо для устранения факторов риска декомпенсации течения АГ как причины частых госпитализаций.

ИНТЕНСИВНАЯ И РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Росстальная А.Л.¹, Сабилов Д.М.¹,
Дадаев Х.Х.², Тахиров А.У.²

¹Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,

²Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ и вычисление процента эффективности применения виброакустической терапии у больных находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с дыхательной недостаточностью (ДН), а также подсчет времени пребывания на респираторе.

Материал и методы. Было обследовано и проведен анализ 204 пациентов, находящихся в отделении нейрохирургической реанимации в период с 2019 по 2024 года. Средний возраст больных составил $34,4 \pm 5,4$ лет (от 18 до 79), из них 64% составили мужчины и 36% женщин. В исследование вошли все пациенты с развившейся ДН на фоне проводимой ИВЛ. Всем пациентам был выставлен диагноз пневмония, которая явилась причиной прогрессирования ДН. Респираторная поддержка осуществлялась в режиме SIMV VC или SIMV PC (FiO₂ 30-40%, P_{asb} 8-15 mbar, P_{ins} 10-25 mbar, PEEP >8 mbar, I: E= 1:1 или 1:2). Параметры ИВЛ подбирались индивидуальные. Больные были разделены на две группы: I группа (n=100) – ведение больных с применением традиционной терапии и респираторной поддержки, II группа (n=104) – ведение больных с применением традиционной терапии и применением «VibroLung» во время респираторной терапии. Виброакустическая терапия применялась с целью улучшения дренажной функции и рекрутирования альвеол. Процедура повторялась от 3 до 6 раз в сутки (в некоторых случаях до 10 сеансов), в зависи-

мости от выделяемого секрета. Антибиотикотерапия проводилась согласно результатам бактериологического исследования мокроты.

Результаты и обсуждение. Выявлено преимущество применения респираторной поддержки с применением виброакустической терапии. Обращают на себя внимание параметры респираторной механики и газообмена. Так во второй группе видно явное преимущество уже на первые сутки (I группа $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – $188 \pm 29,2$, II группа – $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – $297 \pm 30,4$). Клинически отмечается улучшение дренажной функции легких, повышение комплайенса, увеличивался дыхательный объем, увеличивалась SpO_2 на фоне снижения FiO_2 до 30%. Кроме того, среднее время нахождения на ИВЛ в I группе составило $5,4 \pm 4,2$ суток, а во второй группе составило $2,6 \pm 1,2$ суток. Хотелось также отметить, что профилактическое применение виброакустической терапии рутинно у всех больных, позволило улучшить дренаж трахеобронхиального дерева, сократить ателектазирование альвеол и сократить частоту санации трахеобронхиального дерева.

Выводы. Применение виброакустической терапии позволило в комплексе с респираторной поддержкой сократить время нахождения пациентов на респираторе. Все это дало возможность достоверно предотвратить прогрессирование развития дыхательной недостаточности, а продолжительность нахождения больного на респираторе сократилось в $2 \pm 1,1$ раза.

ПОЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ И НАРУШЕННЫМ КАРКАСОМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Росстальная А.Л.¹, Рахимов Р.О.², Дадаев Х.Х.³

¹Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,

²Джизакский филиал Республиканского научного
центра экстренной медицинской помощи,

³Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов пострадавших при сочетании тяжелой черепно-мозговой травмой с нарушением каркаса грудной клетки, путем наружной фиксации ребер и к проведению респираторной поддержки учитывая индивидуальные особенности развертывая компенсаторных процессов.

Материал и методы исследования. Нами был проведен анализ 96 пациентов с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой в сочетании с нарушением

каркаса грудной клетки за период с 2019 по 2024 гг. находившихся в нейрореанимации РНЦЭМП. Средний возраст пострадавших составил $32 \pm 4,2$ лет, из них 89% составили мужчины и 11% женщин. Шок при поступлении в отделение реанимации отмечался у 71% пострадавших. Тяжесть состояния по АРАСНЕ II на момент поступления в реанимационное отделение в среднем составила $21 \pm 0,9$. Среднее количество сломанных ребер у одного больного $7 \pm 0,6$. Двусторонние повреждения ребер у 27%. Тяжесть повреждения легких по Мургау при поступлении $> 2,5$.

Все больные после операции поступали в реанимационное отделение для дальнейшего лечения и наблюдения. Всем больным проводилась наружную фиксацию ребер при помощи пластины по методике РНЦЭМП. В дальнейшем в отделении больные были разделены на 2 группы в зависимости от способа вентиляции. В первую группу вошло 47 больных, которым ИВЛ проводили в режиме SIMV VC, во вторую группу были включены 49 больных, которым ИВЛ проводили вентиляцию в комбинации режимов SIMV VC и sHFJV. Полученные данные регистрировали непосредственно в период проведения ИВЛ, через 10-15 мин с момента поступления в реанимационное отделение, через 6-12-24 часа и в последующем каждые сутки.

Результаты и обсуждение. Проводя анализ данных до и после проведения респираторной поддержки, можно сказать, что в первые сутки нахождения в реанимационном отделении тяжесть состояния больных оценивалась как тяжелое. Значения параметров в режиме SIMV VC: АДсис, мм рт.ст. – $130 \pm 3,5$; АДдиас, мм рт.ст. – $78 \pm 2,2$; $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, мм рт.ст. – $198 \pm 1,4$; SaO_2 , % – $90 \pm 1,2$; Qs/Qt , % – $21,1 \pm 1,9$; ЧСС, в мин – $76 \pm 4,5$; СИ, л/мин/м² – $3,2 \pm 0,7$; С, мл/см H₂O – $42,8 \pm 3,2$; PaO_2 , мм рт.ст. – $59 \pm 1,1$; PaCO_2 , мм рт.ст. – $37 \pm 1,7$; а в режиме режимов SIMV VC и sHFJV – АДсис, мм рт.ст. – $121 \pm 3,7$; АДдиас, мм рт.ст. – $75 \pm 3,1$; $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, мм рт.ст. – $121 \pm 11,5$; SaO_2 , % – $97 \pm 1,2$; Qs/Qt , % – $16 \pm 1,4$; ЧСС, в мин – $68 \pm 3,8$; СИ, л/мин/м² – $3,6 \pm 1,3$; С, мл/см H₂O – $67 \pm 2,3$; PaO_2 , мм рт.ст. – $106 \pm 1,3$; PaCO_2 , мм рт.ст. – $39,4 \pm 1,5$. По показателям из КОС можно увидеть достоверное улучшение газов крови, сатурации и снижение шунта у больных, которым проводили вспомогательную вентиляцию легких при сочетании режимов SIMV VC с sHFJV.

Продолжительность респираторной поддержки составила $6,1 \pm 1,4$ суток, это значительно меньше, чем у больных, находящихся на ИВЛ в 1-ой группе – $14,9 \pm 2,4$ суток ($p < 0,01$). Подобным образом различалась и длительность пребывания в реанимационном отделении, так в основной группе $12,8 \pm 1,6$ суток, чем в контрольной группе – $20,8 \pm 1,6$ суток ($p < 0,01$).

Выводы. Применение сочетания режимов вентиляции SIMV VC с sHFJV у больного улучшаются показатели внешнего дыхания, гемодинамики и газов крови, что в последующем снизило процент присоединения пневмонии на 26,2% и соответственно снизило время пребывания в стационаре в среднем на $3 \pm 1,2$ дней.

АУТОИММУНИТЕТ К СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЕ И ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Русанова О.А.¹, Емельянова О.И.¹,
Трофименко А.С.¹, Спицина С.С.^{1,2}, Русанов Д.П.²

¹НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,

³Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Основное значение свободных радикалов при ревматоидном артрите связано с их способностью повреждать белки, липиды, ДНК, придавая им свойства аутоантигенов и провоцируя выработку антител (АТ). Достигается это усилением выработки активных форм кислорода (АФК), которые, в свою очередь, окисляют белки, вызывают перекисное окисление липидов, стимулируют высвобождение протеолитических ферментов и вазоактивных аминов, ответственны за процессы инактивирования и трансформации ферментов, угнетения функциональной активности иммунокомпетентных клеток. Естественным препятствием патологическому воздействию АФК на собственные ткани является антиоксидантная система (АОС) организма, включающая в себя ферментные и неферментные звенья. Основными энзимными компонентами АОС считают глутатионпероксидазу (ГП), супероксиддисмутазу (СОД), глутатионредуктазу (ГР), каталазу (КАТ) и церулоплазмин (ЦП). Они нейтрализуют высокоактивные супероксидные анионы, перекись водорода, гидроперекиси жирных кислот, предотвращая накопление особо токсичных вторичных продуктов перекисного окисления липидов. В качестве одной из причин функциональной недостаточности энзимов-антиоксидантов при ревматоидном артрите считают образование антител к ним.

Цель. Изучение образования аутоантител к ферментам системы антиоксидантной защиты супероксиддисмутазе и каталазе при ревматоидном артрите.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка крови 75 больных РА (63 женщины и 12 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет) находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении МУЗ ГКБСМП №25 г. Волгограда. В качестве контроля служили 30 практически здоровых лиц – доноров станции переливания крови. В качестве антигенов использовались коммерческие препараты: СОД из эритроцитов человека производства НПО «Биопрепарат» с активностью 30 Ед/мг ЦП- «Церулоплазмин диагностический очищенный жидкий человеческий» Санкт-Петербург, Россия. Антитела к ферментам определяли иммуноферментным методом при фиксации антигена в магни-

тоуправляемых сорбентах по методу Гонтия. Результаты выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.).

Результаты. В сыворотках больных 75 больных РА обнаружены повышенные значения уровня антител к СОД у 67 пациентов (89,3%). У пациентов с I степенью активности у 13 пациентов (81,2%) повышенный уровень АТ к СОД. При II степени у 43 человек (89,5%). В третьей группе у всех 11 человек. Уровень АТ в I группе $0,102 \pm 0,011$ е.о.п., у второй – $0,135 \pm 0,006$ е.о.п., в третьей группе $0,229 \pm 0,051$ е.о.п. В контрольной группе уровень антител составил $0,06 \pm 0,004$ е.о.п. Выявлено достоверное повышение значения АТ к ЦП в 74,6% (56 пациента). У пациентов с I степенью активности у 11 пациентов (68,7%) повышенный уровень АТ к ЦП. При II степени у 36 человек (75%). В третьей группе у 9 человек (81,8%). У пациентов первой группы уровень антител $0,097 \pm 0,014$ е.о.п., во II группе $0,139 \pm 0,011$ е.о.п., в III группе $0,182 \pm 0,02$ е.о.п. Уровень антител в контрольной группе составил $0,02 \pm 0,06$ е.о.п.

Результаты. В ходе проведенного исследования обнаружен превышающий естественный уровень антител у церулоплазмина и супероксиддисмутазе, который достоверно отличался от значений здоровых лиц. Выявлена статистически значимая зависимость между уровнем антител к энзимам и активностью заболевания

Выводы. При РА наблюдается образование АТ к ферментам антиоксидантной защиты, зависящее от активности заболевания. Выявление АТ может служить дополнительным критерием для выражения степени активности заболевания, отражая состояние «оксидативного стресса» при ревматоидном артрите.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ: ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОГО РАСПОЗНАВАНИЯ

Рыжачкина А.С., Махнов А.П.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Анализ клинической картины и данных первичного исследования больных инфекционным эндокардитом (ИЭ) с целью улучшения его диагностики и результатов лечения.

Материалы и методы. Рассмотрены истории болезни 21 больного с инфекционным эндокардитом (ИЭ), которые поступили в кардиологическое отделение в течение последних 10 лет.

Результаты. В качестве диагноза направления на госпитализацию у всех пациентов было указано как минимум одно заболевание, включенное в сердечно-сосудистый континуум (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, сахарный диабет и их последствия). Кроме того, в анамнезе у ряда больных были факторы риска развития ИЭ, в том числе наличие врожденных

или приобретенных пороков сердца (у 5 больных, 24%) и хронических очагов инфекции различной локализации (у 14 больных, 67%).

Клиническая картина была представлена очень разнообразно и включала кардиалгии, ощущения сердцебиения, снижение веса, нарушения стула, артралгии, сухой кашель. Самыми частыми проявлениями были повышение температуры тела (у всех, в т. ч. у 7 – 33% непостоянное) и необъяснимая слабость (у 20 из 21 больного), а так же одышка (у 13 больных – 62%).

Диагноз ИЭ у всех больных был установлен после ЭХО-кг, которая выявляла вегетации на створках нативного клапана или на каркасе протеза. При этом у 8 больных потребовалось повторное ЭХО-кг-исследование, поскольку при первом патология была не найдена. Обращает на себя внимание то, что из этих 8 случаев только в одном была использована чрезпищеводная ЭХО-кг, которая более чувствительна при распознавании внутрисердечных вегетаций.

Выявление флоры ответственной за развитие ИЭ продолжает оставаться неудовлетворительной. В нашей группе больных с повышением температуры тела положительные результаты посева гемокультуры были получены только у 6 больных, а у всех остальных данные были негативными либо вследствие качества сред для посева, либо из-за взятия анализа уже после начала антибактериальной терапии.

Микробиологическое исследование образцов, полученных от пациентов с положительным результатом, выявило широкий спектр инфекционных агентов. Обнаружено значительное разнообразие бактериальной флоры, что подчеркивает важность точной идентификации возбудителя для выбора оптимальной терапии. В исследованной группе у 4-х больных было установлено инфицирование *Corynebacterium jeikeium*, *E. coli*, *Staph. aureus* и *Staph. epidermidis*, у одного больного в посеве были найдены сразу три потенциальных возбудителя – *Strept. pyogenes*, *Staph. auricularis* и *Enterococcus faecalis*, а еще у одного – трансформация возбудителя от *Strept. viridans* в первом посеве до *Strept. a-hemolytic* в посеве через 3 недели.

По нашим данным у больных ИЭ время от появления первых жалоб и признаков заболевания и до момента установления диагноза (и начала терапии) остается достаточно большим – в среднем оно составило 3,1 месяца. Это сравнимо с данными, которые имели место в нашем городе еще в 80-х годах. Определенная часть этой задержки обусловлена поздним обращением больных за медицинской помощью, но немалый срок занимает и время наблюдения за больным без установленного диагноза. В результате первого обращения за медицинской помощью лишь у 8 пациентов из 21 (38%) ИЭ был распознан. В остальных случаях симптомы объяснялись различными иными заболеваниями, часто без действий по их верификации.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что распознавание у больного ИЭ занимает значительное время. Поскольку в дебюте заболевания одним из самых частых симптомов является какое-либо необъяснимое

повышение температуры тела, авторы полагают, что применение в такой клинической ситуации программы диагностики лихорадки неясного генеза сократит время диагностики ИЭ. Так же необходимым условием своевременной диагностики ИЭ является своевременный забор крови для посева до начала антибактериальной терапии у больного без диагноза и дифференцированный выбор сред для микробиологического исследования при отрицательных данных у больных с неясным диагнозом.

КРИСТАЛЛИЧЕСКАЯ ГОЛОВОЛОМКА: ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ БОЛЕЗНИ ДЕПОНИРОВАНИЯ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ

Савельева Ю.О.

ООО «Добрый доктор»,
Калининград

Цель исследования. Изучить актуальность болезни депонирования пирофосфата кальция (псевдоподагры) как клинической проблемы, проанализировать существующую номенклатуру и диагностические критерии заболевания. Провести обзор литературы и статей как российских, так и зарубежных авторов для выявления современных подходов к диагностике и лечению псевдоподагры.

Материалы и методы. Проведен обзор литературы, включающий статьи, опубликованные в период с 2020 по 2025 год собранные на ресурсе Pubmed. Анализировались клинические исследования, мета-анализы, обзоры и клинические случаи касающиеся номенклатуры, диагностики и лечения псевдоподагры.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что псевдоподагра часто недооценивается в клинической практике, что связано с недостаточной осведомленностью врачей об ее симптомах и диагностических критериях. Обсуждены новые классификационные критерии болезни депонирования пирофосфата кальция (ДПФК) EULAR/ACR 2023 года, а также клинические фенотипы болезни ДПФК EULAR 2011. Подготовлен клинический случай из личной практики поражения плечевого сустава болезнью ДПФК.

Выводы. Псевдоподагра является актуальной проблемой, требующей повышения осведомленности среди медицинских работников и введения в практику новых классификационных критериев от 2023 г. Необходимы дальнейшие исследования для разработки более эффективных методов диагностики и лечения. Рекомендации для практикующих врачей включают регулярное обновление знаний о псевдоподагре, внедрение современных диагностических подходов в клиническую практику и активное использование междисциплинарного подхода для улучшения исходов лечения пациентов.

ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ В ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Савушкина И.А., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Новая коронавирусная инфекция (НКИ) COVID-19 (COronaVIrus Disease 2019) поставила перед наукой сложные задачи. Изучение патогенеза для поиска новых методов лечения по-прежнему актуально. Функциональная значимость тучных клеток (ТК) и их специфических протеаз в организме человека делает их важным объектом для исследования, в том числе в аспекте участия в поражении легких при COVID-19.

Цель. Определение роли ТК и их протеаз химазы и триптазы в патогенезе поражения легких у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы. В исследование включены 55 пациентов: 29 мужчин (53%) и 26 женщин (47%) средним возрастом 67 [62;71] лет с НКИ COVID-19, подтвержденной методом полимеразной цепной реакции, COVID-19-ассоциированным поражением легких, госпитализированных в БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» и БУЗ ВО ВОКБ №1 и умерших в результате крайне тяжелого течения COVID-19. Критериями исключения были: наличие других инфекционных заболеваний легких, хронических заболеваний дыхательной системы, тромбоэмболии легочной артерии, онкологических, в том числе онкогематологических, заболеваний, хронической сердечной недостаточности выше IIА стадии по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, гидроторакса, хронической болезни почек выше С2 стадии, гепатита, цирроза печени, сахарного диабета 1 и 2 типов, курения в анамнезе.

Контрольная группа представлена 30 лицами (16 мужского пола (53%) и 14 женского (47%)), средним возрастом 64,5 [58;70] лет, умершими от внешних причин. Основная и контрольная группы достоверно не отличались по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям.

После смерти производился забор репрезентативного участка легочной паренхимы с изготовлением срезов и иммуногистохимическим окрашиванием с помощью первичных мышиных антител Anti-Mast Cell Tryptase antibody (клон AA1, #ab2378, разведение 1:4000) и Anti-Mast Cell Chymase antibody (#ab233103, разведение 1:1000). В качестве вторичных применяли козьи антикроличьи антитела #AS-R1-HRP. ТК подсчитывали на объективе микроскопа $\times 40$ с анализом 50 полей зрения, с подсчетом хима-

за- и триптаза- позитивных ТК, распределенных по наличию дегрануляции.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statgraphics Centurion XV. Достоверность различий основной и контрольной групп оценивалась по критерию Манна-Уитни, корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Достоверны различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В аутопсийном материале легких пациентов с COVID-19 в сравнении с контролем обнаружено статистически значимо большее абсолютное содержание триптаза-позитивных ТК: одиночных недегранулирующих ($p < 0,001$), совместно прилежащих недегранулирующих ($p < 0,001$) и общее количество триптаза-позитивных ТК ($p = 0,033$). Относительное (в %) содержание одиночных дегранулирующих триптаза-позитивных ($p < 0,001$), совместно прилежащих дегранулирующих триптаза-позитивных ($p < 0,001$) и фрагментов ($p < 0,001$) статистически значимо ниже в основной группе. Представительство триптаза-позитивных ТК в легких пациентов с COVID-19 оказалось выше, чем в контроле, а дегрануляционная активность ниже, что подтверждает большее содержание недегранулирующих триптаза-позитивных ТК и меньшее дегранулирующих и фрагментов как продукта дегрануляции.

Представительство химаза-позитивных ТК в основной группе ниже. Обнаружено меньшее содержание химаза-позитивных ТК: одиночных недегранулирующих ($p < 0,001$) и дегранулирующих ($p = 0,048$), общее количество одиночных ($p = 0,034$), а также фрагментов ($p < 0,001$) и общее число химаза-позитивных ($p = 0,013$).

Средняя продолжительность заболевания у пациентов с COVID-19 составила 15 [12; 22,5] дней, а госпитализации 9 [5; 14,5] дней. Содержание (в %) одиночных триптаза-позитивных ТК отрицательно коррелирует с продолжительностями заболевания и госпитализации ($p = 0,015$, $r = -0,327$ и $p = 0,006$, $r = -0,368$, соответственно). Количество (в %) фрагментов триптаза-позитивных ТК положительно коррелирует с продолжительностью госпитализации ($p = 0,007$, $r = 0,357$). Содержание (в %) совместно прилежащих недегранулирующих триптаза-позитивных ТК положительно коррелирует с продолжительностями заболевания и госпитализации ($p = 0,02$, $r = 0,312$ и $p = 0,016$, $r = 0,324$, соответственно).

Выводы. Таким образом, химаза-позитивные ТК в легких пациентов с COVID-19 представлены меньше, чем в контроле. Содержание триптаза-позитивных ТК в легких пациентов с COVID-19 значимо выше, чем в контроле, однако дегрануляционная активность ниже, что может быть как изначальным феноменом, так и следствием истощения процессов дегрануляции по мере течения заболевания, учитывая установленные связи с длительностью заболевания.

COVID-19 И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК

Савушкина И.А., Овсянников Е.С.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Известно, что тучные клетки (ТК) вовлечены в развитие заболеваний органов дыхания, атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, заболеваний почек, злокачественных новообразований и т.д. Кроме того, ТК являются важными участниками поражения легких при COVID-19 (COronaVirus Disease 2019). В связи с этим, актуальной становится оценка представительства ТК в легких пациентов с COVID-19 в сочетании с сопутствующими патологиями.

Цель исследования. Оценка представительства и дегрануляционной активности ТК в ткани легких у больных COVID-19 с сопутствующими заболеваниями.

Материалы и методы. В исследование включены 55 пациентов средним возрастом 67 [62;71] лет: 29 мужчин (53%) и 26 женщин (47%) с НКИ COVID-19, подтвержденной методом полимеразной цепной реакции, COVID-19-ассоциированным поражением легких, госпитализированных в БУЗ ВО «ВГКБСМП №1» и БУЗ ВО ВОКБ №1 и умерших в результате крайне тяжелого течения COVID-19. Критерии исключения: наличие других инфекционных заболеваний легких, хронических заболеваний дыхательной системы, онкологических, в том числе онкогематологических, заболеваний, тромбозов легочной артерии, хронической сердечной недостаточности выше IIa стадии по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, гидроторакса, хронической болезни почек выше С2 стадии, гепатита, цирроза печени, сахарного диабета 1 и 2 типов, курения в анамнезе. После смерти производился забор репрезентативного участка легочной паренхимы с изготовлением срезов и иммуногистохимическим окрашиванием с помощью первичных мышиных антител Anti-Mast Cell Tryptase antibody (клон AA1, #ab2378, разведение 1:4000) и Anti-Mast Cell Chymase antibody (#ab233103, разведение 1:1000). В качестве вторичных применяли козьи антикроличьи антитела #AS-R1-HRP. ТК подсчитывали на объективе микроскопа $\times 40$ с анализом 50 полей зрения, с подсчетом химаза- и триптаза-позитивных ТК, распределенных по наличию дегрануляции. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statgraphics Centurion XV. Корреляционный анализ производился с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У пациентов обнаружены следующие установленные сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (ГБ) – 82% (45

человек); ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 11% (6 человек); перенесенный ранее ишемический инсульт – 18% (10 человек); хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 27% (15 человек), из них: I стадия по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко – 11% (6 человек), IIa стадия – 16% (9 человек); ожирение – 25% (14 человек); хроническая болезнь почек (ХБП) (C1-C2 стадии) – 20% (11 человек).

Установлены связи для показателей ТК с сопутствующими заболеваниями. Наличие ХСН положительно коррелирует с содержанием триптаза – ($p < 0,05$, $r = 0,318$) и химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,415$), одиночных триптаза – ($p < 0,05$, $r = 0,341$) и химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,419$), в том числе дегранулирующих ($p < 0,05$, $r = 0,336$ и $p < 0,05$, $r = 0,3946$, соответственно). Наличие ИБС положительно коррелирует с общим содержанием химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,498$), одиночных химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,5$), в том числе дегранулирующих ($p < 0,05$, $r = 0,501$). Наличие перенесенного в прошлом ОНМК коррелирует с общим содержанием совместно прилежащих химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,486$) и количеством дегранулирующих совместно прилежащих химаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,486$). Обнаруженные связи химаза-позитивных ТК с наличием ИБС и ОНМК могут быть обусловлены участием данной протеазы в развитии атеросклероза. Учитывая, что одной из основных причин ХСН является ИБС, этим же можно объяснить и наличие корреляций с наличием ХСН. В легких пациентов с ожирением обнаружено статистически значимо большее общее содержание триптаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,363$) и содержание одиночных триптаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,365$). Известно об увеличении количества ТК при ожирении, что связано с повышением провоспалительной активности и ростом активности фосфолипазы, усиливающей процесс дегрануляции. У пациентов с ХБП C1-2 выше общее содержание триптаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,408$) и одиночных дегранулирующих триптаза-позитивных ТК ($p < 0,05$, $r = 0,452$). Для ГБ статистически значимые связи не установлены.

Выводы. Таким образом, отмечены несколько значимых взаимосвязей между показателями ТК в аутопсийном материале легких пациентов с COVID-19 и наличием некоторых сопутствующих патологий. Обнаружено увеличение количества ТК и их дегрануляционной активности у пациентов с ХСН, ожирением, ХБП, ИБС и перенесенным в прошлом ОНМК, что может свидетельствовать о повышенном риске развития цитокинового шторма у пациентов с данными сопутствующими заболеваниями.



МР-T2 КАРТИРОВАНИЕ ХРЯЩА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

Савушкина Н.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А.,
Стребкова Е.А., Кашеварова Н.Г., Хальметова А.Р.,
Кудинский Д.М., Шарапова Е.П.,
Колесникова К.В., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Определить время T2 релаксации суставного хряща (суммарный, глубокий и поверхностный слой) при МР-исследовании в зависимости от длительности остеоартрита (ОА).

Материалы и методы. В проспективное исследование за период 2023-2024 гг. было включено 45 пациентов в возрасте 35-75 лет, с достоверным диагнозом ОА (ACR) коленных суставов I-III стадии, подписавших информированное согласие. Средний возраст пациентов составил $52,7 \pm 11,0$ лет, ИМТ – $28,9 \pm 7,7$ кг/м², медиана длительности заболевания – 2 [1; 4] лет. Все пациенты были распределены в три группы: 1 группа (n=20) – пациенты с ОА небольшой длительностью (до 1 года); 2 группа (n=12) – пациенты с ОА длительностью от 1 года до 5 лет; 3 группа (n=13) – пациенты с ОА длительностью более 5 лет. Во всех группах оценивались количественные признаки времени T2 релаксации суставного хряща (суммарный, глубокий и поверхностный слой) при МР-исследовании. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Statistica 10.0.

Результаты. В 1 группе показатели МР-T2 времени релаксации в глубоком слое хряща составили 34,0 [31,3; 34,9] мс, в поверхностном – 39,6 [35,3; 42,4] мс, в суммарном – 35,0 [31,7; 36,7] мс. Во 2 группе показатели МР-T2 времени релаксации в глубоком слое хряща составили 33,5 [31,9; 35,3] мс, в поверхностном – 37,8 [35,6; 38,9] мс, в суммарном – 34,6 [33,8; 35,2] мс. Во 3 группе показатели МР-T2 времени релаксации в глубоком слое хряща составили 34,5 [32,2; 35,3] мс, в поверхностном – 36,8 [36,1; 40,8], в суммарном – 36,1 [34,5; 38,0] мс. Статистически значимых различий при оценке количественных показателей T2 времени релаксации во всех слоях хряща в трех группах выявлено не было. Однако нами была отмечена тенденция к увеличению T2 времени релаксации в поверхностном слое хряща у больных с ОА коленных суставов с давностью заболевания до 1 года (рисунок 1).

Заключение. Полученные результаты показывают тенденцию к увеличению T2 времени релаксации в поверхностном слое хряща у пациентов с ОА коленных суставов небольшой длительности (до 1 года), что возможно позволит в будущем рассматривать данный показатель в качестве одного из признаков прогрессирования заболевания, и требует дальнейшего изучения и сопоставления с клиническими данными.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МНОЖЕСТВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ХРЯЩА С ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЦИТОКИНАМИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ НЕБОЛЬШОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

Савушкина Н.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А.,
Стребкова Е.А., Кашеварова Н.Г., Хальметова А.Р.,
Шарапова Е.П., Самаркина Е.Ю., Авдеева А.С.,
Диатроптов М.Е., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Определить взаимосвязь поражения хряща с лабораторными изменениями при остеоартрите (ОА) коленных суставов небольшой длительности.

Материалы и методы. В проспективное исследование за период 2023-2024 гг. были включены 69 женщин, соответствующие разрабатываемым и проходящим в настоящее время апробацию критериям ESKOA, с ОА коленных суставов и рентгенологической стадией I-II стадии (Kellgren J.-Lawrence J.), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациенток составил $44,8 \pm 8,0$ лет (от 35 до 66), индекс массы тела (ИМТ) $25,5 \pm 5,0$ кг/м², длительность боли в коленных суставах – 0,8 [0,5; 1] года. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, показатели WOMAC, суставной статус, сопутствующие заболевания и терапию за период наблюдения. Всем пациенткам проводились стандартная рентгенография коленных суставов, денситометрия шейки бедра и поясничного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография (МРТ по WORMS) коленных суставов. Интенсивность сигнала и морфологию хряща по WORMS оценивали по следующей градации: 0 – нормальная толщина и сигнал, 1 – нормальная толщина, но повышенный сигнал на T2-взвешенных изображениях, 2 – очаговый дефект шириной <1 см не на всю глубину, 3 – множественные участки частичных дефектов не на всю глубину (степень 2,0), чередующиеся с участками нормальной толщины, или дефект градации 2,0 шире 1 см, но <75% области, 4 – диффузная ($\geq 75\%$ области) частичная потеря толщины, 5 – множественные участки полной потери толщины (степень 2,5) или поражение 2,5 степени шире 1 см, но <75% области, 6 – диффузная ($\geq 75\%$ области) потеря полной толщины. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Statistica 10.0.

Результаты. В соответствии с градацией WORMS пациенты соответствовали следующим категориям: 0 – 1,5% случаев (n=1), 1 – 6% (n=4), 2 – 33% (n=23), 3 – 52% (n=36), 4 – 7% в (n=5); ни у одного больного не было поражений хряща, соответствующим

категориям 5 и 6 по MPT WORMS. В зависимости от наличия множественных частичных и/или полных дефектов хряща по MPT WORMS все пациенты были распределены на 2 группы: 1 группа (n=48, 59%) – с наличием таковых и 2 группа (n=28, 41%) – без таковых. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, ИМТ, объему талии и бедер, уровню боли по ВАШ и WOMAC, показателям СОЭ и СРБ, а также длительности приема НПВП и SYSADOA. В 1 группе отмечались более высокие значения уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6) по сравнению со 2 группой (0,28 [0,004; 0,016] пг/мл против 0,03 [0,01; 0,08] пг/мл; $p=0,005$). В корреляционном анализе по Спирмену подтверждены позитивные взаимосвязи ($p<0,05$) между наличием множественных дефектов хряща и более высокими значениями ИЛ-6 ($r=0,4$).

Заключение. В нашем исследовании было показано, что у пациентов с длительностью ОА не более 1 года более, чем в 50% случаев уже имеются множественные дефекты хряща по данным MPT WORMS. Также в данной работе было продемонстрировано, что наличие более 1 частичного дефекта хряща ассоциируется с более высокими показателями ИЛ-6, что возможно может свидетельствовать в пользу значимой роли воспаления в развитии ОА.

КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сагатова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение/цель. Актуальной проблемой современной ревматологии является кардиоваскулярная патология у больных системными ревматическими заболеваниями.

Цель. Изучить частоту и особенности изменения брахиоцефальных артерий (БЦА) у больных системной склеродермией (ССД).

Материал и методы. Обследовано 33 женщины, в том числе 10 больных достоверным диагнозом ССД (средний возраст $47,6 \pm 3,9$ года) и 23 клинически здоровые женщины (средний возраст $48 \pm 1,8$ года; $p=0,984$). От всех участниц исследования получено информированное согласие. Обследование проводилось в СКАЛЕ и ревматологическом отделении 1 клиники Ташкентская Медицинская Академия Средняя длительность ССД составила 80 ± 21 мес, у всех больных имелась диффузная форма болезни. В 100% случаев при ССД установлено поражение кожи, сосудов, суставов. У 9 пациенток диагностированы интерстициальные изменения легких. Семь больных имели поражение сердца, четыре – склеродермическое поражение пищевода. Терапия 7 боль-

ным проводилась D-пеницилламином, 5 – аминохинолиновыми препаратами, двум пациенткам метотрексатом. Глюкокортикоидную терапию получали 5 женщин с ССД. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий выполнено на аппарате Vivid 7 (General Electric, США) линейным датчиком 7 L на частоте 8 МГц в режиме триплекс. Результаты оценивались согласно рекомендациям ВНОК. Статистическая обработка проведена с помощью пакета SPSS 17.0, для сопоставления количественных данных использован U-критерий Манна-Уитни, для сравнения частоты появления признака в группах применен 2-критерий Пирсона.

Результаты/обсуждение. Атеросклеротические бляшки БЦА диагностированы у 3 больных ССД (30%) и 5 женщин контрольной группы (21,7%; $p=0,611$). Гемодинамически значимые стенозы в каротидном бассейне установлены у двух пациенток с ССД (20%) и двух женщин контрольной группы (8,7%; $p=0,361$). Патологическая извитость БЦА выявлена в 4 случаях при ССД (40%) и в 5 случаях в группе контроля (21,7%; $p=0,279$).

Выводы/заключение. Небольшое количество обследованных нами больных ССД не позволило получить статистически значимых различий, однако при ССД установлена тенденция к более высокой частоте развития патологической извитости БЦА и возникновению гемодинамически значимых стенозов.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сагатова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение/цель. Изучить распространенность аритмий и нарушений проводимости сердца у больных системной склеродермией (ССД) и сравнить частоту их выявления разными методами исследования.

Материал и методы. В исследование включено 80 больных ССД (28 больных с диффузной и 52 – с лимитированной формой) в возрасте 21-80 лет (в среднем $52 \pm 11,61$ года) и длительностью болезни от 1 года до 36 лет (в среднем $9,82 \pm 8,67$ года). Всем больным проводили стандартную электрокардиографию (ЭКГ) и 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ).

Результаты/обсуждение. При стандартной ЭКГ аритмии сердца выявлялись у 14 (17%) больных, в том числе наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС) у 10 (13%) и желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) у 7 (9%) больных. Нарушения проводимости сердца отмечались у 28 (35%) больных, включая блокаду правой ножки пучка Гиса (НПГ) – у 7 (9%), блокаду левой НПГ – у 16 (20%) и блокаду обеих НПГ – у 5 (6%). Аритмии

у больных в возрасте до 50 или старше 50 лет встречались у 10 из 28 (35%) и у 34 из 52 (65%) соответственно ($p=0,017$). Частота нарушений ритма сердца (НРС) в группе больных с длительностью ССД до 5 лет и более 5 лет достоверно не различалась. Различий НРС в зависимости от формы также не выявлено. Корреляции с длительностью, формой и возрастом не зафиксировано. По результатам ХМ-ЭКГ аритмии сердца были выявлены у 77 (96%) больных, в том числе НЖЭС у 74 (93%) больных и ЖЭС у 52 (65%) больных, и это в 7 раз превосходило частоту их выявления с помощью стандартной ЭКГ. ЖЭС высокой градации согласно классификации Лауна–Вольфа выявлялись у 29 из 80 (36%) больных. Помимо выявленных при ЭКГ нарушений проводимости, при ХМ-ЭКГ наблюдалась атриоventрикулярная блокада 1-й степени у 3 (4%) больных и 2-й степени у 2 (3%) больных. У 21 из 80 (26%) больных имелась ишемическая болезнь сердца (ИБС). Различий частоты аритмий сердца между больными ССД с ИБС и без ИБС не наблюдалось.

Выводы/заключение. Нарушения ритма сердца, в том числе ЖЭС высокой градации, и нарушения проводимости встречаются у значительной части больных ССД. При ХМ-ЭКГ аритмии сердца у больных ССД выявляются достоверно чаще, по сравнению со стандартной ЭКГ. ХМ-ЭКГ следует включить в число обязательных методов исследования у больных ССД.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Сагатова Д.Р., Набиева Д.А., Абдуазимова Н.Х.,
Ташпулатова М.М.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучении терапевтической эффективности препарата Цель Т при лечении остеоартрита коленного сустава.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 103 пациента с ОА КС в возрасте от 40 до 67 лет, Диагноз ОА устанавливался на основании клинических (боли в коленном суставе, скованность движений по утрам <30 мин., хромота, контрактура, «хруст» при движении) и рентгенологических методов. Для установления стадии процесса в своей работе мы использовали рентгенологическую классификацию I. Kellgren и I. Lawrens (1957): 1 стадия – 26 пациентов, 2 стадия – 41 пациент (3 стадия – 35 пациента). При необходимости сделана МРТ диагностике (отсутствие признаков ОА на рентгенограммах при наличии клинических признаков Двухстороннее поражение суставов имело место у 64,3% пациентов. Общий срок заболева-

ния составил от 2 до 25 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты первой группы (61 человек) получали традиционную терапию (НПВП, симптом-модифицирующие средства медленного действия,) и внутрисуставное введение препарата Цель Т. Пациенты второй группы получали только традиционную терапию. Препарат Цель Т вводился в полость коленного сустава в условиях перевязочной через верхнее-наружный доступ 2 раз в неделю. Критерии не включения: признаки кожных заболеваний в месте инъекции, пациенты с гиперчувствительностью к препарату Цель Т, применение, наличие выпота в суставе, беременность.

Результаты и обсуждение. Индекс WOMAC до лечения у пациентов 1 группы был $76,1 \pm 2,7$ баллов, во 2 группе – $73,2 \pm 2,5$ балла, выраженность суставной боли по VAS в 1 группе составила $72,1 \pm 8,5$ баллов, во 2 группе – $71,3 \pm 7,2$ баллов. Спустя 1 месяц после лечения индекс WOMAC в 1 группе был равен $33,1 \pm 1,8$ баллам, во 2 группе – $45,4 \pm 2,2$ баллам, через 6 месяцев после лечения в 1 группе был неизменным, во 2 группе увеличился до $52,3 \pm 2,4$ баллов. Выраженность суставной боли по VAS через 1 месяц после проведенного лечения в 1 группе составила $18,2 \pm 2,4$ балла, во 2 группе – $41,5 \pm 4,3$ балла. Спустя 6 месяцев у пациентов 2 группы интенсивность суставных болей увеличилась до $70,5 \pm 7,3$ баллов, в 1 группе интенсивность боли составила около $19,4 \pm 3,4$ балла. Переносимость лечения была хорошей. Серьезных осложнений зафиксировано не было. В 1 группе у 2 пациентов было кратковременное усиление болей в коленном суставе после первой инъекции, которое самостоятельно купировалось и не требовало отмены терапии. Наше исследование показало, что у пациентов 1 и 2 группы на фоне проведенного лечения уменьшились боли, улучшилась функция коленного сустава, но эффект от проведенного лечения у пациентов 1 группы был более продолжительным.

Выводы. Внутрисуставное введение препарата Цель Т хорошо переносится пациентами, не вызывает осложнений со стороны внутренних органов, поэтому может применяться у больных с коморбидностью. Данная методика является эффективной при лечении ОА КС I–III стадии, приводит к продолжительному снижению болевого синдрома, восстановлению функции сустава и улучшению качества жизни пациентов.



ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Саламех К.А.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Цель работы. Изучить показатели цитокинового профиля крови у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) на фоне сахарного диабета (СД) 2-го типа в динамике общепринятого лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 68 больных (22 мужчины и 46 женщин) в возрасте от 25 до 50 лет. У всех обследованных в качестве основного диагноза был НАСГ, СД 2-го типа был в стадии компенсации. Для исключения вирусного поражения печени было проведено исследование сыворотки крови, обследованных на маркеры вирусных гепатитов с помощью иммуноферментного анализа (ИФА), при наличии положительного результата эти больные были исключены из дальнейшего исследования. С работы были исключены также лица, которые по данным анамнеза злоупотребляли алкогольными напитками и находились на учете у врача-нарколога. Больные НАСГ на фоне СД 2-го типа получали лечение основного заболевания общепринятыми методами.

Специальное иммунологическое исследование включало изучение цитокинового профиля крови (ЦПК) по уровню про- и противовоспалительных цитокинов (ЦК) (TNF α , IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10) в крови определяли с помощью реагентов производства ООО «Протеиновый контур» (ProCon) (РФ – СПб).

Результаты и их обсуждение. До начала лечения у больных НАСГ на фоне СД 2-го типа, находившихся под наблюдением, концентрация IL-1 β в сыворотке крови составляла в среднем $40,2 \pm 1,6$ пг/мл, что было в 2,14 раза больше нормы ($P < 0,001$), содержание TNF α в этот период исследования равнялось в среднем $60,1 \pm 1,7$ пг/мл, что было в 1,52 раза выше соответствующего значения нормы ($P < 0,01$), уровень IL-2 составлял в среднем $35,9 \pm 1,8$ пг/мл, что было в 1,73 раза больше нормы ($P < 0,001$), концентрация IL-4 равнялась в среднем $55,4 \pm 1,5$ пг/мл, что было больше нормы в 1,17 раз, содержание IL-6 – соответственно в 1,58 раза ($P < 0,05$), IL-10 – в 1,19 раза по отношению к соответствующему показателю нормы ($P < 0,05$). Коэффициент IL-1 β /IL-10 у больных НАСГ на фоне СД 2-го типа к началу общепринятого лечения составлял в среднем $1,80 \pm 0,03$, что было в 1,65 раза больше нормы, индекс TNF α /IL-10 равнялся в среднем $2,93 \pm 0,03$, что было в 1,27 раза выше соответствующих значений нормы, IL-2/IL-4 – в среднем $0,65 \pm 0,02$, что было в 1,48 раза больше нормы.

Исследование показателей ЦПК после завершения курса общепринятого лечения позволило установить, что, несмотря на некоторую положительную динамику, изученные показатели вероятно отличались от нормы. Так, у пациентов с наличием НАСГ на фоне СД 2-го типа содержание IL-1 β в сыворотке крови в этот период исследования равнялось в среднем $28,4 \pm 1,7$ пг/мл, что было в 1,51 раза выше соответствующего показателя нормы, концентрация TNF α составляла в среднем $54,4 \pm 1,6$ пг/мл, IL-2 составлял в среднем $34,0 \pm 1,8$ пг/мл, что было в 1,63 раза выше нормы, концентрация IL-4 составляла в среднем $52,9 \pm 1,5$ пг/мл, что было в 1,12 раза выше нормы, уровень IL-6 составлял в среднем $32,4 \pm 1,7$; содержание IL-10 в сыворотке крови было $19,3 \pm 1,3$ пг/мл, что было в 1,12 раза выше нормы. Коэффициент IL-1 β /IL-10 после завершения курса лечения с применением общепринятых препаратов оставался в 1,31 раза больше нормы, коэффициент TNF α /IL-10 – в 1,22 раза выше значений нормы, а коэффициент IL-2/IL-4 в 1,45 раза превышал норму.

Выводы. Таким образом, применение общепринятой терапии у больных НАСГ на фоне СД 2-го типа не обеспечивает полного восстановления у них показателей иммунологического гомеостаза, а именно нормализацию показателей ЦПК.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ФОКУС НА САРКОПЕНИИ

Сафонова Ю.А.^{1,2}, Дьячкова-Герцева Д.С.²

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Актуальность. Саркопения является прогрессирующим и генерализованным заболеванием скелетных мышц, которое возникает преимущественно у людей пожилого и старческого возраста. Саркопения приводит к нарушению функционального статуса гериатрических пациентов и способствует развитию неблагоприятных исходов, включая падения, переломы различной локализации, тяжесть коморбидной патологии и высокий риск смерти.

Цель исследования. Определить частоту и тяжесть коморбидной патологии и выявить факторы риска неблагоприятных исходов у пожилых людей с саркопенией.

Материалы и методы. В одномоментное, одноцентровое исследование включены 230 человек (70 мужчин и 160 женщин), медиана возраста которых составила 75 [68; 79] лет. Диагностику саркопии проводили в соответствии с критериями Европейской рабочей группы второго созыва (European Working Group on Sarcopenia in Older People – EWGSOP2). Коморбидность оценивали по индексу Charlson.

Результаты. Саркопения выявлена у 28,7% участников 65 лет и старше. Наблюдалось увеличение частоты саркопении с возрастом от 19,6% в 65-74 лет до 52,9% в 85 лет и старше ($p < 0,05$), но не было выявлено различий у женщин и мужчин (28,1 и 30,0% соответственно, $p = 0,773$). Число сопутствующих болезней не различалось как у пациентов с саркопенией, так и без нее (6 [5; 8] и 6 [5; 9]) соответственно, $p = 0,37$). Болезни системы кровообращения, пищеварения, органов дыхания, костно-мышечной системы, в том числе постменопаузальный остеопороз и остеоартрит крупных суставов встречались с одинаковой частотой в обеих группах ($p > 0,05$), а ожирение у пациентов с саркопенией выявлялось реже по сравнению с лицами, у которых она не была диагностирована (3,0 и 39,6% соответственно, $p < 0,05$). У пациентов с саркопенией коморбидность была тяжелой (5 ([4; 6] баллов) и риск смерти был в 8,89 (95% ДИ 3,95-20,2) раза выше по сравнению с пациентами без саркопении ($p < 0,001$).

Выводы. Выявлена высокая частота саркопении у людей пожилого возраста. Ожирение у лиц с саркопенией встречалось реже, а коморбидность и ее тяжесть чаще, чем у пациентов без саркопении. Риск смерти от всех причин у пациентов с саркопенией был в 9 раз выше, чем у лиц, у которых саркопения не была выявлена.

ЧАСТОТА ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ, ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ И АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ В РФ

Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Проанализировать частоту вторичного амилоидоза среди пациентов с ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС) и псориатическим артритом (ПсА) по данным анкетирования ревматологов РФ за 2024 год.

Материалы и методы. В 2024 году проведено одномоментное анкетирование главных внештатных ревматологов 85 субъектов РФ, ответ был получен из 37 регионов. Вопросы анкеты касались численности зарегистрированных пациентов с РА, АС, ПсА и о количестве больных с вторичным амилоидозом среди них, особенностях диагностики амилоидоза и проводимой терапии. В опроснике учитывались пациенты с гистологически и «клинически» верифицированным вторичным амилоидозом.

Результаты. По предоставленным данным из 23 регионов РФ, полностью заполнивших анкету, информация получена о 215 577 больных, в том числе

– 173490 (77%) с РА, АС – 28306 (17%) и ПсА 13781 (6%). Среди них в общей сложности выявлено 473 (0,23%) пациентов со вторичным амилоидозом. При РА вторичный амилоидоз имелся у 319 (0,18%) пациентов при АС – у 122 (0,44%) и при ПсА 32 (0,23%).

Наибольшая частота гистологически верифицированного амилоидоза отмечена при АС и составила 0,30% (82 пациента), среди больных ПсА – 0,14%, а при РА – 0,09%. В тоже время частота «клинически» верифицированного амилоидоза среди пациентов ПсА – 0,08% была ниже, чем при РА – 0,09% и АС – 0,14%.

Среди 319 пациентов с РА 108 получали терапию ГИБП или тсБПВП, что составило 33,8%. Чаще назначались ингибиторы ИЛ6 – у 82 (75,9%) больных, иФНОα – у 16 (14,8%).

Из 32 пациентов с ПсА со вторичным амилоидозом, 15 (46,8%) получали терапию ГИБП или тсБПВП, в том числе иФНОα – 10 (66,6%) пациентов, а также иИЛ17 4 (26,8%). Среди пациентов с АС амилоидоз выявлен у 122 человек, из них ГИБП или тсБПВП получали 70 (57,3%), в том числе из них 48 (39,3%) – иФНОα, а 14 (11,4%) иИЛ17. Необходимо отметить, что 5 (7,1%) пациентам была назначена терапия иИЛ6.

Заключение. Частота вторичного амилоидоза по данным анкетирования ревматологов составила 0,22%, в том числе среди больных РА – 0,18%, ПсА – 0,23% и АС – 0,44%. Полученные результаты указывают на необходимость разработки стандартизованных рекомендаций для выявления и лечения пациентов со вторичным амилоидозом при всех воспалительных ревматических заболеваниях суставов и позвоночника.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СРК

Свердлова В.А., Ермолаева Л.Г.,
Балукова Е.В., Климчук А.В.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Проанализировать изменения в составе микробиоценоза толстой кишки у пациентов, страдающих СРК. Определить, какие условно-патогенные микроорганизмы наиболее часто выявляются при данной патологии.

Материалы и методы. В рамках исследования проводился анализ историй болезней пациентов с СРК, обратившихся в медицинские центры. Было проанализировано 158 историй болезни пациентов с СРК, из них 118 женщин и 40 мужчин. Возраст пациентов варьировался от 18 до 72 лет, средний возраст – 40 лет. Основными клиническими проявлениями СРК у пациентов были изменение частоты и консистенции стула, дискомфорт в нижней части живота и диспептические расстройства.

Всем пациентам проводился анализ кала на дисбактериоз, а также определялся уровень кишечного кальпротектина в кале. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Excel.

Результаты и обсуждение. При анализе жалоб пациентов были установлены различные клинические формы СРК: у 32,9% – СРК с диареей, у 17,2% – с запорами, у 22,7% – неуточненный вариант, у 27,9% – смешанный тип. Повышенные показатели кальпротектина (от 100 до 150) зафиксированы у 2,5% пациентов. Анализ кала на дисбактериоз выявил снижение уровня лактобактерий и бифидобактерий у 86,1% обследованных. У 40,5% пациентов была обнаружена *Klebsiella pneumoniae*, у 21,5% – гемолитическая *Escherichia coli*, у 7,6% – *Clostridium perfringens*, а сочетание *Enterobacter cloacae* и *Staphylococcus aureus* выявлено в 13,9% случаев.

Выводы. Проведенное исследование показало, что наиболее распространенной клинической формой СРК среди обследованных является вариант с преобладанием диареи. В 40,5% случаев при анализе кала на дисбактериоз был выявлен условно-патогенный микроорганизм *Klebsiella pneumoniae*.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Селютин Е.Л., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у больных с сопутствующим ожирением, с целью дальнейшей разработки индивидуализированной программы легочной реабилитации, данной категории пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 103 пациента с ХОБЛ средней степени тяжести (ИМТ>30) (57 женщин и 46 мужчин, средний возраст 55,42±0,31 года). Все пациенты находились в стадии ремиссии. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – больные с ХОБЛ средней степени тяжести и ожирением, получавших лекарственную терапию, согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ. 2 группа – пациенты с ХОБЛ средней степени тяжести и ожирением, прошедшие комплексное лечение медикаментозной терапией и однократной иммунизацией вакциной от гриппа, в осенне-зимний период. Все пациенты прошли комплексное обследование, включаю-

щее оценку массы тела с расчетом индекса массы тела (ИМТ), биохимический анализ крови с липидограммой, спирометрию, анализ цитокинового профиля. Тяжесть течения ХОБЛ оценивалась с помощью компьютерной программы «Pulmosys».

Результаты и обсуждения. Через 7 месяцев наблюдения в группе пациентов, получавших стандартную медикаментозную терапию и вакцинацию против гриппа, было отмечено статистически значимое снижение количества обострений в 1,7 раз и госпитализаций в течение года в 1,3 раза. Также наблюдалась положительная динамика клинических показателей и уменьшение выраженности симптомов. При этом анализ цитокинового статуса выявил статистически значимое снижение уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ-6 в 1,3; ИЛ-8 в 1,4; ФН-α в 1,3 раза), что свидетельствует о снижении активности системного воспалительного ответа.

Выводы. Интегративный подход к терапии больных с хронической обструкцией легких и сопутствующим ожирением результативно сокращает частоту рецидивов и необходимость стационарного лечения, ослабляет проявления клинических симптомов, а также способствует снижению системного воспалительного статуса. В рамках анализа выявлены значительные положительные изменения на уровне психоэмоционального состояния, улучшение качества пациентов данной категории, а также субъективно положительное восприятие своей болезни.

ИТОГИ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ МИОКАРДА ВНУТРИКОРОНАРНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ЛЕВОКАРНИТИНА ПРИ ЧКВ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Семиголовский Н.Ю.¹, Гуслев А.Б.¹, Козаев А.В.¹,
Семёнова И.Г.¹, Бердикулова Т.Т.², Горохов А.А.²

¹Клиническая больница РАН,

²Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. В рамках Государственного задания 075-01609-23-04 «Адьювантная цитопротекция левокарнитином методом интракоронарного введения при реваскуляризации у больных с острым и хроническим коронарным синдромом» (FUEM-2023-0018) явилось изучение защитных возможностей методики у пациентов с ОКС старческого возраста при чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ).

Методы. 80 пациентов старческого возраста (>75 лет) с ОКС были рандомизированы на 2 группы по 40 человек: основная (внутрикоронарное введение ле-

вокарнитина – ЛК – 1,0 г с последующей внутривенной инфузией по 2,0 г/сут в течение 3 дней) и контрольная (введение плацебо – физиологический раствор NaCl). Всем пациентам было проведено ЧКВ в среднем через 3,5 час от момента появления боли в груди. Определялись уровни МВ-фракции креатинфосфокиназы (КФК-МВ) и тропонина I (ТрI) до и через 24 ч после ЧКВ. Оценивались ЭКГ и ЭхоКГ в динамике.

Результаты. Пациенты обеих групп не отличались достоверно по половозрастным характеристикам, анамнестическим показателям, по средней исходной фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), средним показателям липидограммы и уровню креатинина. Сходной в обеих группах была и терапия до ЧКВ.

Исходный средний уровень ТрI не отличался в сравниваемых группах, он увеличивался после процедуры ЧКВ почти у всех пациентов в обеих группах, однако степень прироста ТрI оказалась достоверно ниже у пациентов, получавших ЛК ($P<0,05$), а пиковые значения ТрI в основной группе – также достоверно ниже через 24 ч после ЧКВ, чем в контрольной группе ($P<0,01$). Средняя исходная активность КФК-МВ не имела статистически значимых различий в группах ($P=0,62$), а значения прироста КФК-МВ через 24 ч были в среднем достоверно ниже в основной группе ($P<0,05$), как и средняя активность фермента через 24 ч после ЧКВ ($P<0,05$).

Отмечены также значительно более выраженная и быстрая положительная динамика ЭКГ и тенденция к снижению частоты аритмических эпизодов в основной группе по сравнению с контрольной. Достоверно более высокой при использовании ЛК оказалась ФВЛЖ через 3 сут после ЧКВ ($P<0,05$). Госпитальная летальность в основной группе отсутствовала, в контрольной она составила 12,5%.

Выводы. Внутрикоронарное введение ЛК при ЧКВ у больных ОКС старческого возраста сопровождается ускоренной положительной динамикой уровня биомаркеров, ЭКГ, более выраженным ростом ФВЛЖ на 3-и сут после ЧКВ, тенденцией к сокращению частоты аритмических эпизодов и снижением госпитальной летальности.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОСНОВНЫХ ВИДОВ ОБМЕНА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ

Сергеев А.С., Дыдышко В.Т.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Осуществить сравнительную оценку клинико-лабораторно-инструментальных

показателей, характеризующих кардиоваскулярный риск, состояние сердечно-сосудистой системы и основных видов веществ в зависимости от статуса курения.

Материал и методы. Проанализировали 774 истории мужчин 30-50 лет без клинически значимой соматической патологии, проходивших обследование в клинике терапевтического профиля. Вся когорта в зависимости от статуса курения (СК) была разделена на 3 группы: 1-я (некурящие) 508 чел. (ср. возраст $43,9\pm0,2$ лет), 2-я (курящие только обычные сигареты (ОС) (КОС)) 198 чел. ($45,5\pm0,3$ лет), 3-я (потребители электронных систем нагревания табака (ЭСНТ)) 68 чел. ($39,8\pm0,7$ лет). В каждой группе изучили клинико-анамнестические, биохимические, параметры ЭКГ, ВЭМ, эхоКГ и ЭКГ. Для оценки риска использовали шкалы SCORE и SCORE2.

Результаты и обсуждение. Обследуемые различались по возрасту – КОС были старше всех, а потребители ЭСНТ – моложе остальных. Длительность курения ($21,5\pm0,5$ лет), среднее количество выкуриваемых ОС в среднем за день ($17,9\pm0,4$ шт.) и индекс курения (ИК) ($19,4\pm0,7$ пачко/лет) у КОС была значительно больше, чем у потребителей ЭСНТ – $17,0\pm1,0$ лет, $13,6\pm0,7$ шт. и $12,3\pm1,2$ пачко/лет, соответственно. По мере увеличения СК показатели офисного АД достоверно увеличивались от нормального и высокого нормального АД до АД 1-2 степени. Риск SCORE был средним у всех, однако достоверно увеличивался по мере повышения СК от некурящего к пользователям ЭСНТ и КОС. Риск SCORE2 у мужчин 40-49 лет был высоким у всех, однако достоверно увеличивался по мере перехода от статуса «некурящий» в статус потребителя ЭСНТ до статуса КОС. Среди обследованных доля лиц с отягощенной наследственностью по ССЗ была наибольшей в группе КОС по сравнению с группой ЭСНТ и вообще некурящими. Индекс массы тела (ИМТ) и окружность талии (ОТ) были наименьшими в группе пользователей ЭСНТ, промежуточными у некурящих и наибольшими у КОС, что можно объяснить более молодым возрастом у пользователей ЭСНТ и что у более возрастных мужчин группы № 3 длительное КОС оказывало более негативное влияние на компоненты МС. Об этом же свидетельствует и большая доля лиц с гиподинамией в этой группе по сравнению с пользователями ЭСНТ и некурящими. При изучении биохимических параметров обнаружено достоверное увеличение гликемии и ТГ при переходе от статуса некурящих к статусу двойных курильщиков и далее к КОС. По мере увеличения СК происходило достоверное снижение СКФ, повышение ХС, ЛПНП, мочевой кислоты, СРБ и фибриногена в группе КОС, по сравнению с группой использующих ЭСНТ. ЧСС на поверхностной ЭКГ достоверно увеличивалась при переходе от статуса некурящих к статусу курильщиков ЭСНТ и далее к статусу КОС. По мере увеличения СК происходило достоверное снижение амплитуды зубца R в отведении AVL и индекса Соколова-Лайона в группе использующих ЭСНТ, по сравнению с КОС. При изучении параметров эхоКГ установ-

лено, что толщина миокарда левого желудочка (ЛЖ) (межжелудочковая перегородка в диастолу и задняя стенка ЛЖ в диастолу) и индекс массы миокарда ЛЖ достоверно увеличивались при переходе от статуса некурящих к статусу курильщиков ЭСНТ и далее к статусу КОС. Данные суточного анализа кардиограммы говорят о том, что в дневные часы ЧСС была достоверно выше, чем в ночные часы у всех обследованных. У КОС ЧСС была достоверно наибольшей как в среднем за сутки, так и в дневные и в ночные часы, по сравнению с группой курильщиков ЭСНТ, и тем более с группой некурящих. При переходе от статуса некурящих к курению ЭСНТ и далее к КОС в группах достоверно повышались средние показатели САД и ДАД днем и ночью, индексы времени САД и ДАД в дневные и ночные часы, вариабельность САД и ДАД днем и ночью, а также ночное снижение САД и ДАД. При изучении ВЭМ-показателей установлено, что мощность и общий объем выполненной нагрузки, доля лиц, достигших субмаксимальной ЧСС, толерантность к физической нагрузке и доля лиц с нормотензивной реакцией АД на нагрузку у некурящих достоверно превышали аналогичные параметры у курильщиков ЭСНТ и особенно у КОС. Напротив, исходная и пиковая ЧСС, исходные САД и ДАД, САД и ДАД на высоте нагрузки, САД и ДАД в восстановительном периоде и доля лиц с гипертензивной реакцией АД на нагрузку у некурящих были достоверно меньше аналогичных параметров у курильщиков ЭСНТ и еще меньше, чем у КОС.

Выводы. 1. Мужчины-КОС по сравнению с потребителями ЭСНТ и некурящими характеризуются более высокими показателями, отражающими компоненты метаболического синдрома и провоспалительного статуса, риск SCORE и SCORE2, ЧСС в покое и на протяжении суток, САД и ДАД в дневные и ночные часы, ЭКГ-маркеры ГЛЖ, толщина и индекс массы миокарда ЛЖ. 2. Мужчины-КОС по сравнению с потребителями ЭСНТ и некурящими обладают худшими показателями толерантности к физической нагрузке и функционального резерва на основе ВЭМ-теста.

КЛИНИЧЕСКАЯ РЕМИССИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В.,
Знахуренко А.А.
СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Выявить долю пациентов с тяжелой бронхиальной астмой (ТБА), достигших клинической ремиссии (КР) в ходе 5-летнего наблюдения в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Обследовано 129 амбулаторных пациентов (мужчин 29%, возраст от 18 до 81 года, средний возраст 55 лет) с ТБА согласно определению ERS/ATS (2014). Стандартную терапию высокими дозами ИГКС/ДДБА±тиотропий±монтелукаст±СГКС получали 85 больных тяжелой астмой (группа 1), у 44 больных (группа 2) помимо стандартного лечения дополнительно применялись препараты иммунобиологической терапии: против IgE (Омализумаб, 9 чел.), против ИЛ-5/рецепторов ИЛ-5: (Меполизумаб /Бенрализумаб, 19 чел.), а также против ИЛ-4/ИЛ-13 (Дупилумаб, 16 чел.). Пациенты проспективно наблюдались в условиях отдельного специализированного центра на протяжении 5 лет, визиты осуществлялись через 3-6 месяцев.

Исследование функции легких выполняли методом спирометрии с оценкой обратимости обструкции (спирограф 2120 Vitalograph). Оценка чувствительности к основным ингаляционным аллергенам осуществлялась с помощью кожных проб и/или уровней специфических IgE в сыворотке крови. Уровень общего IgE сыворотки крови определялся методом иммунофлюоресцентного анализа. Контроль БА и качество жизни пациентов оценивались при помощи русскоязычных версий теста ACQ-5 и респираторного вопросника госпиталя Святого Георгия.

Критериями клинической ремиссии считали: отсутствие обострений и потребности в СГКС в течение последнего года, частичный/полный контроль симптомов (ACQ-5 <1,5 баллов), достижение оптимальной/наилучшей функции легких (ОФВ1≥80% должного/прирост ОФВ1≥100 мл). Оценка соответствия критериям КР проводилась ежегодно.

Результаты. Исходно атопический фенотип был подтвержден у 64% больных ТБА, у 22% пациентов имелась аспириновая астма, у 21% – гормонозависимая, в 28% случаев имелась сопутствующая ХОБЛ и у 79% больных тяжелой астмой определялась фиксированная обструкция дыхательных путей. Пациенты, в среднем, переносили 2 и более обострений в течение предшествующего года, имели низкие показатели функции легких (средний ОФВ1 53% от должного) и отсутствие контроля симптомов (средний балл ACQ-5≥1.5) в 89% случаев. Активно курили исходно 22% больных ТБА и еще 26% были бывшими курильщиками.

Во второй группе пациенты были моложе (51 год против 58 лет, $p<0,01$), имели большую длительность астмы (21 год против 17 лет, $p<0,05$), чаще имели гормонозависимую астму (34% против 14%, $p<0,01$) и переносили больше обострений в течение предшествующего года (2.7 против 1,8, $p<0,001$) по сравнению с первой группой.

После первого года лечения всем четырем критериям КР соответствовали 8% больных ТБА в 1 группе и 18% во второй ($p>0,05$), через 2 года – 12% и 16% случаев ($p>0,05$), после 3 года КР была достигнута у 6% и 23% пациентов ($p<0,01$), после 4 лет – в 5% и 16% ($p<0,05$) и после 5 лет лечения – в 7% и 20% случаев, соответственно ($p<0,05$).

Заключение. Во время 5-летнего проспективного наблюдения доля достигших клинической ремиссии пациентов с тяжелой бронхиальной астмой была выше среди дополнительно получавших препараты иммунобиологической терапии по сравнению с использовавшими только стандартное лечение. Значимые различия отмечены после 2 года наблюдения.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: О ЧЕМ ВАЖНО ПОМНИТЬ?

Сергеева-Кондраченко М.Ю.
ООО «ИНМЕД»,
Пенза

Цель. Оценить качество жизни пациентов с метаболическим синдромом (МС), имеющих нарушения пищевого поведения.

Материалы и методы. В исследование включено 92 пациента (54 женщины и 38 мужчин) с МС, подтвержденным по критериям Международной диабетической федерации (IDF, 2005 г.), средний возраст – $45,3 \pm 5,6$ лет.

Анализ пищевого поведения проводили по валидизированному Голландскому опроснику пищевого поведения DEBQ. Для оценки качества жизни все пациенты были анкетированы по опроснику SF-36, в котором все вопросы группируются в 8 разделов: физическая активность, ролевая деятельность, выраженность болевого синдрома, общее здоровье, жизнеспособность, социальный статус, эмоциональный статус, психическое здоровье. Каждый из них оценивается в баллах от 0 до 100. Эти 8 разделов в итоге группируются в две основные составляющие опросника: физическое и психологическое благополучие. Результаты опросников оценивали согласно общепринятым методикам.

Результаты. Пациенты с МС были разделены на 2 группы по выраженности нарушений пищевого поведения: 1-я группа – пациенты с одним типом расстройства пищевого поведения ($n=57$), 2-я – имеющие смешанный тип пищевого поведения ($n=35$). Пациентов без нарушений пищевого поведения в исследуемой выборке выявлено не было.

Во второй группе физическая активность составила $54 \pm 23,5$, а в первой – $82 \pm 10,1$. Ролевая деятельность соответствовала $63 \pm 27,1$ во 2 группе и $91,2 \pm 9,8$ – в первой. Оценка болевого синдрома во 2 группе равнялась $67,5 \pm 18,8$, а в первой – $85,9 \pm 14,1$. Общее здоровье пациенты 2-ой группы оценили на $35,7 \pm 14,2$, а первой на $61 \pm 15,7$. Жизнеспособность 2-ой группы составила $53,5 \pm 20,7$, а первой группы – $72,1 \pm 15,5$. Социальный статус в группе пациентов, имеющих смешанный тип пищевого поведения, был достоверно ниже и равнялся $76 \pm 24,6$ (в первой группе – $89 \pm 10,1$). Эмоциональный статус в 1-ой группе:

$86,1 \pm 13,4$ и $56,3 \pm 35,7$ – во второй. Психическое здоровье пациенты 2-ой группы оценили на $59,3 \pm 22,3$, а первой на $71,9 \pm 15,6$. Различия между двумя группами по всем показателям статистически достоверны ($p \leq 0,05$). Как видно из приведенных данных, все показатели выше у пациентов первой группы. Физическое и психологическое благополучие при смешанном типе пищевого поведения было достоверно ниже, чем при одном варианте расстройства пищевого поведения.

Выводы. Качество жизни пациентов – один из важнейших факторов интегративной оценки состояния больных и данное исследование выявило, что сочетание нескольких типов нарушений пищевого поведения у пациентов с МС ассоциировано со снижением всех компонентов качества жизни, что несомненно влияет на эффективность лечения. Таким образом, для оптимизации терапии и повышения показателей качества жизни важно кроме традиционных лечебных мероприятий проводить коррекцию психологических расстройств, в том числе нарушений пищевого поведения.

МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ

Сергеева-Кондраченко М.Ю.
ООО «ИНМЕД»,
Пенза

Цель исследования. Оценка метаболического здоровья и когнитивной функции у женщин с менопаузальным метаболическим синдромом (ММС) на фоне использования метформина пролонгированного действия и препарата «Фемо-Клим».

Материал и методы исследования. Было обследовано 90 женщин в возрасте от 46 до 58 лет (средний возраст $50,2 \pm 3,1$) с нейровегетативными и психоэмоциональными нарушениями, которые развились в постменопаузе (в период от 1 года до 6 лет после последней менструации). Пациентки, включенные в исследование, были разделены на 2 группы, по 45 в каждой. Первую группу составили 45 женщин, получавших только пролонгированный метформин в суточной дозе – 2000 мг. Во вторую группу вошли 45 женщин, которые кроме пролонгированного метформина в суточной дозе 2000 мг, получали терапию препаратом «Фемо-Клим» по 2 таблетки 2 раза в день. Продолжительность исследования составила 6 месяцев. В процессе исследования в динамике проведено 4 визита. В рамках наблюдения оценивались: вес, окружность талии, ИМТ, показатели углеводного и липидного обменов, а также когнитивная функция по МоСА-тесту (Монреальская шкала оценки когнитивных функций). Статистическую обработку проводили с использованием пакета SPSS 21.0 for Windows. Качественные переменные представ-

лены частотами встречаемости (%), для количественных переменных определяли среднее арифметическое и среднеквадратическое отклонение ($M \pm s$). Для определения достоверности различий между группами применяли непараметрический U-критерий Манна-Уитни, который подходит для сравнения малых выборок. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Исходно две группы женщин не отличались по возрастным характеристикам, менопаузальному статусу, показателям метаболического здоровья и когнитивной функции. Состояние углеводного обмена оценивалось по гликемии натощак, постпрандиальной гликемии и гликированному гемоглобину (HbA1c). Липидный обмен анализировался по изменениям: холестерина липопротеинов высокой плотности, холестерина липопротеинов низкой плотности и триглицеридов. Кроме того, в фокусе внимания были вес, окружность талии и ИМТ. Исследуемые показатели оценивались по стандартным методикам в динамике.

Во второй группе вес, окружность талии и ИМТ снизились к 6 месяцу терапии более значимо по сравнению с первой. Гликемия натощак во второй группе к 4 визиту уменьшилась с $6,3 \pm 0,5$ до $5,5 \pm 0,8$ ммоль/л ($p < 0,05$), постпрандиальная с $7,5 \pm 1,4$ ммоль/л до $7,0 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,05$) и HbA1c с $6,1 \pm 0,3\%$ до $5,8 \pm 0,4\%$ ($p < 0,05$), вышеуказанные показатели углеводного обмена в первой группе к 6 месяцу наблюдения также достоверно снизились, но менее выражено. Все оцениваемые показатели липидного профиля более значимо изменились во второй группе по сравнению с первой к концу наблюдения.

Анализ клинических особенностей нарушений когнитивных функций по тесту МоСА выявил на 1 визите снижение в исследуемых группах до 22-24 баллов, особенно в отношении отсроченной памяти, внимания, беглости речи, выполнения теста с циферблатом. Показатели теста МоСА в динамике у пациенток второй группы улучшились ($p < 0,05$), достигнув к концу исследования значений в 28–29 баллов. Однако, у женщин первой группы показатели теста МоСА имели только тенденцию к улучшению (25-26 баллов).

Заключение. Таким образом, прием пролонгированного метформина и препарата «Фемо-Клим» способствуют улучшению показателей метаболического здоровья и коррекции когнитивных нарушений, что крайне важно для продолжительной и активной жизни женщин с ММС.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ

Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В.,
Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.
НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,
Волгоград

Введение. Снижение плотности костной ткани является частью физиологического процесса общего старения организма человека, поэтому не удивительно, что остеопорозом страдают преимущественно лица старшего возраста. Клиническая практика показывает, что у таких пациентов изолированного рассмотрения проблемы остеопороза недостаточно, и при их ведении необходимо учитывать наличие коморбидной патологии. Данные научной литературы разнятся, и по результатам разных исследований частота мультиморбидных патологий регистрируется от 67% до 95% пациентов. Кроме того, отмечается тенденция увеличения частоты выявления сопутствующей патологии с возрастом с 50% у лиц моложе 65 лет до 81,5% у лиц старше 85 лет. В связи с высокой актуальностью темы нами был проведен анализ состояния проблемы в популяции населения Южного федерального округа России.

Цель исследования. Оценка распространенности коморбидной патологии у больных остеопорозом с целью повышения эффективности терапии заболевания и профилактики переломов.

Материалы и методы. Исследование проведено методом ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов регионального Центра диагностики и лечения остеопороза на базе ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского», г. Волгоград. Критерии включения: установленный диагноз остеопороза в соответствии с критериями ВОЗ, подписанное добровольное согласие. Определение минеральной плотности костной ткани осуществлялось методом рентгенологической двухэнергетической остеоденситометрии на аппарате Lunar DPX-pro (GE, США). 10-летний риск развития переломов определяли по индексу FRAX с оценкой результатов, согласно рекомендаций Российской Ассоциации остеопороза.

Результаты исследования. В анализ были включены данные амбулаторных карт 1000 больных остеопорозом в возрасте от 40 до 92 лет (средний возраст $67,82 \pm 14,06$). По результатам анализа выявлено, что наиболее часто течение остеопороза сопровождалось наличием остеоартрита 52,1%, сердечно-сосудистых заболеваний 47,8%, болью в спине 43,2%, сахарным диабетом II типа 17,7%, хронической болезнью почек 11,6%, злокачественных новообразований 7%, острых нарушений мозгового кровообращения 4%.



Исследование показало, что наличие трех и более сопутствующих заболеваний у пациента с переломом бедра представляет собой наиболее важный фактор риска смертности и осложнений в течении 1-го года после перелома.

Выводы. Таким образом, остеопороз всегда следует рассматривать в контексте мультиморбидности. Пациенты с полипрагмазией представляют особую группу риска, поэтому при сборе анамнеза у больного остеопорозом в обязательном порядке рекомендуется целенаправленный опрос о наличии коморбидной патологии и принимаемых лекарственных препаратах. При ведении пациента патогенетическую терапию остеопороза следует начинать с учетом противопоказаний конкретных сопутствующих заболеваний и уже получаемых фармакологических средств для их лечения. Необходимо учитывать, что одни лекарства влияют на метаболизм костей, другие увеличивают риск падений, третьи оказывают негативное воздействие как на кости, так и на риск падений. В связи с этим ведение больных остеопорозом требует тесного сотрудничества врачей разных специальностей.

ПОКАЗАТЕЛИ СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАНОВУЮ ЭНДОВАСКУЛЯРНУЮ КОРОНАРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ

Сидорова Ю.Ю.¹, Разин В.А.², Мохаммед Д.А.²

¹Ульяновская областная клиническая больница,

²Ульяновский государственный университет,
Ульяновск

Актуальность. В Российской Федерации в настоящее время основной причиной смерти остаются сердечно-сосудистые заболевания, так в 2022 году сердечно-сосудистые заболевания послужили причиной 43,8% смертей (831,6 тысячи случаев). Одной из частых причин сердечно-сосудистой смерти могут быть различные нарушения сердечного ритма или острая ишемия миокарда. Причем из 25% становятся жертвами внезапной сердечной смерти. В связи с этим важнейшей задачей кардиолога является своевременная, ранняя диагностика электрической нестабильности миокарда, ее последующая коррекция (лечение) и вторичная профилактика. Основой для развития аритмогенных механизмов смерти признается электрическая нестабильность миокарда, одним из методов определения которой является метод регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) с использованием сигнал-усредненной электрокардиографии (СУ-ЭКГ) с высокой разрешающей способностью (ЭКГ высокого разрешения). Сигнал-усредненная ЭКГ по рекоменда-

циям ЕОК (2015 г.) включена в необходимый минимум обследования пациентов с коронарной патологией.

Участки со сниженным кровоснабжением, которые включают отдельные некротизированные кардиомиоциты или малые очаги некроза, являются причиной появления участков фрагментарного проведения импульсов. У пациентов с нестабильной стенокардией в ряде случаев наблюдается повышение конечного диастолического давления и напряжения миокарда левого желудочка, что может вызвать изменения электрофизиологических свойств кардиомиоцитов, в частности, неомогенность рефрактерных периодов и тем самым, способствует появлению условий для micro-re-entry, и следовательно ППЖ. Стабилизация состояния у пациентов с нестабильной стенокардией сопровождается «улучшением» показателей СУ-ЭКГ и исчезновением у трети из них поздних потенциалов. На основании ряда исследований было выявлено, что поздние потенциалы желудочков выявляются у 25-33% пациентов хронической ИБС, также, выявлены значимые различия количественных параметров СУ-ЭКГ у пациентов ИБС со стенозированными коронарными артериями и у здоровых лиц. При этом по данным некоторых исследователей у пациентов со стабильным течением ИБС медикаментозная антиангинальная терапия и транслюминальная ангиопластика не приводит к значимому изменению СУ-ЭКГ и частоты регистрации ППЖ. При острой коронарной патологии реваскуляризация (инвазивная и консервативная) улучшает параметры СУ-ЭКГ и снижает частоту регистрации ППЖ.

Цель исследования. Изучить показатели сигнал-усредненной ЭКГ высокого разрешения у пациентов перенесших плановую эндоваскулярную коронарную реваскуляризацию.

Материал и методы. Было обследовано 27 пациентов, которые были госпитализированы в кардиологическое отделение с хроническим коронарным синдромом для проведения плановой эндоваскулярной реваскуляризации. Всем пациентам, включенным в исследование проведена запись сигнал усредненной ЭКГ на аппарате Поли-Спектр-8/ЕХ. СУ-ЭКГ проводилась до и после коронарной реваскуляризации.

Результаты. В ходе исследования было выявлено улучшение показателей СУ-ЭКГ после чрескожного коронарного вмешательства. Так, продолжительность Total QRS снизилась с $120,1 \pm 20,9$ мс до $113,8 \pm 18,3$ мс ($p=0,17$), RMS40 увеличилась с $22,2 \pm 9,2$ мкВ до $26,7 \pm 8,1$ мкВ ($p=0,06$), продолжительность LAS40 снизилась с $34,6 \pm 10,7$ мс до $29,7 \pm 9,5$ мс ($p=0,08$), однако изменения не имели статистической значимости, вероятно по причине небольшого количества пациентов.

Частота регистрации ППЖ у пациентов со стабильной ИБС до реваскуляризации составила 40,7% (ППЖ зарегистрированы у 11 пациентов из 27), после проведения чрескожного коронарного вмешательства ППЖ зарегистрированы у 7 пациентов из 27 (25,9%) ($\chi^2=0,75$, $p=0,38$). Следует отметить, что у 2 пациентов из 7 пациентов, у которых были зарегистрированы ППЖ после ЧКВ, ППЖ исходно не были зафиксированы.

Выводы. Таким образом, следует отметить, что показатели СУ-ЭКГ хотя и имеют положительную направленность изменений, но данные изменения не имели статистической значимости. При этом, эндоваскулярная коронарная реваскуляризация, у части пациентов, приводила к появлению поздних потенциалов, которые у них ранее не регистрировались. Данные результаты предварительны и требуют дальнейшего изучения, ввиду пока малого количества фактических данных.

ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Изучить влияние железодефицитной анемии на качество жизни пациентов со стабильной стенокардией напряжения до и после лечения препаратом железа.

Материалы и методы. В исследование включены 500 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II-IV функциональных классов и железодефицитной анемией (ЖДА), средний возраст – $64,1 \pm 4,6$ лет (145 мужчин и 355 женщин). Легкая анемия наблюдалась у 410 пациентов, средней степени – 75, тяжелая – 15. Для анализа данных создана специальная компьютерная программа «Система мониторинга лечебно-диагностического процесса у больных анемией». Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника SF-36 и FАСТ-Аn. Все пациенты получали стандартную терапию, рекомендованную для лечения стабильной стенокардии напряжения, а также препарат железа (III) гидроксид полимальтозат. Средняя продолжительность терапии составила $160,1 \pm 8,4$ дня.

Результаты. Статистическое сравнение результатов шкалы FАСТ-Аn до и после лечения у пациентов со стабильной стенокардией напряжения и ЖДА выявило статистически значимые различия (средние значения тяжести симптомов ЖДА снизились на 19 баллов во время лечения ($44,0 \pm 5,8$ против $25,0 \pm 9,3$, $p < 0,05$)).

Наблюдалось увеличение средних значений показателя интегрального физического компонента здоровья опросника SF-36 через 6 месяцев от момента начала лечения пациентов со стабильной стенокардией напряжения и ЖДА и достигло 10 баллов, что можно оценить, как клинически значимое увеличение. Различия до и после начала лечения препаратом железа были статистически значимыми по критерию Пирсона ($31,5 \pm 8,7$ против $41,5 \pm 7,1$, $p < 0,05$).

Динамика интегрального показателя МН опросника SF-36 на уровне 4 баллов (среднее значение) не является клинически значимой, хотя различия до и после лечения статистически были высоко значимы ($39,3 \pm 6,3$ и $46,8 \pm 4,8$, $p < 0,05$).

Выводы. 1. Повышение эффективности лечения ЖДА за счет внедрения компьютерной программы «Система мониторинга лечебно-диагностического процесса у больных анемией» привело к улучшению всех составляющих качества жизни, определяемого как с помощью общего опросника по оценке качества жизни SF-36, так и с помощью специализированной шкалы анемии (FАСТ-Аn). 2. Заболеваемость ЖДА в первую очередь влияет на физические составляющие качества жизни, и в меньшей степени – на психические. Однако адекватная терапия, направленная на восполнение запасов железа в организме, приводит к улучшению всех составляющих качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца.

СИСТЕМА МОНИТОРИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий при железодефицитной анемии у пациентов со стабильной стенокардией.

Материалы и методы. Включены 1210 пациентов со стабильной стенокардией II-IV функциональных классов (ФК), возраст – $67,57 \pm 9,35$ лет (309 мужчин и 901 женщина). С помощью разработанной компьютерной программы «Система мониторинга лечебно-диагностического процесса у больных анемией» проанализированы медицинские карты. Оценивались антропометрические данные, архив ЭКГ, данные коронароангиографии. Исследовались параметры крови: гемоглобин, эритроциты, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците; средняя концентрация гемоглобина в эритроците, уровень железа в сыворотке крови. Применялись критерии анемии: для мужчин-гемоглобин менее 130 г/л, эритроциты – менее $4 \times 10^{12}/л$; для женщин-гемоглобин менее 120 г/л, эритроциты менее $3,8 \times 10^{12}/л$. Степень тяжести стенокардии оценивалось по классификации Канадского кардиологического общества.

Результаты. У 500 пациентов выявлена железодефицитная анемия (ЖДА) (355 женщин и 145 мужчин). Анемия легкой степени наблюдалась у 410 пациентов, средней тяжести – у 75, тяжелая – у 15.

У пациентов со стабильной стенокардией и ЖДА ФК стенокардии разделены следующим образом: в 186 случаях – II ФК, в 248 – III ФК, а в 66 – IV ФК.

У больных со стабильной стенокардией без ЖДА ФК стенокардии представлены: в 456 случаях – II ФК, в 196 – III ФК, в 58 – стенокардия IV ФК.

Пациенты со стабильной стенокардией напряжения в сочетании с ЖДА, в отличие от пациентов со стабильной стенокардией без ЖДА, имели клинические особенности: более высокую частоту сердечных сокращений ($71,8 \pm 8,7$ и $81 \pm 9,5$, $p=0,03$), частоту дыхательных движений ($18,9 \pm 1,1$ и $18,3 \pm 1,2$, $p=0,007$), уровень систолического артериального давления (САД) ($131,7 \pm 14,3$ и $135,8 \pm 15,6$; $p=0,02$).

При анализе 500 медицинских карт только в 52 случаях (10,4%) ЖДА вынесена сопутствующим заболеванием, в 156 случаях (31,2%) – осложнением основного заболевания, в 292 случаях (58,4%) ЖДА не включена в диагноз.

Выводы. 1. Использование компьютерной программы позволяет оценивать лечебно-диагностический процесс пациентов с ЖДА, проводить коррекцию терапии. 2. ЖДА способствует тяжелому течению стабильной стенокардии напряжения, что подтверждается высокой частотой III-IV ФК стенокардии напряжения. 3. Пациенты со стабильной стенокардией напряжения и ЖДА чаще страдают сердцебиением, одышкой, отеками голеней и стоп, повышенным уровнем САД.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Повышение эффективности лечебно-диагностических мероприятий при ЖДА у пациентов со стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы. Включены 1210 пациентов со стабильной стенокардией, средний возраст – $67,57 \pm 9,35$ лет, из них 309 мужчин и 901 женщина. Для анализа данных разработана программа «Система мониторинга пациентов с анемическим синдромом». Оценивались антропометрические данные, ЭКГ, общий и биохимический анализы крови, проведен тест шестиминутной ходьбы. Статистическая обработка дан-

ных проводилась с использованием STATGRAPHICS 18.1.08. Различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Из 1210 пациентов ЖДА была у 500, из них 355 женщин и 145 мужчин. Средний возраст: у мужчин $65,34 \pm 6,37$ лет, у женщин $63,49 \pm 7,05$ лет.

Анемия легкой степени наблюдалась у 410 пациентов (8,2%), средней степени – у 75 (15%), тяжелая – у 15 (3%).

Пациенты разделены на основную группу – пациенты со стабильной стенокардией и ЖДА и контрольную – пациенты со стабильной стенокардией без ЖДА.

В основной группе в отличие от контрольной наблюдались статистические отличия по уровню гемоглобина ($89,8 \pm 10,2$ и $128,1 \pm 5,8$ г/л), гематокрита ($36,5 \pm 2,5$ и $41,9 \pm 0,9$), эритроцитов ($3,7 \pm 0,2$ и $4,22 \pm 0,1$ $10^{12}/л$), MCV ($71,3 \pm 3,0$ и $76,1 \pm 4,2$), MCH ($25,1 \pm 0,8$ и $31,5 \pm 1,0$), MCHC ($26,7 \pm 1,2$ и $30,9 \pm 2,1$), ОЖСС ($106,1 \pm 3,5$ и $63,8 \pm 4,7$), НТЖ ($11,4 \pm 1,4$ и $34,4 \pm 2,7$), уровню ферритина сыворотки ($6,5 \pm 0,9$ и $101,4 \pm 5,9$), сывороточного железа ($5,8 \pm 0,9$ и $13,4 \pm 1,2$ мкмоль/л), результатам теста шестиминутной ходьбы ($336,7 \pm 53,9$ и $366,1 \pm 52,1$).

Функциональные классы (ФК) стенокардии представлены: в основной группе – II ФК зарегистрирован в 185 случаях (37%), III ФК – 249 случаев (49,8%), IV ФК – в 66 случаях (13,2%); в контрольной – II ФК – 456 случаев (64,2%), III ФК – 196 случаев (27,6%), IV ФК – 58 случаев (8,2%).

После коррекции лечения препаратами железа в основной группе уменьшилось количество пациентов III и IV ФК стенокардии напряжения (с 49,5% до 34,1% и с 13,2% до 6,1%, соответственно). Также в основной группе в 15,9% случаев зафиксирован I ФК стенокардии, чего не было до коррекции терапии. При этом в контрольной группе не наблюдалось статистически значимых изменений со стороны ФК стенокардии напряжения.

Выводы. ЖДА способствует тяжелому течению стабильной стенокардии, что подтверждается статистически достоверными различиями показателей лабораторно-инструментальных методов исследований и высокой частотой III-IV ФК стенокардии напряжения, при этом тяжесть ЖДА прямо пропорциональна возрасту пациентов и чаще встречается у женщин.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА И ЭНДОКРИНОЛОГА

Слюсаренко Д.А., Некрасова Н.Б.
КДЦ «Здоровье»,
Ростов-на-Дону

Цель исследования. Представить клинический случай, иллюстрирующий важность мультидисципли-

нарного подхода врачей ревматолога и эндокринолога в диагностике и лечении редкого аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 а (3) типа.

Материалы и метод. В нашей клинике выявлен случай аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 а (3) типа – сочетание аутоиммунного тиреоидита, сахарного диабета 1 типа и юношеского ревматоидного артрита у молодой девушки.

Пациентка М. 19 лет наблюдается по поводу сахарного диабета 1 типа с 2 лет. В течение 10 лет проводилась помповая инсулинотерапия, в настоящее время находится на базис-болюсной инсулинотерапии. Глюкоза плазмы натощак по результатам самоконтроля до 19,3 ммоль/л, показатели гликированного гемоглобина соответствуют 9,5%. На данный момент с использованием флеш-мониторинга гликемии проводится коррекция инсулинотерапии и обучение принципам питания по системе хлебных единиц. При осмотре привычных мест инъекций инсулина обнаружены обширные зоны липодистрофии в виде диссеминированных участков фиброза. Такие изменения подкожно-жировой клетчатки искажают поступающую дозу инсулина и затрудняют тем самым контроль глюкозы крови. Пациентке рекомендовано обратить внимание на частоту смены игл для инсулиновых шприц-ручек, использование интактных участков кожи для инъекций инсулина.

Аутоиммунный тиреоидит выявлен в возрасте 6 лет, проводится заместительная гормональная терапия левотироксином натрия, длительно применяется доза 100 мкг в сутки. При последнем контроле показатель ТТГ соответствовал 6,4 мкМЕ/л, в связи с чем доза была увеличена до 112 мкг в сутки. Пациентке назначен контроль показателя ТТГ через 2 месяца.

Юношеский ревматоидный артрит выявлен в 2020 году, когда появились жалобы на боли в суставах без припухания, периодическую утреннюю скованность. В 2021 г. инициирована терапия препаратом тоцилизумаб. На комбинированной терапии тоцилизумабом и метатрексатом отмечалась лейкопения, в связи с чем метатрексат был отменен. Далее произведена отмена препарата тоцилизумаб, инициирована терапия олокизумабом в дозе 60 мкг п/к 1 раз в 28 дней. Лабораторные показатели на декабрь 2024 года: АЦЦП – норма, РФ 17 МЕ/мл. По данным остеоденситометрии в 2024 году отмечается возрастная норма по Z-критерию. Течение заболевания осложнено возникновением асептического некроза головки левой бедренной кости.

Результаты и обсуждение. Аутоиммунные полигландулярные синдромы (АПС) характеризуются поражением двух или более эндокринных желез, нередко сопровождаются аутоиммунными неэндокринными патологиями.

АПС 26 (3) типа (синдром Карпентера) характеризуется наличием аутоиммунного заболевания щитовидной железы с гипотиреозом или гипертиреозом, сахарного диабета 1 типа. Могут встречаться неэндо-

кринные аутоиммунные патологии, такие как: целиакия, витилиго, алопеция, миастения, пернициозная анемия, дефицит IgA, гепатит, гипогонадизм. Наиболее распространенным типом АПС в клинической практике эндокринолога является сочетание сахарного диабета 1 типа и аутоиммунного тиреоидита, что соответствует критерию АПС 3.

По данным исследователей, некоторые аутоиммунные заболевания ассоциированы с одними и теми же аномалиями генов системы HLA. Сахарный диабет 1 типа, аутоиммунные заболевания щитовидной железы, миастения, системная красная волчанка, целиакия, и Адиссонова болезнь ассоциированы с HLA-DR3. Сахарный диабет 1 типа, ревматоидный артрит, миастения и первичный билиарный цирроз – ассоциированы с HLA-DR4. Таким образом, сахарный диабет 1 типа, аутоиммунный тиреоидит и ревматоидный артрит связаны патогенетически, при этом одновременное возникновение данных патологий укладывается в концепцию АПС 26 (3) типа и встречается крайне редко.

Выводы. Аутоиммунные полигландулярные синдромы впервые упоминаются в 1926 г., однако до сегодняшнего дня ведутся дискуссии об этиопатогенезе. АПС 2 а (3) типа характеризуется сочетанием как минимум двух эндокринных аутоиммунных заболеваний, обязательными являются сахарный диабет 1 типа и аутоиммунный тиреоидит. Данный клинический случай показывает разнородность и редкость встречаемости АПС 2а (3), представленного тремя аутоиммунными заболеваниями. Дебют каждого аутоиммунного заболевания в нашем случае происходил в разное время жизни пациентки, однако, в характерной для АПС 2а последовательности: СД1, АИТ, ЮРА. Такая ассоциация заболеваний основана на генетической взаимосвязи патогенеза сахарного диабета 1 типа, аутоиммунного тиреоидита и ревматоидного артрита. Так же хотелось бы отметить непростое течение ревматоидного артрита, характеризующегося трудоемким подбором терапии и возникновением асептического некроза головки левой бедренной кости. Таким образом, важным является мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению каждой нозологии, входящей в АПС. Единый патогенез данных заболеваний позволяет более тщательно проводить дифференциальную диагностику сопутствующих патологий, а так же предполагать предрасположенность к аутоиммунным заболеваниям у близких родственников.



ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ ПРЕМЕНОПАУЗЫ КАК РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Смирнов В.В., Иванов С.Н., Иванов В.С.,
Азыдова Г.В.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Введение. Патологические аспекты гиперпролактинемии на сегодняшний день хорошо изучены и в первую очередь затрагивают изменения в репродуктивной системе. Менее изучены вопросы, влияющие гиперпролактинемии на другие органы и системы, в т.ч. на сердечно – сосудистую. Немногочисленные исследования предполагают, что гиперпролактинемия может влиять на кардиоваскулярные риски и провоцировать ремоделирование миокарда, артериальную гипертензию, гипергомоцистеинемию изменения липидограммы. Особенно уязвимы женщины в менопаузе, когда существенно снижается кардиопротективная роль эстрогенов.

Обследованы три группы пациенток. Пациентки первой группы (n=26) (44,6±2,6 лет) имели пролактиному получали терапию каберголином, поддерживая целевой уровень пролактина не менее двух лет. Пациентки второй группы (n=21) (42,8±3,5 лет) имели пролактиному и повышенные уровни пролактина, не принимали пролактинснижающую терапию. Третью группу (n=19) (43,9±3,4 лет) составили пациентки с идиопатической гиперпролактинемией также не получавшие пролактинснижающую терапию. Пациенткам всех групп проводилось, определение профиля АД, ЭКГ, ЭХОКГ, липидограммы, гомотестина, пролактина, макропролактина МРТ гипофиза с контрастированием.

Результаты. Средний уровень пролактина у пациенток первой группы составил – 286,22±45,1 во второй и третьей группе был более высоким – 881,89±78,9 и 692,22±63,2 мЕд/л (p<0,01) У всех пациенток уровень макропролактина составил менее 40%.

У пациенток с опухолевой так и идиопатической гиперпролактинемией, по сравнению с контрольной группой чаще отмечалась АГ – 38,1, 31,1% и 15,3% (p<0,01), чаще отмечались изменения на ЭКГ метаболического генеза – 33,3% и 26,3% и 15,4% (p<0,01). ЭХОКГ исследование показало тенденцию к увеличению КДР ЛЖ – 48,7, 46,4 и 42,2 мм (p<0,05) увеличению ММЛЖ – 147,3, 145,6 и 125,5 (p<0,05). ИММ ЛЖ 86,8, 85,4 и 73,4 (p<0,01) у пациенток, как с опухолевой, и идиопатической гиперпролактинемией. Эти пациентки имели более высокий уровень гомотестина 13,7, 13,4 и 6,7 мкмоль/л (p<0,01), триглицеридов 2,11, 2,8 и 1,8 ммоль/л (p<0,05), ЛПНП – 3,35, 3,11 и 2,54

ммоль/л (p<0,05). При этом статистических различий между пациентками с идиопатической и опухолевой гиперпролактинемией не отмечалось.

Выводы. Проведенное исследование показало что гиперпролактинемия, независимо от генеза ассоциируется с более высоким риском сердечно-сосудистой патологии. У пациенток в пременопаузе в сочетании с патологической гиперпролактинемией, чаще отмечаются артериальная гипертензия, изменения на ЭКГ метаболического генеза, выявлена тенденция к увеличению КДР ЛЖ, ММЛЖ и ИММЛЖ, отмечается более высокий уровень гомотестина и атерогенных фракций липидограммы.

ПРИМЕНЕНИЕ АГОНИСТА ГПП-1 СЕМАГЛУТИДА И МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 2 ОЖИРЕНИЕМ И АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Смирнов В.В., Иванов В.С., Карповская Е.Б.,
Федосеева В.В.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Введение. Ожирение, СД тип 2 и ассоциированный с ними андрогенный дефицит (АД) являются важнейшими медико-социальными проблемами 21 века. АД ассоциированный с ожирением и СД тип 2 становится все более распространенным явлением. Помимо снижения качества жизни АД повышает сердечно-сосудистые риски. Наиболее эффективными препаратами для лечения ожирения являются Агонисты ГПП-1 (АГПП-1) и Метформином. Однако эти препараты могут оказывать разное влияние на уровень тестостерона у мужчин.

Цель исследования. Приведены данные собственного исследования результатов терапии Метформином и Семаглутидом пациентов с АД страдающих СД тип 2 и ожирением на уровни гликемии, массы тела и уровень тестостерона. Обследованы две группы пациентов от 40 до 50 лет, с ожирением 2 ст (ИМТ=35-40), стажем СД 2 менее 5 лет при HbA1c <7,0%. Первую группу составили пациенты (n=31) с СД 2 и ожирением, средний ИМТ 37,3±2,6 (46,1±3,7 лет), на терапии семаглутидом 1 мг/ нед. Вторую пациенты (n=27) с СД тип 2 и ожирением, средний ИМТ (36,9±3,0), (45,7±2,9 лет) получавших метформин 3 г/сут. Пациенты обеих групп имели уровень тестостерона ниже 12 нмоль/л, соответствуя критериям АД, по определению ISSAM.

Результаты исследования. В обеих группах средние уровни HbA1c, ИМТ, индекса ИР (НОМА-IR) изначально были сопоставимы: HbA1c -6,71±0,5 и 6,83±0,21%, ИМТ: 37,3±2,6 и 36,9±3,0 НОМА-IR:

3,1+0,26 и 2,99+0,31 На фоне терапии семаглутидом и метформином эти показатели снизились через 3 месяца до HbA1c-6,1+0,2 и 6,43+0,36%; ИМТ-33,3+2,4 и 34,9+3,0%; HOMA-IR: 2,70+0,14 и 2,74+0,25. На финальном этапе эти показатели достигли – HbA1c: 5,3+0,31 и 6,0+0,43%; ИМТ: 31,3+1,9 и 32,6+2,1 HOMA-IR-2,12+0,27 и 2,54+0,31. Средние уровни тестостерона у пациентов обеих групп были одинаково низкими 8,43+3,9 и 7,77+2,87 нмоль/л. В первой группе наблюдалось повышение уровня тестостерона до 13,7+4,1 и 17,2+5,1 нмоль/л ($p<0,01$). Во второй группе уровень тестостерона снизился через 3 месяца до 6,2+3,1 нмоль/л ($p<0,05$), затем через 6 месяцев показал тенденцию к повышению до 13,6 нмоль/л +4,1 ($p<0,01$), оставаясь ниже, чем у пациентов 1 группы ($p<0,05$).

Выводы. Семаглутид и Метформин сопоставимо эффективны в коррекции ожирения и управлении гликемическим контролем, однако эффективность Семаглутида несколько выше. Терапия АГПП-1 предпочтительнее у мужчин, поскольку, в отличие от метформина, не снижает уровень тестостерона. Повышение уровня лактата на терапии метформином приводит к повышению продукции дофамина и развитию гиперпролактинемии, что угнетает продукцию андрогенов. Тем не менее, за счет снижения массы тела, инсулинорезистентности, провоспалительных цитокинов активности ароматазы, положительные эффекты метформина несколько компенсируют его негативные влияния в отношении продукции тестостерона.

РОЛЬ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Смирнова А.Е.

Городская поликлиника №54,
Санкт-Петербург

Цель. Рассмотреть тактику ведения амбулаторного больного с развитием вторичной цефалгии вследствие онкологического заболевания с неблагоприятным прогнозом на примере клинического случая.

Материалы и методы. Пациент Б., 34 года. Обратился к терапевту с жалобами на мигрирующие головные боли распирающего характера, иногда с пульсацией в висках, боли в шее, по утрам ощущение спазма в горле, трудности при приеме пищи. Данные симптомы беспокоили в течение двух недель, связывал с метеорологическими условиями, была кратковременная потеря сознания на несколько секунд при резком наклоне головы вперед, пробуждения по ночам. Самостоятельный прием анальгетиков со слабоположительным эффектом. Профессия: IT-специалист. Хронические заболевания, ЧМТ – отрицает. На первичном

приеме установлен предварительный диагноз «Дорсопатия, цервикокраниалгия с мышечно-тоническим синдромом». Рекомендована комбинация миорелаксанта и НПВС по схеме курсом в течение недели. Однократно через пять дней вызывал бригаду скорой медицинской помощи на дом, болевой синдром частично купирован, в стационарном лечении было отказано. На повторном приеме в связи с нарастанием симптоматики в виде приступов интенсивной головной боли, по ВАШ до 6-7 баллов, сопровождающихся рвотой, отсутствием динамики на фоне проводимой терапии пациент направлен к дежурному неврологу. Status neurologicus: диплопия при взгляде вверх и влево, рефлексы D<S оживлены, ригидность мышц шеи, координаторные пробы выполняются с грубой дисметрией слева, патологические знаки положительные. По данным эхоэнцефалографии (ЭХО-ЭГ) выявлены признаки внутричерепной гипертензии выраженной степени. Рекомендована экстренная госпитализация. При обследовании выявлены объемные образования головного мозга, проведено оперативное лечение. Развился судорожный приступ с эпизодом угнетения сознания. КТ контроль – кровоизлияние в метастаз правой лобной доли. В послеоперационном периоде течение основной патологии осложнилось менингоэнцефалитом. Заключительный диагноз «Множественные объемные образования головного мозга в правой лобной доле, левых теменной и височной долях (mts). Дислокационный синдром. Костно-пластическая трепанация в левой височной области. Микрохирургическое удаление объемного образования в левой височной доле. Пластика твердой мозговой оболочки. Костно-пластическая монофронтальная трепанация в правой лобной области. Удаление метастаза правой лобной доли. Резекционная трепанация черепа, расширение трепанационного окна, удаление кровоизлияния в ложе удаленного метастаза правой лобной доли. Взятие фрагмента фасции широкой мышцы левого бедра для аутоотрансплантации».

Результаты и обсуждение. Представленный случай является примером стремительного развития гипертензионного синдрома у пациента с головной болью. Несмотря на наличие достаточных критериев в момент обращения, так называемых «сигналов опасности», диагноз был установлен в поздние сроки, что привело к отягощенному течению болезни.

Выводы. Ввиду многоликости неспецифических жалоб, отсутствия проявлений неврологической симптоматики на ранних этапах заболевания, пациент не сразу обращается к врачу. Как правило, связывая ухудшение своего состояния с психоэмоциональным перенапряжением, физическими нагрузками, метеозависимостью и рядом других факторов. Таким образом, необходимо грамотно дифференцировать вторичные головные боли, проявляющиеся зачастую типичной клинической картиной, но в тоже время имеющие определенные признаки, которые должны насторожить специалиста на первичном приеме и помочь определиться с верной тактикой лечения.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ИХ СВЯЗЬ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Смыслова Т.С.

Ярославский государственный
медицинский университет,
Ярославль

Актуальность. Известно, что сахарный диабет (СД) оказывает особое влияние на миокард больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и усугубляет диастолическую дисфункцию сердца.

Вариабельность сердечного ритма (ВРС) показывает нарушение вегетативной нервной системы (ВНС) и является более чувствительным методом для раннего выявления диабетической нейропатии.

Цель. Изучить особенности нарушений вегетативной регуляции сердца и диастолической дисфункции миокарда больных гипертонической болезнью (ГБ), ИБС, ИБС с сопутствующим СД 2 типа.

Материалы и методы. Было обследовано 54 больных (средний возраст – $52,4 \pm 8,7$ года), из них у 37 больных была ИБС, у 17 ГБ, у 16 больных ИБС наблюдался СД. Анализ ВРС во временной области за 24 часа проводился по программе AstrocardHoltersystem-2FElite (ЗАО «Медитек», Москва). ЭхоКГ исследование выполнялось на ультразвуковом сканере Philips En Visor C. Статистический анализ выполнялся с помощью пакета Statistica 8,0 (StatSoft, Inc., USA). Для сравнения количественных показателей между двумя независимыми группами был использован критерий Манна-Уитни. При сравнении количественных показателей трех и более независимых групп использовался анализ ANOVA по Крускалу-Уоллису, дальнейшее парное сравнение было проведено с применением критерия Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Для сравнения дискретных переменных использовался метод χ^2 Пирсона. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У больных ИБС в отличие от пациентов с ГБ были достоверно выше показатели конечного систолического объема ($52,2 \pm 17,3 > 45,5 \pm 10,4$ мл; $p = 0,01$) и ниже фракция выброса левого желудочка ($55,4 \pm 7,3 < 61,4 \pm 4,4\%$; $p = 0,002$). У больных ИБС и СД в отличие от больных без СД были достоверно

ниже показатели средней длительности интервалов R-R (RRNN) ($798,2 \pm 125,6 < 943,6 \pm 171,5$ мс; $p = 0,04$), стандартного отклонения интервалов R-R (SDNN) ($97,8 \pm 23,3 < 132,1 \pm 39,4$ мс, $p = 0,006$), доли соседних синусовых интервалов R-R, различающихся более чем на 50 мс (pNN50) ($1729,5 \pm 1866,4 < 4493,5 \pm 4711,5$; $p = 0,04$), мощности в диапазоне низких частот (Low Frequency) LF ($334,5 \pm 222,9 < 650,1 \pm 454,6$ мс² $p = 0,02$). Кроме того, у больных СД было достоверно выше соотношение низко- и высокочастотных компонентов (LF/HF) ($4,7 \pm 2,8 > 2,4 \pm 1,2$; $p = 0,003$). Все вышеописанные показатели, а также мощность в диапазоне высоких частот (High Frequency) HF достоверно отличались у больных с СД по сравнению с больными ГБ ($127 \pm 127,4 < 291,7 \pm 223,1$ мс² $p = 0,02$). При этом у больных ИБС и СД в отличие от пациентов ИБС без диабета или с ГБ были выявлены достоверно более высокие показатели времени изоволюметрического расслабления левого желудочка IVRT ($137,5 \pm 9,1 > 108,3 \pm 18,7$ и $108,4 \pm 28$ мс соответственно $p = 0,04$). У больных СД между показателями IVRT и ВРС, а также между уровнем глюкозы капиллярной крови и ВРС наблюдалась умеренная обратная достоверная корреляция ($8,1 \pm 2,5 > 5,3 \pm 4,5$ ммоль/л; $p = 0,03$). Наибольшая корреляция была выявлена между значениями глюкозы и HF ($p = 0,002$).

Выводы. У больных ИБС в условии гипергликемии было выявлено снижение парасимпатических влияний и увеличение симпатических влияний, по данным ВРС, что вызывает ухудшение диастолической дисфункции миокарда левого желудочка, поскольку низкая ВРС коррелирует с наличием нейропатии у больных СД 2 типа, а ее прогрессирование приводит к ухудшению диастолической функции миокарда левого желудочка.

ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ В КОМПЛЕКСЕ ФАКТОРОВ И МОДИФИКАТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Соловей С.П.¹, Митьковская Н.П.¹,

Денисевич Т.Л.¹, Колядко М.Г.¹, Огурцова С.Э.²

¹Республиканский научно-практический
центр «Кардиология»,

²Институт биоорганической химии

НАН Беларуси,

Минск, Беларусь

Цель. Оценить значимость циркулирующих клеточных маркеров функционального состояния эндотелия – эндотелиальных клеток (ЭК) и их предшественников (прогениторные клетки, ПК) в комплексе факторов и модификаторов риска развития ИБС.

Материалы и методы. Проведено одноцен-
тровое, поперечное, сравнительное исследование, в
которое были включены пациенты со стабильной хро-
нической ишемической болезнью сердца (ИБС) ($n=52$,
средний возраст 60,5 (53,0; 65,5) года, 46,1% мужчин)
и условно здоровые лица без сердечно-сосудистых за-
болеваний и признаков субклинического атеросклеро-
за ($n=32$, средний возраст 52,0 (51,0; 55,0) года, 46,8%
мужчин). Оценивались следующие показатели функци-
онального состояния эндотелия: ЭК, ПК, концентрация
эндотелиальной синтазы оксида азота, нитраты и ни-
триды в периферической крови. Исследование количе-
ства ЭК и ПК осуществляли на проточном цитофлу-
ориметре CYTOMICS FC 500 (BectonCoulter, США) с
использованием меченных флуорохромами монокло-
нальных антител к поверхностным маркерам клеток
(из расчета 3×10^5 лейкоцитов). Циркулирующие ЭК
определяли, как негативные по маркеру CD45 (CD45-)
и позитивные по CD146 (CD146+), ПК – как негативные
по CD34 (CD34-) и позитивные по CD306 (CD306+).
Проводили физикальное обследование, антропоме-
трию, комплексное инструментальное обследование,
включающее дуплексное сканирование прецеребраль-
ных, бедренных артерий и аорты с оценкой наличия и
величины атеросклеротических бляшек, эхокардиогра-
фическое исследование сердца, компьютерное томо-
графическое исследование коронарных артерий с под-
счетом коронарного кальциевого индекса (для группы
здоровых лиц). Выполнялся биохимический и общий
анализ крови с определением липидного спектра, гема-
тологических индексов воспаления, общий и биохими-
ческий анализ мочи. Всего в качестве анализируемых
признаков включено 59 показателей из числа факторов
и модификаторов риска. Данные представлены в виде
медианы, интерквартильного диапазона. Рассчитыва-
ли коэффициент корреляции Спирмена, для оценки
значимости показателей и определения оптимальных
пороговых значений применяли ROC-анализ, для раз-
работки многофакторной прогностической модели ис-
пользовали метод бинарной логистической регрессии.

Результаты и обсуждение. В ходе сравнительно-
го анализа выявлены межгрупповые различия по пока-
зателям, характеризующим функциональное состояние
эндотелия. Здоровые лица имели более низкую частоту
обнаружения ЭК (68,8%) по сравнению с пациентами с
ИБС (80,8%), однако различия не достигали уровня ста-
тистической значимости. Группы различались по частоте
выявления ПК, достоверно чаще у лиц с ИБС (91,1% и
78,1% соотв.), у которых всегда присутствовала хотя бы 1
ПК или ЭК, в то время как у здоровых в 6,3% случаев ни-
какие клетки не обнаруживались. Различия установлены
не только по соотношению, но и по количеству как ЭК (2
(1; 3) и 1 (0; 2) соотв.), так и особенно ПК (50 (8; 181) и 2
(1; 10)), по другим биомаркерам группы были сопос-
тавимы. Оптимальное пороговое значение количества
ЭК, дифференцирующее пациентов с ИБС, составило
 ≥ 1 клетки, ПК – ≥ 8 . Из всех анализируемых факторов
и модификаторов кардиоваскулярного риска значимые

различия, уровень которых у лиц с ИБС был выше, пока-
зали: отягощенная по ИБС наследственность ($p=0,001$),
величина отношения окружности талии к окружности
бедер ($p=0,017$), уровень систолического ($p<0,001$)
и диастолического ($p=0,017$) артериального давления,
стаж курения ($p=0,034$), уровень глюкозы ($p=0,009$), вы-
сокочувствительного тропонина (TnI) ($p=0,001$), коли-
чество нейтрофилов в крови ($p=0,008$), а также мочевой
кислоты ($p=0,021$), и ее отношения к креатинину крови
($p=0,008$). Однофакторный анализ продемонстрировал
наиболее высокую значимость большого количества ПК
(не менее 8) в классификации лиц с ИБС и здоровых (ОШ
10,72 (3,77-30,40)). Согласно полученным данным, неза-
висимыми факторами, ассоциированными с наличием
ИБС, являлись: количество ЭК, наличие ПК >8 , мочевая
кислота/креатинин, количество нейтрофилов, отягощен-
ная по ИБС наследственность, которые и вошли в итоговую
оптимальную модель классификации. Наибольший вклад
в данной многофакторной модели в соответствии
со значением ОШ (16,49 (3,68-73,89)) опять же вносили
ПК (ПК ≥ 8), из дополнительных к ПК факторов наи-
большим вкладом обладал показатель наследственности.
Модель характеризуется высокой точностью – 83,8,
коэффициент детерминации составил 0,65.

Выводы. Раннее выявление лиц с риском разви-
тия ИБС имеет решающее значение для разработки эф-
фективных профилактических стратегий. Наши резуль-
таты указывают на наличие существенных различий в
клеточно-молекулярной составляющей атеросклероза
у пациентов с наличием и отсутствием ИБС. Коли-
чество ПК, которые отражают эндотелиальную дис-
функцию, является основным фактором в классифи-
кационной модели, ассоциированным с заболеванием.
Использование циркулирующих клеточных маркеров
функционального состояния эндотелия в дальнейшем
может служить ориентиром при создании методов бо-
лее ранней и точной оценки риска.

ПАЦИЕНТ С БОЛЕЗНЬЮ ФОРЕСТЬЕ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Солодовникова С.В.¹, Данилова О.И.¹,
Шпигун Н.В.²

¹Витебский государственный
медицинский университет,
Витебск, Беларусь,

²Институт повышения квалификации
и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский
государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь

Цель работы. Представить клинический случай
пациента с болезнью Форестье (БФ) и полиморбидной
патологией. Привлечь внимание врачей первичного

звена на важность диагностики заболевания, необходимости назначения соответствующей терапии для профилактики тяжелых осложнений связанных с заболеванием, своевременном лечении полиморбидной патологии и многопрофильному подходу в ведении пациентов с БФ.

Материалы и методы. Материалом для данной работы послужил случай заболевания пациента, направленного в ревматологическое отделение Витебской областной клинической больницы (ВОКБ) с предварительным диагнозом «Анкилозирующий спондилит, центральная форма, впервые выявленный».

Результаты и обсуждение. Мужчина, 1947 года рождения, поступил в ревматологическое отделение ВОКБ с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника, без утренней скованности, умеренную одышку при физической нагрузке, повышение артериального давления, дневную сонливость. Считает себя больным в течение нескольких лет, когда впервые появились вышеперечисленные симптомы. По поводу болевого синдрома эпизодически наблюдался у невролога в поликлинике по месту жительства с диагнозом «остеохондроз». Назначались короткие курсы терапии нестероидными противовоспалительными средствами. В анамнезе эпизоды затрудненного глотания и невозможность приема твердой пищи. По данному поводу, после исключения органической патологии, было проведено бужирование пищевода (2019 г.). В 2022 году появились изменения на ЭКГ в виде длительных эпизодов атриовентрикулярной блокады 3 степени. Со слов пациента, сознание терял однократно. Ввиду данных нарушений, сопровождающихся приступами МАС, пациенту имплантирован ЭКС (2022 г.). Объективно: состояние удовлетворительное. Абдоминальный тип ожирения (ИМТ – 40,8 кг/м²). При осмотре костно-мышечной и суставной системы ограничение движения во всех отделах позвоночника, преимущественно в поясничном отделе. Границы относительной тупости сердца увеличены влево на 1,5 см. При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 60 в мин., дефицита пульса нет. Артериальное давление 149/95 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. ЧД 16 в минуту. Органы пищеварения и мочеполовой системы без особенностей. Периферические отеки не определяются. Проведены исследования лабораторные и инструментальные. Молекулярно-генетическое исследование с целью определения носительства аллеля 27 в локусе HLA-B не обнаружено. По данным лабораторных методов обследования: СОЭ по методу Вестергрена – 6 мм/ч, СРБ – 1,2 мг/л, РФ – 9,2 IU/ml, глюкоза – 5,55 ммоль/л, АЦЩП – 1,67 ед/мл (отрицательный). Общий анализ мочи – без особенностей. На рентгенограмме шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника основные изменения локализовались в грудном и поясничном отделах: значительное снижение высоты межпозвоночных дисков с выраженными краевыми экзостозами склонными к слиянию (соответствовало основной локализации болевого синдрома). ЭХО-КГ пациента: левое предсердие 43мм,

индекс массы миокарда 145 г/м². Снижение глобальной сократимости миокарда левого желудочка легкой степени (ФВ – 51%). Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка 1 тип. Нарушение локальной сократимости миокарда ЛЖ (ИЛС – 1,19). Учитывая отсутствие жалоб на боль воспалительного характера в позвоночнике, длительный анамнез заболевания, наличие осложнений в анамнезе (дисфагия и др.), изменений по данным обследования, характерных для БФ, наличие коморбидной патологии, ассоциированной с БФ, пациенту был выставлен диагноз «анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз». Назначено соответствующее лечение данной патологии с учетом полиморбидных заболеваний. Учитывая наличие жалоб на дневную сонливость, объективные данные, для исключения патологии со стороны органов дыхания, исключения синдрома апноэ во сне, пациенту назначены дополнительные методы исследования.

Выводы. Данное наблюдение наглядно демонстрирует комплексный анализ заболевания в реальной клинической практике. Важна ранняя диагностика для начала многопрофильного подхода в лечении таких пациентов. Клиническая значимость диагностики данного заболевания имеет большое значение в виду наличия сложных полиморбидных ассоциаций (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром и др.), а также возникновением осложнений, связанных с прогрессированием заболевания. Для улучшения качества жизни пациентов с БФ требуется комплексное взаимодействие врачей различных специализаций (травматолог, кардиолог, ревматолог и др.).

ВЛИЯНИЕ АНТИТЕЛ К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ НА ЕГО АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Спицина С.С.^{1,2}, Емельянова О.И.¹, Русанова О.А.¹,
Мозговая Е.Э.¹, Бедина С.А.^{1,2}, Трофименко А.С.¹

¹НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Церулоплазмин – медьсодержащий белок плазмы крови, обладающий антиоксидантными свойствами. У больных с многими ревматическими заболеваниями, включая системную красную волчанку (СКВ), наблюдается гиперпродукция активных форм кислорода, при которой можно ожидать компенсаторного повышения синтеза антиоксидантов, в том числе церулоплазмينا, ингибирующего свободные радикалы.

Цель. Определение антител к церулоплазмину, изучение их влияния на оксидазную активность церулоплазмина, определение связи антител к церулоплазмину с активностью СКВ.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 56 больных СКВ и 30 практически здоровых лиц. Среди больных СКВ было 52 женщины (93%) и 4 мужчин (7%) в возрасте от 18 до 65 лет. Активность СКВ оценивалась по SLEDAI-2K: 8 больных (14%) имели минимальную активность, 25 (45%) – умеренную, 23 (41%) – высокую. Большинство больных с СКВ имели подострое течение (61%), остальные – хроническое (39%). Продолжительность заболевания составляла от 6 месяцев до 18 лет. Антитела к церулоплазмину определяли методом непрямого иммуноферментного анализа, измеряли в единицах оптической плотности (е.о.п.).

Результаты. В группе больных СКВ было выявлено значимое повышение содержания антител к церулоплазмину, которые появлялись уже на ранних стадиях заболевания и прямо коррелировали со степенью активности ($r=0,436$; $p<0,005$). Антитела к церулоплазмину были выявлены у 29 (52%) больных. В этой группе больных оксидазная активность церулоплазмина достоверно не изменялась в зависимости от активности заболевания ($p>0,05$). Но в группе больных СКВ без антителообразования к церулоплазмину оксидазная активность данного фермента была достоверно выше, чем у пациентов с антителами к церулоплазмину, увеличиваясь с повышением значений SLEDAI-2K. Таким образом, аутоантитела к церулоплазмину влияют на его оксидазную активность, ингибируя ее. Изучение синтеза антител к церулоплазмину в зависимости от течения и длительности СКВ не выявило достоверных различий, что позволяет использовать данный маркер в диагностике ранних стадий.

Выводы. При СКВ отмечается повышение синтеза аутоантител к церулоплазмину, а также его ферментативной активности, что может быть использовано как дополнительный критерий диагностики активности и прогноза при СКВ.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ПОЧЕЧНОГО КРИЗА

Старовойтова М.Н.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Системная склеродермия (ССД) – системное заболевание соединительной ткани, при котором наряду с поражением кожи отмечаются сосудистые нарушения, а также характерное поражение сердца, легких, желудочно-кишечного тракта и почек. В основе серьезных

клинических проявлений лежат микроциркуляторные нарушения, а васкулопатия является не только ранним, но и центральным звеном патогенеза ССД, приводящим в том числе и к серьезной почечной патологии.

До конца 70-х годов прошлого века поражение почек в виде «истинной склеродермической почки», почечного криза, выступало ведущей причиной смерти больных ССД. С введением в клиническую практику иАПФ наступил переломный момент в структуре смертности при ССД, существенно снизившись с 43 до 8% от СПК, уступив пальму первенства патологии легких и сердца.

При ССД встречаются различные типы поражения почек. Большинство почечных проявлений клинически мало выражены или практически незаметны. А по данным аутопсийного материала поражение почек выявляется у 60-80% пациентов. Степень выраженности почечной патологии может варьировать от клинически незначимого снижения почечной функции до жизнеугрожаемых повреждений, которые до настоящего времени представляют сложную проблему в терапевтическом плане.

Давно известен такой грозный вариант поражения почек при ССД, как склеродермический почечный криз, характеризующийся развитием острой почечной недостаточности и, как правило, умеренной или выраженной артериальной гипертензией (АГ) с гиперреинемией. Для его описания также используются термины «истинная склеродермическая почка» и «острая склеродермическая нефропатия».

Этиопатогенез поражения почек недостаточно изучен.

Острое повреждение эндотелия сосудов запускает каскад событий, приводящих к острому гипертоническому кризу и, как следствие, острому повреждению почек с тромботической микроангиопатией

Выявление и наблюдение больных со СПК, а также больных ССД, относящихся к группе риска развития СПК, имеет ключевое значение в снижении смертности и риска развития необратимой терминальной почечной недостаточности

Диффузная форма ССД рассматривается как один из основных факторов риска СПК. Эксперты сходятся во мнении, что быстрое прогрессирование фиброза кожи выступает независимым предиктором развития СПК. У большинства пациентов с диффузной формой ССД СПК развивается в срок от 7,5 мес до 4 лет.

Выявлена ассоциация развития СПК и использования в лечении ГК. Предполагается, что высокие дозы кортикостероидов могут способствовать эндотелиальной дисфункции и ингибировать выработку простаглицлина, что, в свою очередь, увеличивает активность АПФ.

Был выявлен ряд других факторов риска, например, анемия, недавние т.н.сердечные события, контрактуры крупных суставов, миалгия и миопатия У всех анти РНКП III позитивных пациентов развился гипертонический почечный криз, тогда как в группе анти-Торо I у 40% был диагностирован нормотензивный тип СПК. У 24-33% пациентов, позитивных по а РНК полимеразе 3, развивается СПК

Пациенты с антителами против Торо I, как правило, имели более высокий уровень креатинина и менее благоприятный исход.

Агрессивная гипотензивная терапия СПК является основным методом предотвращения необратимых сосудистых повреждений. Снижения артериального давления (АД) следует достигать в сроки до 2-3 сут, но без выраженных колебаний его уровня, предпочтение отдается короткодействующим препаратам. Резкое падение АД может привести к значительному снижению почечной перфузии и, как следствие, острому канальцевому некрозу.

Несмотря на отсутствие рандомизированных контролируемых исследований, эксперты EULAR считают необходимым использование иАПФ в лечении СПК. При недостаточной эффективности монотерапии иАПФ необходимо добавление к лечению гипотензивных препаратов других групп (БМК, моксонидин, нитропруссид и др.). Применения неселективных β -блокаторов следует избегать. Важно, что использование иАПФ в период, предшествующий развитию СПК, не только не оказывает нефропротективного эффекта, но и ассоциировано с высоким риском терминальной почечной недостаточности и смерти больных.

Отдельными центрами дополнительно рекомендовано при СПК использование илопроста – стабильного аналога простагличина, обладающего вазодилатирующими и антиагрегантными свойствами. При внутривенном использовании илопрост увеличивает почечный плазматок, расширяя приносящую и выносящую артериолы [25].

Имеются отдельные клинические сообщения о положительном влиянии антагонистов рецепторов эндотелина (ЭТ) бозентана и ситаксентана на восстановление почечной функции у больных ССД, в том числе находящихся на гемодиализе, при неэффективности иАПФ настоящее время продолжается открытое клиническое исследование, целью которого является изучение влияния антагониста рецепторов ЭТ бозентана у пациентов с СПК. Использование антикоагулянтов в терапии СПК не изучалось.

Несмотря на то, что введение в практику иАПФ привело к значительному улучшению общей выживаемости, СПК остается серьезным осложнением ССД, сохраняется высокая смертность. Необходимо дальнейшее изучение маркеров повреждения в качестве прогностических индикаторов и потенциальной мишени терапии, а также изучение воздействия новых терапевтических средств, используемых при ССД-васкулопатиях, для лечения склеродермической нефропатии.

ПОЛ-АССОЦИИРОВАННЫЕ РАЗЛИЧИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Старченко А.Д.¹, Лискова Ю.В.², Рожков В.О.³,
Варфоломеев С.А.³

¹Оренбургский государственный
медицинский университет,
Оренбург,

²РНИМУ имени Н.И. Пирогова,
Москва,

³ООКБ имени В.И. Войнова,
Оренбург

Цель исследования. Изучить особенности ремоделирования миокарда у пациентов обоего пола с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ), ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД2Т), по данным эхокардиографии (ЭХОКГ) и комплексного гистологического исследования миокарда ушка правого предсердия (УПП).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 мужчин (М) и 30 женщин (Ж) с диабетическим фенотипом (ДФ) ХСНсФВ I - IIА стадий, I-III ФК по NYHA. Пациенты поступали в кардиохирургическое отделение ГАУЗ «ООКБ имени В.И. Войнова» для проведения планового коронарного шунтирования (КШ). За сутки до оперативного вмешательства всем пациентам выполнялась ЭХОКГ (аппарат ACUSON Sequoia, Германия) согласно действующим рекомендациям Американского общества эхокардиографии и Европейской ассоциации кардиоваскулярной визуализации, 2015 года. Кроме того, интраоперационно на этапе канюляции полых вен осуществлялся забор миокарда УПП. Полученные биоптаты были подвергнуты стандартной однотипной гистологической обработке и изучены с помощью методов световой микроскопии, морфометрии. Обработку полученных данных проводили с использованием программы «Statistica 12.0». Количественные признаки представляли в виде среднего (М) и стандартного отклонения (SD) (при нормальном распределении) или в виде медианы (Me) и межквартильного интервала [Q1; Q3] (при отсутствии нормального распределения). Качественные переменные были определены и представлены в виде относительных долей (%) от общей выборки, обладающей данным признаком. Достоверность различий р составляла <0,05.

Результаты и обсуждение. Средний возраст М, включенных в исследование, 65,0 [62,0; 69,0] лет был сопоставим с Ж – 68,0 [63,0; 71,0] лет. У всех пациентов



развитие ХСНсФВ обусловлено ИБС и АГ. Стаж СД2Т у М был значимо меньше 7,0 [5,0; 8,0] лет, чем у Ж – 8,0 [6,0; 10,0] лет ($p=0,015$). Анализ данных ЭХОКГ у М с ДФ ХСНсФВ выявил достоверно большие как линейные параметры ЛЖ – КДР ($55,0\pm 7,6/46,1\pm 6,01$ мм, $p=0,00015$), КСР ($39,4\pm 7,1/32,0\pm 4,9$ мм, $p=0,00001$), толщина МЖП ($14,2\pm 1,7/12,5\pm 1,6$ мм, $p=0,0101$), ЗСЛЖ ($10,5\pm 1,3/9,7\pm 1,5$ мм, $p=0,0087$), ММЛЖ ($267,2\pm 77,4/191,7\pm 61,4$ г, $p=0,00025$), так и объемные – КДО ($154,3\pm 40,0/102,4\pm 31,4$ мл, $p=0,00003$), КСО ($73,9\pm 28,2/42,4\pm 14,4$ мл, $p=0,00002$), УО ($81,8\pm 19,1/60,1\pm 19,7$ мл, $p=0,0036$), объем ЛП ($77,0\pm 18,3/67,6\pm 18,0$ мл, $p=0,48$), при этом существенно меньше значения ФВ ЛЖ ($p=0,00008$) и S ($p=0,00004$), чем у Ж. У пациентов обоего пола встречались все типы ремоделирования миокарда ЛЖ: нормальная геометрия – 20/27% (у М и Ж соответственно), концентрическое ремоделирование – 10/13%, концентрическая гипертрофия – 20/13%, с преобладанием эксцентрической гипертрофии – 50/47%.

При комплексном гистологическом исследовании биоптатов УПП обнаружены структурные изменения, затрагивающие все компоненты миокарда. Выявлялись участки атрофированных, безъядерных сердечных миоцитов и КМЦ с парануклеарным просветлением цитоплазмы на фоне очагового фиброза миокарда. Значимые нарушения наблюдались в сосудах микроциркуляторного русла: утолщение стенок артериол и венул, переполнение их форменными элементами крови, участки сладжа эритроцитов.

Кроме того, выявлен ряд пол-ассоциированных особенностей в структурной реорганизации миокарда УПП на клеточном уровне. Выраженная гипертрофия КМЦ в миокарде женщин с ДФ ХСН: диаметр (d) сердечных миоцитов ($p=0,00002$), их ядер ($p=0,00002$), площадь (S) ядер ($p=0,0013$) и S цитоплазмы КМЦ ($p<0,001$). У М наблюдалась тенденция к росту объемной плотности (ОП) стромы миокарда. В свою очередь, в миокарде Ж ОП капилляров оказалось достоверно выше в сравнении с М ($p=0,007$), что подтверждается более высоким трофическим индексом ($p=0,071$). Диаметр синусоидных капилляров ($p=0,0084$) оказался больше у М, чем у Ж. Кроме того, индекс Керногана диагностировался достоверно больше в группе Ж ($p=0,0010$), с меньшим радиусом просвета артериол ($p=0,030$) и большей толщиной их стенок ($p=0,048$).

Выводы. Таким образом, анализ результатов ЭХОКГ у мужчин с ДФ ХСН по сравнению с женщинами выявил значимо большие линейные и объемные показатели ЛЖ на фоне более низкой ФВ ЛЖ, при этом преобладающим типом ремоделирования независимо от пола была эксцентрической гипертрофия. Несмотря на то, что в условиях диабетического повреждения сердца на молекулярно-клеточном уровне дезадаптивное ремоделирование миокарда наблюдалась у пациентов независимо от половой принадлежности, женский пол ассоциировался с более выраженными структурно-функциональными изменениями миокарда при ДФ ХСНсФВ.

ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ФЕНОТИПА ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Стребкова Е.А., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г.,
Савушкина Н.М., Шарапова Е.П., Хальметова А.Р.,
Колесникова К.В., Самаркина Е.Ю.,
Алексеева О.Г., Алексеева Л.И., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Определить факторы прогрессирования воспалительного фенотипа остеоартрита (ОА) коленных суставов.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 51 пациент в возрасте 40-75 лет с ОА (установленный в соответствии с критериями ACR) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.-Lawrence J.), подписавших информированное согласие. Средний возраст составил $54,1\pm 11,1$ года, длительность заболевания 3,5 (1-11) лет. Средние значения ИМТ соответствовали ожирению ($32,4\pm 7,6$ кг/м²). Стойкий синовит коленного сустава, подтвержденный данными УЗИ, был основным параметром для определения воспалительного фенотипа ОА. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, KOOS, DN4, общего состояния здоровья пациента (ОСЗП) и сопутствующие заболевания. Выполнялись лабораторная и инструментальная диагностика. Длительность исследования – 3 года. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты и обсуждение. За период наблюдения прогрессирование ОА коленных суставов (увеличение рентгенологической стадии по Kellgren-Lawrence в основном за счет сужения суставной щели медиальной и/или латеральной более чем на 0,5 см за год) было отмечено у 19,6% пациентов ($n=10$). По наличию или отсутствию прогрессирования ОА больные были разделены в 2 группы. Лица обеих групп не отличались по возрасту и длительности ОА ($p>0,05$). У пациентов с прогрессированием ОА определялись более худшие показатели боли по WOMAC (Me 255 [238,5; 275] против Me 179,5 [100; 220], $p=0,007$) и суммарного WOMAC (Me 1107,5 [1000,5; 1338,5] против Me 824,5 [505; 1100], $p=0,049$). При сравнении групп у лиц с прогрессированием выявлялись: более высокие показатели СРБ (Me 6,9 мг/л [1,9; 9,8] против Me 1,5 мг/л [0,7; 3,0], $p=0,04$), гиперлептеинемия (Me 82,4 нг/мл [67,2; 128,2] против Me 37,2 нг/мл [25,7; 48,0], $p=0,001$) и повышение продукции маркера деструкции внеклеточного матрикса хряща – матричной металлопротеиназы – 9 (Me 4 нг/мл [1,14; 13,0] против Me 1,4 нг/мл [0,4; 4], $p=0,02$). Ана-

лиз корреляций по Спирмену показал, что прогрессирование воспалительного ОА ассоциируется с болью в коленном суставе по WOMAC ($r=0,58$, $p=0,004$), мультиморбидностью ($r=0,52$, $p=0,03$) и гиперлептеинемией ($r=0,54$, $p=0,009$).

Выводы. Основными предикторами прогрессирования воспалительного фенотипа ОА являются: боль в коленном суставе, повышение уровня лептина и мультиморбидность. Лечебные интервенции, направленные на данные факторы улучшат течение воспалительного фенотипа ОА коленных суставов.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ ФЕНОТИПЕ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Стребкова Е.А., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г.,
Савушкина Н.М., Шарапова Е.П.,
Хальметова А.Р., Михайлов К.М., Демин Н.В.,
Алексеева Л.И., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить влияние гиперурикемии (ГУ) на течение остеоартрита (ОА) коленных суставов, ассоциированного с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 111 пациентов в возрасте 40-75 лет с ОА (установленный в соответствии с критериями ACR) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.-Lawrence J.) и метаболическим синдромом, подписавших информированное согласие. Средний возраст составил 61 год [54; 67,5], длительность заболевания 6 лет [3; 14,5]. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, KOOS, DN4, общего состояния здоровья пациента (ОСЗП) и сопутствующие заболевания. Выполнялись лабораторная и инструментальная диагностика. Уровень мочевой кислоты более 360 мкмоль/л определялся как ГУ. Длительность исследования – 3 года. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты и обсуждение. По наличию или отсутствию ГУ пациенты с ОА были распределены в 2 группы. Пациенты с метаболическим фенотипом ОА с и без ГУ были сопоставимы по возрасту и длительности ОА. У пациентов с метаболическим фенотипом ОА и ГУ определялись более худшие показатели клинической картины ОА: более высокие значения боли по ВАШ ($p=0,042$), чаще регистрировались варусная деформация (34,8% против 14,5%, $p=0,014$) и гипотрофия четырехглавой мышцы бедра (55,1% против 33,9%,

$p=0,025$), а также более тяжелая функциональная недостаточность – использование вспомогательных приспособлений для ходьбы (24,4% против 8,2%, $p=0,02$). При лабораторном обследовании пациенты в группе с ГУ имели более высокие концентрации матричной металлопротеиназы-3 (Me 23,9 [16,3; 28,4] против Me 16,5 [12,1; 22,4], $p=0,035$).

Выводы. Гиперурикемия у пациентов с метаболическим фенотипом ОА представляет собой дополнительный фактор, обуславливающий более тяжелое течение ОА. В связи с этим необходимо разрабатывать терапевтические мероприятия при метаболическом ОА, направленные на коррекцию уратного обмена, что будет способствовать снижению риска тяжелого течения ОА.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, СРАВНЕНИЕ ВОЛН 2020-2021 И 2022-2023 ГОДОВ

Стрельцова В.В., Антипова Е.П.
Омский государственный
медицинский университет,
Омск

Введение. По данным последних исследований, распространенность ХСН в России увеличилась с 6,1 до 8,2% за последние 20 лет, и это состояние развивается у все большего числа пациентов. В период пандемии COVID-19 сердечно-сосудистые заболевания заняли третье место по частоте сопутствующих заболеваний у пациентов с коронавирусной инфекцией, что связано с прямым повреждением клеток вирусом и развитием легочной гипертензии. Высокий риск декомпенсации и летальности у пациентов с ХСН при COVID-19 требует оценки особенностей течения ХСН и выделения факторов риска для прогнозирования исхода.

Цель исследования. Определить клинические особенности течения хронической сердечной недостаточности у пациентов с новой коронавирусной инфекцией в разные волны пандемии (2020-2021 и 2022-2023).

Материалы и методы исследования. В ретроспективное исследование, проведенное на базе «Больница скорой медицинской помощи №2» (БУЗОО ГКБСМП №2) города Омска, включено 78 пациентов с ХСН ишемического генеза и COVID-19, госпитализированных в пульмонологическое отделение, из них 36 перенесли COVID-19 в первую волну 2020-2021 гг., 42 пациента получали лечение во вторую волну

2022-2023 гг. В первой группе 13 мужчин и 25 женщин, медиана возраста составила 65,5 лет. Во второй группе 11 мужчин и 31 женщина, медиана возраста – 70,3 лет. Для оценки распространенности и тяжести ХСН учитывались функциональный класс (ФК) и стадия ХСН. Для анализа особенностей течения ХСН использовались данные о выраженности симптомов и объективного.

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученных данных выявлено, что среди госпитализированных пациентов первой группы 19 имели стадию развития ХСН 2А, 1 стадию 13 пациентов и 2Б стадию 3 пациента, 3 стадию 1 пациент. ХСН I функционального класса – 12 пациентов, ФК II 21, ФК III – 3 пациента. Во второй группе со стадией ХСН 1 выявлено 6 пациентов, ХСН 2А – 22 пациента, со стадией 2Б – 10 пациентов, с 3 стадией – 4 пациента. Функциональный класс I – 4 пациента, ФК II – 20 пациентов, ФК III – 10, ФК IV – 4 пациента.

В первой группе 34 пациента предъявляли жалобы на одышку разной степени выраженности, 7 отмечали наличие болей в грудной клетке, 9 типичные стенокардические боли, на снижение физической активности обращали внимание 23 пациента. При объективном обследовании исследуемых у 15 отмечалась пастозность голеней, периферические отеки выявлены у 10 пациентов, набухание шейных вен определялось у 5 пациентов. Стойкое повышение артериального давления наблюдалось у 17 исследуемых, тахикардия у 20 пациентов.

Средняя продолжительность госпитализации в первой группе составила 16 дней. К моменту выписки одышка сохранялась у 27 пациентов, боли в грудной клетке у 4-ех исследуемых, стенокардические боли у 3-ех. Периферические отеки определялись у 2-ух пациентов, у 7 пастозность голеней, у 2-ух набухание шейных вен. Стойкое повышение артериального давления сохранилось у 7 пациентов, тахикардия у 5.

Во второй группе при поступлении жалобы на одышку предъявляли 12 пациентов, у 8 определялись боли в области грудной клетки, у 7 типичные стенокардические боли. Физическая активность была снижена у 31 пациента. При объективном обследовании у двух пациентов выявлена пастозность голеней, у 5 периферические отеки, у 3 отмечено набухание шейных вен. Высокий уровень артериального давления выявлен у 20 пациентов, тахикардия у 21 пациента.

Средняя продолжительность госпитализации во второй группе равнялась 11 дням. Ко времени выписки одышка разной степени выраженности сохранялась у 7 пациентов, 2 отмечали типичные стенокардические боли, 1 боли в области грудной клетки, 15 отмечали снижение физической активности. Пастозность голеней сохранилась у 2-ух исследуемых, у всех купированы периферические отеки и набухание шейных вен. Повышение артериального давления сохранилось у 10 пациентов, у 8 тахикардия.

Выводы. На основании анализа клинических данных можно сделать следующие обобщенные выводы о течении хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с новой коронавирусной инфекцией в разные волны пандемии:

1. Наличие COVID-19 усугубляет течение сердечной недостаточности, что проявляется нестабильностью гемодинамических показателей и выраженностью клинической симптоматики (одышка, общая слабость и физическая активность).

2. Во время первой волны новой коронавирусной инфекции наблюдалось более сильное влияние на течение ХСН, что выражалось в более яркой клинической картине и усилении прогрессирования сердечной недостаточности.

Различия в клинических проявлениях и тяжести состояния между волнами пандемии подчеркивают важность индивидуализированного подхода к лечению и реабилитации пациентов с ХСН, особенно в контексте сопутствующих инфекционных заболеваний, таких как COVID-19.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2022-2024 ГОДАХ

Стрижаков М.А., Якимова Е.А., Алексеева О.В.,
Старковская Н.Ю., Дзагкоев С.Е., Цвелёва Н.И.

Главное бюро медико-социальной экспертизы
по г. Санкт-Петербургу,
Санкт-Петербург

Онкологические заболевания являются серьезной медицинской и социальной проблемой, с учетом роста показателей заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге (СПб).

Цель работы. Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) в СПб по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2022-2024 гг., исследование структуры инвалидности в зависимости от возраста по классам заболеваний и группам инвалидности.

Материалы и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-сбс) о результатах первичного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб). Методы исследования: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты и обсуждение. В структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга по классам болезней злокачественные новообразования, начиная с 2020 года в Санкт-Петербурге занимают первое ранговое место, в динамике за 3 года их удельный вес снизился с 37,4% до 32,8%. Число впервые признанных инвалидами с ЗНО возросло с 5,8 тысяч в 2022 г. до 7,1 тысяч в 2024 году. Интенсивный показатель (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЗНО среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 3 года возрос с 13,1 до 15,1 на 10 тыс. взрослого населения (на 13%). Рост показателя объясняется тем, что в период с 2020 по 2022 гг. отмечалось значительное снижение обращаемости граждан на МСЭ в связи с пандемией COVID-19 в стране и в Санкт-Петербурге.

Уровень первичной инвалидности вследствие ЗНО в трудоспособном возрасте в течение 3 лет увеличился с 7,3 до 7,9 на 10 тыс. трудоспособного населения (на 8%); в пенсионном возрасте показатель возрос с 24,2 до 29,0 на 10 тыс. лиц пенсионного возраста (на 13%). В структуре ВПИ вследствие ЗНО по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие рака молочной железы в динамике за 3 года незначительно вырос с 19% до 19,3%; доля инвалидности вследствие колоректального рака снизилась с 13,1 до 12,3%; вследствие рака легких – с 7 до 6%; вследствие рака желудка – с 5,4% до 4,6%; рака шейки матки с 2,7 до 3,0%; доля инвалидности вследствие рака предстательной железы возросла с 7,2 до 8,6%.

В структуре ВПИ вследствие ЗНО в зависимости от групп инвалидности в динамике за 3 года отмечено снижение удельного веса инвалидов I группы с 33,5 до 31,2%, рост удельного веса II группы с 52,0 до 52,6% и доли III группы – с 14,5 до 16,2%. В трудоспособном возрасте в динамике отмечается стабильность удельного веса инвалидов I группы – 29%, удельного веса II группы – 56% и инвалидов III группы – 15,3%. В пенсионном возрасте отмечено снижение удельного веса инвалидов I группы с 36,3 до 32,4% и рост удельного веса II группы с 49,7 до 51%; III группы с 14,0 до 16,6%.

Выводы. В структуре показателей первичной инвалидности взрослого населения в Санкт-Петербурге удельный вес инвалидности вследствие злокачественных новообразований на протяжении последних лет имел тенденцию к росту и с 2020 г. вышел на первое место. В 2024 гг. уровни первичной инвалидности вследствие ЗНО возросли как в целом среди взрослого населения, так и в трудоспособном и пенсионном возрасте. В структуре ВПИ вследствие ЗНО ведущие места по-прежнему занимают первичная инвалидность вследствие рака молочной железы, колоректального рака, рака предстательной железы и рака легких. Среди ВПИ вследствие ЗНО в течение 3 лет преобладают инвалиды I и II групп, с тенденцией к снижению удельного веса инвалидов I группы во всех возрастных группах.

ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Суджаева О.А., Колядко М.Г., Русских И.И.,
Кошлатая О.В., Попель О.Н.
Республиканский научно-практический
центр «Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель. Оценить риск развития хронической болезни почек (ХБП) у пожилых пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и сердечной недостаточностью (СН).

Методы. В исследование были включены 100 пациентов с ХБП в возрасте $70,2 \pm 4,06$ лет, 45 (45%) мужчин, 55 (55%) женщин с СН I-II классов по NYHA без ХБП в анамнезе. Всем пациентам были проведены: Эхо-КГ, ультразвуковое исследование почек и почечных сосудов, компьютерная томография сердца (КТ), определение цистатина С и креатинина (плазма, моча), общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), аполипропротеинов А и В (АpoA, B), липопротеина (a) (Lp (a), мозговой натрийуретический пептид - NT-pro-BNP, ипокалин, ассоциированный с желатиназой ней трофилов – NGAL, суточная протеинурия и альбуминурия, соотношение альбумин/креатинин, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по креатинину и цистатину С с использованием уравнения CKD-EPI и формулы Кокрофта–Голта. Был использован метод множественной регрессии, расчет отношения шансов (Odd Ratio), критерий Манна-Уитни.

Результаты. Несмотря на то, что у всех пациентов изначально не было структурной патологии почек в анамнезе, у 84% пациентов через 1 год была диагностирована ХБП: у 35% – C1, у 7% – C2, у 27% – C3a и у 15% – C3b. В результате регрессионного анализа мы обнаружили, что на развитие ХБП влияют несколько факторов ($p < 0,05$): возраст, артериальная гипертензия и перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, конечный систолический объем левого желудочка (ЛЖ), конечный диастолический объем ЛЖ, фракция выброса ЛЖ, объем левого предсердия, гипертрофия ЛЖ, фиброз митрального клапана – по данным ЭхоКГ; увеличение толщины эпикардального жира в правом желудочке – по данным КТ сердца; индекс резистентности междольковой почечной артерии, индекс резистентности сегментарной почечной артерии – по данным ультразвукового исследования почечного кровотока; биохимические маркеры в сыворотке крови: креатинин, цистатин С, ЛПНП, мочевиная кислота, Аpo-B, NT-pro-BNP, суточная протеинурия. В результате сравнительной оценки информативности различных биомаркеров было выявлено следующее: отношение шансов (ОШ)

суточной протеинурии составило 14,2 (0,77; 261,2), ОР цистатина С – 5,81 (0,28; 18,09), мочевой кислоты – 5,8 (0,68; 49,4), 3,9, для NT-pro-BNP, для креатинина в сыворотке крови 0,48 (0,02; 11,3), для ЛПНП 0,07 (0,016; 0,35), для Аро-В 0,29 (0,03; 10,8).

Выводы. Наиболее информативными биомаркерами для оценки риска развития ХБП у пожилых пациентов с ИБС и СН были: суточная протеинурия, уровень цистатина С в плазме крови, мочевой кислоты, NT-proBNP.

ГЕМОСТАЗ И ТЯЖЕСТЬ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ

Суджаева О.А., Карпова И.С., Колядко М.Г.,
Русских И.И., Кошлатая О.В.

Республиканский научно-практический
центр «Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель. Выявить взаимосвязь между нарушениями плазменного и тромбоцитарного компонентов гемостаза и тяжестью коронавирусной инфекции у пациентов с хроническим коронарным синдромом (ХКС).

Методы. В исследование были включены 135 пациентов с ХКС Группа 1 – 85 пациентов, перенесших COVID-19; Группа 2 – 50 пациентов, не перенесших COVID-19, что объективизировалось данными анамнеза, УЗИ легких (Blue-protocol), исследованиями крови на антигены/ПЦР. Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту и другим клинко-демографическим характеристикам ($p > 0,05$). Биохимический анализ крови (высокочувствительный С-реактивный белок) проводился с использованием прибора Architect c4000 (Abbott, США). Мозговой натрийуретический пептид (NT-pro-BNP) и уровень тропонина I определяли с помощью хемилюминесцентного иммуноферментного анализа (Pathfast, Япония). Параметры гемостаза оценивали с помощью BCS (Siemens, Германия). Данные пациентов Групп 1 и 2 сравнивались между собой исходно, через 6 и 12 месяцев после включения в исследование, а также с данными обследования в доковидный период.

Результаты. У всех пациентов Группы 1 наблюдались достоверно ($p < 0,05$) более выраженные воспалительные нарушения и нарушения гемостаза по сравнению с Группой 2 во все контрольные сроки обследования и с доковидным периодом ($p < 0,05$). В указанные сроки в Группе 1 выявлено увеличение тромбинового и протромбинового времени ($p < 0,05$ в сравнении с Группой 2 и доковидным периодом). Уровень D-димера был в 2-3 раза выше нормы и оставался высоким даже через 12 месяцев у 67,3% пациентов

Группы 1 (в отличие от Группы 2). У части пациентов отмечалась значительная тромбоцитопения с тенденцией ($p = 0,05$) к увеличению количества лимфоцитов. Мы обнаружили, что сохранение воспалительных изменений и нарушений гемостаза способствовало повышению уровня маркеров повреждения миокарда – TnIhs и NT-pro-BNP у пациентов Группы 1 по сравнению с периодом до Covid, а также с Группой 2 ($p < 0,05$).

Заключение. Воспалительные изменения и нарушения гемостаза сохранялись в течение как минимум 12 месяцев после Covid-19 у пациентов с хроническим коронарным синдромом, что, по данным комплексной лабораторной и инструментальной диагностики, способствовало повреждению и дисфункции миокарда.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Султанова М.Х.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Антифосфолипидные антитела (АФА): волчаночный антикоагулянт (ВА), антикардиолипиновые антитела (аКЛ) и антитела к $\beta 2$ -гликопротеиду I (анти- $\beta 2$ -ГП-I) обнаруживаются у больных с системной красной волчанкой (СКВ) с частотой от 12 до 44%. В среднем у 50% больных с СКВ и наличием АФА развивается антифосфолипидный синдром (АФС). При серонегативном варианте АФС не определяются диагностически значимые титры «классических» антител, но могут присутствовать другие антитела к фосфолипидам: антитела к протромбину (аПТ), антитела к аннексину V, антитела к фосфатидилэтаноамину (аФЭ), антитела к фосфатидилсерин/протромбиновому комплексу (аФС-ПТ) и антитела к отрицательно заряженным фосфолипидам. Наличие четырех антител (ВА+аКЛ+анти- $\beta 2$ -ГП-I+аПТ) ассоциируется с трехкратным увеличением риска тромбообразования.

Цель. Изучить клиническое значение антител к фосфатидилсерин/протромбиновому комплексу (аФС-ПТ) при системной красной волчанке.

Материалы и методы. Исследование проводилось на ревматологическом отделении клиники Ташкентской медицинской Академии, включая 65 пациентов с СКВ на основе критериев EULAR/AKR 2019 года. Средний возраст пациентов составлял $45,5 \pm 6,4$ года, средняя продолжительность заболевания – $3,2 \pm 3,3$ года. Из участников исследования 50 (93,5%) были женщины, а 10 (6,5%) – мужчины. Каждый пациент проходил клинические, лабораторные, инструментальные и иммунологические оценки.

Результаты. Антитела к аФС-ПТ были обнаружены у 10 пациентов (16,7%). Все пациенты были разде-

лены на 2 группы: аФС-ПТ – положительные и аФС-ПТ отрицательные группы. У 79,7% пациентов с положительным тестом на аФС-ПТ была кардиоваскулярная патология, в то время как только 20,3% с отрицательным тестом на аФС-ПТ страдали от кардиоваскулита. Пациенты с положительным тестом на антитела к аФС-ПТ имели значительно более высокие баллы по изменениям кожи по шкале Родана по сравнению с теми, у кого тест на к аФС-ПТ был отрицательным (19 против 7,1; $P<0,01$). Кроме того, у пациентов с положительным тестом на аФС-ПТ была более высокая частота миозита по сравнению с пациентами с отрицательным тестом на аФС-ПТ (33% против 14,7%; $P<0,01$).

Заключение. Наличие антител к фосфатидилсерин/протромбиновому (аФС-ПТ) кажется связанным с более тяжелым поражением сердечно-сосудистой системы, кожи, а также более высокой частотой миозита у пациентов с системной красной волчанкой.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Султанова М.Х., Хидоятова М.Р.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Описать состояние развития дебюта системной красной волчанки на фоне обострения хронического пиелонефрита.

Материалы и методы. Больной Ш., 30 лет, 6 лет страдает диабетом 1 типа, пиелонефритом в детстве в анамнезе. В апреле 2023 года появились неприятные ощущения в правом подреберье, учащенное сердцебиение, слабость, затем выраженный отек ног. Амбулаторное обследование выявило изменения в анализах мочи, повышение СОЭ. В мае этого года он был госпитализирован в нефрологическое отделение, а затем в эндокринологическое отделение клиники ТМА с диагнозом: «Сахарный диабет I-го типа. Диабетическая нефропатия. Хронический пиелонефрит». В ходе обследования были замечены изменения в общем анализе мочи: лейкоцитов – до 46 в поле зрения, белка – 2 г/л, в общем анализе крови выявлена лейкопения, анемия, повышение СОЭ до 42 мм/ч. При контрастной урографии выявлена деформация чашечно-лоханочной системы правой почки; проведено дополнительное обследование с учетом наличия у больного длительной лихорадки, тяжелой протеинурии, лейкопении, значительного снижения массы тела, полного отсутствия аппетита и стойкой тошноты. По результатам КТ легких выявлены: двусторонний плеврит, лимфаденопатия внутригрудных и подмышечных лимфоузлов. Проба Манту и проба диаскина-отрицательный результат; проба

прокальцитонина – отрицательный; фиброгастроуденоскопия и ирригоскопия-без отклонений. В июле отмечались эритемы в области лба, щек, подбородка, а также суставные и мышечные синдромы. Согласно иммунологическому исследованию, было обнаружено 243,84 МЕ / мл нативных ДНК-антител (аТ к нативной ДНК) с антинулеарным фактором (АНФ) 1:64.

Результаты. В результате выявления диагностических критериев системной красной волчанки: эритема кожи лица, суставной синдром, серозит, поражение почек, гематологические изменения, иммунологические изменения, наличие нативных ДНК-антител (АТ к нативной ДНК) с антинулеарным фактором (АНФ) 1:64.

Диагностируется: «Системная красная волчанка, подострое течение, активность II, с поражением кожи., суставов, почек Нефротический синдром. Хроническая почечная болезнь. Симптоматическая артериальная гипертензия. В настоящее время пациент не предъявляет активных жалоб, отклонения в общем анализе мочи сохраняются: стойкая протеинурия до 1,0–2,0 г/л, единичные эритроциты – гиалиновые цилиндры-0-1 в поле зрения, АТ к нативной ДНК-84 МЕ / мл, АНФ-1: 32.

Вывод. В этом клиническом случае показан особенностями и трудности диагностики системной красной волчанки, которая может возникать под маской различных заболеваний.

АНЦА-НЕГАТИВНЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗА, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Супрун М.Д.¹, Толбеева М.С.¹, Ковалева Л.А.²,
Решетняк Т.М.¹

¹НИИР имени В.А. Насоновой,

²НМИЦ глазных болезней имени Гельмгольца,
Москва

Актуальность. Гранулематоз с полиангиитом (устаревшее – гранулематоз Вегенера) Некротизирующее гранулематозное воспаление с вовлечением верхних и нижних дыхательных путей и некротизирующий васкулит преимущественно сосудов мелкого и среднего калибра (капилляров, венул, артериол, артерий и вен). Является редким орфанным заболеванием с потенциально смертельным исходом. АНЦА негативные формы и нетипичные варианты течения заболевания являются сложной диагностической проблемой современной медицины.

Цель исследования. Представить клиническое наблюдение серонегативного АНЦА васкулита у взрослой пациентки с дебютом в детском возрасте.

Материалы и методы. Клинический случай основан на проспективном наблюдении за пациенткой, пролеченной в ревматологическом отделении стационара ФГБНУ НИИР им В.А. Насоновой.

Результаты. Пациентка 36 лет находилась в ФГБНУ НИИР им В.А. Насоновой. Из анамнеза известно, что с 3 лет суставной синдром с симметричными артритами, утренней скованностью более 2 часов, миокардитом, увеиты, подскладочный стеноз гортани в 7 лет по поводу которого выполнялась трахеостомия с последующей пластикой гортани, наблюдалась с диагнозом ювенильный ревматоидный артрит, проводилась терапия базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) (купренил, метотрексат, циклоспорин А) с эффектом и достижением стойкой клинко-лабораторной ремиссии. С 17 до 36 лет находилась без терапии.

В 28 лет миофибропластическая опухоль правой верхнечелюстной пазухи- выполнено хирургическое удаление образования, при гистологическом исследовании отмечено гранулематозное воспаление. В последующем пациентка начала отмечать отхождение кровяных корок из полости носа. С 35 лет образование на склере левого глаза, под верхним веком в наружном отделе, боль и чувство инородного тела в области образования, которое постепенно увеличивалось в размерах, выбухало в виде горошины. Офтальмологами выставлен диагноз глубокого узелкового склерита. При выполнении КТ ОГК были выявлены множественные узловые образования в легких (по костальной и междолевой плеврам сохраняются округлые образования с четкими неровными контурами, размерами до 12х13 мм (S4 слева), средней интенсивности, некоторые с включениями кальция в центре.) При выполнении КТ ППН верхнечелюстные пазухи с обеих сторон тотально неравномерно затемнены, двусторонний средний отит, полисинусит. В правой верхнечелюстной пазухе определяется уровень жидкости, клетки решетчатого лабиринта справа затемнены. У пациентки отсутствовало повышение острофазовых показателей таких как СОЭ, СРБ, АНЦА негативные. В динамике образование глаза росло с развитием краевой язвы роговицы. При прохождении лечения у офтальмологов отмечался положительный, но недостаточный ответ на глюкокортикоидную терапию.

Пациентка удовлетворяла классификационным критериям гранулематоза с полиангиитом ACR 1990, суррогатным критериям гранулематоза, а также классификационные критерии гранулематоза с полиангиитом ACR/EULAR 2022. Особенностью случая является начало заболевания в детском возрасте под маской ювенильного ревматоидного артрита и развитием клинических проявлений со стороны глаз, придаточных пазух носа и легких. В условиях стационара ФГБНУ НИИР им В.А. Насоновой пациентке был выставлен диагноз АНЦА-негативного гранулематоза с полиангиитом, инициирована генноинженерная биологическая и БПВП.

Заключение. Приведенный нами случай иллюстрирует сложности диагностики и верификации АНЦА негативных форм гранулематоза с полиангиитом, вариант скрытого, вялотекущего и медленно прогрессирующего течения. Обращает на себя внимание междисциплинарность проблемы охватывающая различные области медицины.

ВАКЦИНАЦИЯ ГРИППА – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Суркова Е.М., Перцев А.В.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одна из основных причин заболеваемости и смертности в мире, которая характеризуется прогрессирующим течением и не всегда положительным ответом на проводимую терапию. Основной причиной возникновения более частых обострений и прогрессирования ХОБЛ являются острые респираторные инфекции, в связи с чем профилактика гриппа и ОРВИ является одним из наиболее эффективных направлений для снижения частоты и выраженности обострений данной патологии (GOLD 2024). Своевременная иммунизация – наиболее доступный и эффективный метод решения данной проблемы, однако используемый недостаточно широко для этой категории пациентов.

Цель исследования. Оценить и проанализировать эффективность применения иммунизации противогриппозным препаратом Гриппол у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследование были включены 150 пациентов в возрасте от 47 до 63 лет с установленным диагнозом ХОБЛ (группа Е) вне обострения. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: 1 группа (пациенты, иммунизированные препаратом Гриппол 0,5 мл однократно), 2 группа – пациенты, отказавшиеся от вакцинации. В первой группе проводилась оценка состояния в течение первых 72 часов после иммунизации. В течение года осуществлялось наблюдение за включенными в исследование пациентами, с оценкой качества их. Нами была использована с целью систематизации и объективной оценки «Система мониторинга пациентов с хронической обструктивной болезнью легких» – программа контроля частоты обострений, связанных с ними госпитализаций, случаев ОРВИ и амбулаторных обращений.

Результаты и обсуждение. В группе вакцинированных пациентов число госпитализаций за год снижено в 2,82 раза, статистически значимо снизилось число обострений ХОБЛ, а также амбулаторных обращений данной категории пациентов в сравнении с группой, отказавшейся от вакцинации.

Выводы. По результатам НИР использование противогриппозной вакцины Гриппол у больных ХОБЛ оказывает положительное влияние на течение заболе-

вания, отражающееся в снижении числа госпитализаций в течение года, обострений ХОБЛ и амбулаторных обращений пациентов.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (СРБ, САА) У ПАЦИЕНТОВ С АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С НЕАКТИВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СТАТУСОМ БОЛЕЗНИ

Суханина А.Ю., Салугина С.О., Федоров Е.С.,
Торгашина А.В., Авдеева А.С., Диатроптов М.Е.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Определить роль маркеров воспаления (С-реактивного белка (СРБ), сыывороточно-го амилоида А (САА) у пациентов с основными моногенными аутовоспалительными заболеваниями (МАВЗ) и болезнью Стилла у взрослых (БСВ) с неактивным клиническим статусом болезни.

Материалы и методы. В исследование включено 39 пациентов с АВЗ (22 мужчины и 17 женщин), наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Среди них семейная средиземноморская лихорадка (ССЛ) – 10, криопирин-ассоциированные периодические синдромы (КАПС) – 11, ТРАПС – 8, БСВ – 10. Возраст больных варьировал от 2 до 64 лет (ме 17 [12; 40] лет). Медиана длительности заболевания составила 7 [3; 14] лет (с 1 месяца жизни до 59 лет). Всем пациентам были определены уровни САА и СРБ методом иммунофлуориметрии. Нормы для СРБ и САА составили 0-5 мг/л и 0-6,4 мг/л соответственно.

Результаты. У всех больных отсутствовали клинические признаки болезни (лихорадка, сыпь и другие). Получали терапию колхицином 14 (большинство с ССЛ-9, КАПС-3, ТРАПС-2), анакинрой -3 (все больные с КАПС), канакинумабом 19, среди них 9-КАПС, 6 ТРАПС, 3 ССЛ и 1 БСВ. Повышение уровня СРБ (Ме 2,1 [0,88;8,5 мг/л]) выявлено у 15 (38%) пациентов, у больных КАПС - 5 (45%), (Ме 4,8 [1,1;11,4]), БСВ - 5 (50%), (Ме 4 [1,2;8,5]), ССЛ - 3 (30%), (Ме 1,05 [0,3;15,3]), ТРАПС - 2 (25%), (Ме 2,45 [0,3;5,1]). Повышение уровня САА (Ме 4,64 [2;27] мг/л) выявлено у 19 (49%), у больных БСВ – 9 (90%), (Ме 22,35 [11,9;62,3]), ССЛ - 4 (45%), (Ме 3,42 [1,9;7]), КАПС - 5(45%), (Ме 3,63[1,75;27,2]) и ТРАПС – 1 (12,5%), (Ме 2,8 [1,6;4,2]). Статистически значимых различий между группами не получено в виду малочисленности выборки. Из 24 пациентов с нормальным уровнем СРБ у 8 (33,3%) был повышен уровень САА, из них 4 пациента с БСВ, 2 - ССЛ, 2 - КАПС.

Заключение. Повышение уровня СРБ и САА в период неактивного клинического статуса болезни выявлено у 38 и 49% пациентов, достоверно чаще САА, что отражает сохраняющуюся субклиническую активность заболевания. У трети пациентов с нормальными значениями СРБ определялось повышение САА, что свидетельствует о необходимости использования при динамическом наблюдении обоих маркеров (СРБ и САА).

ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМБИНАЦИЙ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ H.PYLORI У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА

Тагаева М.Х.¹, Исмаилова Ф.Р.¹, Бахранова Д.Ф.²

¹Ташкентская медицинская академия,

²Ташкентский государственный
стоматологический институт,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Определить особенности встречаемости комбинаций генотипов H. Pylori при различных степенях тяжести течения воспалительно-язвенных заболеваний желудка.

Материалы и методы. Обследовано 85 пациентов с воспалительно-язвенными заболеваниями желудка в возрасте от 18 до 65 лет. Диагноз был установлен в соответствии со стандартизированными протоколами диагностики и лечения болезней органов пищеварения.

Результаты исследования. Результаты по изучению особенностей распространенности вариантов генотипов H. Pylori у больных с воспалительно-язвенными заболеваниями желудка показали, что в общей сложности среди обследованных больных (n=85) различные комбинации генотипов бактерии обнаружены у 36,5% (n=31) больных. Среди всех комбинаций генотипов H. Pylori чаще всего выявлялись случаи с sagA+vacAs2, что составило 22,5% (n=7), обнаруживаемая среди больных со всеми формами заболевания: при ХНГ в 40,0% (n=2), при ХЭГ в 15,3% (n=2) и при ЯБЖ в 23,1% (n=3) случаях. Следующей комбинацией генотипов H. Pylori обнаруженной в 19,3% (n=6) случаев был вариант ice1+vacAs2, также обнаруженный среди больных со всеми заболеваниями: при ХНГ в 20,0% (n=1), при ХЭГ в 23,1% (n=3) и при ЯБЖ в 15,4% (n=2) случаях. Вариант комбинации генотипа ice2+vacAs2 в целом определенный у 12,9% (n=4) больных чаще всего обнаруживался при ХНГ и ЯБЖ, соответственно составившие 20,0% (n=5) и 15,4% (n=2) случая, при обнаружении данной комбинации в 7,7% (n=1) у больных с ХЭГ.

В одинаковых случаях составившие в целом 3,2% (n=1) определены комбинации генотипов ice1+vacAm1, ice2 + vacAm1 и sagA+ice1, выявленные только у 7,7% (n=1) больных с ХЭГ, а также комбинации ice1+ice2,

cagA+ice2+vacAm1+ и cagA+ice2+vacAs2, обнаруженные лишь у 7,7% (n=1) больных с ЯБЖ.

Заключение. Анализируя вышеприведенные результаты, нами, определяя вариант комбинаций генотипов патогена можно определить степень вирулентности *H. Pylori*, что является весьма важным ранним диагностическим критерием для прогнозирования клинического течения и исходов воспалительно-язвенных заболеваний желудка.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Тагаева М.Х.¹, Арипова Н.Н.¹, Бахранова Д.Ф.²

¹Ташкентская медицинская академия,

²Ташкентский государственный
стоматологический институт,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинико-эндоскопические особенности поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенным колитом (ЯК).

Материал и методы исследования. Нами обследовано 75 больных ЯК различной степени тяжести со стажем болезни от 1 до 10 лет. Средний возраст пациентов составил 35,5±8,5 лет. Включенные в исследование пациенты были разделены на 3 группы: I группа: 25 больных средне тяжелой степенью ЯК. II группа: 20 больных тяжелой ЯК. III контрольная группа: 30 пациентов ЯК легким персистирующим течением. Контрольную группу составили 20 здоровых пациентов. Всем больным проведено комплексное обследование, которое включало клинико-лабораторные исследования, колонофиброскопия и эзофагогастродуоденоскопию со взятием биоптата слизистой желудка на исследование хеликобактер пилори (НР).

Результаты. Патология верхнего отдела пищеварительного тракта эндоскопически выявлены у 66,0% больных ЯК, при этом поражения пищевода – у 42,3% больных ЯК, желудка – 25,3% и 12-перстной кишки – у 2% пациентов. Катаральные формы поражения верхнего отдела пищеварительного тракта определены в 44,7% случаях (в основном пищевода), эрозивно-язвенные (в основном желудка) – в 21,3% случаев. Частота эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела пищеварительного тракта у больных ЯК коррелирует с тяжестью течения заболевания и наличием НР, при этом необходимо более углубленное медико генетическое исследование.

Выводы. Развитие патологии верхнего отдела пищеварительного тракта у больного ЯК способствует ухудшению течения основного заболевания и требует разработать тактические подходы к персонализированной терапии как гастродуоденальной патологии, так и ЯК.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тапрыбердиева Т.О.

Государственный медицинский университет
Туркменистана имени М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркмения

Актуальность. При синдроме ранней реполяризации (СРР) у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями нарушения ритма и проводимости сердца отмечаются в 2-4 раза чаще. К основным причинам аритмогенности СРР относятся аномалии строения проводящей системы сердца и повышенный тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Цель исследования. Изучить особенности СРР у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. На базе Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии обследовано 83 больных артериальной гипертензией I стадии (АГ I) (53 мужчин и 30 женщин) и 52 пациента с АГ II (30 мужчин и 22 женщины). СРР определялся при наличии на электрокардиограмме подъема сегмента ST, точки j, зазубрины или волны соединения на нисходящей части зубца R. Подъем сегмента ST сочетался либо с положительным, либо с отрицательным зубцом T. Сократительная функция сердца определялась при эхокардиографии по уровню фракции выброса (ФВ).

Результаты исследования. В обеих стадиях определялись подъем сегмента ST и инверсия зубца T (83% при АГ I и 87% при АГ II). Тахикардия выявлялась чаще у больных АГ II (59%), чем при АГ I (35%). При СРР у больных АГ II по сравнению с АГ I отмечались достоверно ($p<0,05$) худшие показатели сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), увеличение массы миокарда. У половины больных АГ II с СРР дисфункция ЛЖ протекала бессимптомно. У больных АГ I с СРР случаи бессимптомной дисфункции ЛЖ регистрировались в 9% случаев. В обеих стадиях у больных АГ с СРР отмечался высокий процент желудочковой экстрасистолии (40% при АГ I и 56% при АГ II). Мерцательная аритмия в основном определялась у больных АГ II (23%).

Выводы. СРР у больных артериальной гипертензией безусловно оказывает определенное влияние на ЭКГ картину и характеризуется частым осложнением в виде желудочковой экстрасистолии и мерцательной аритмии. СРР сопровождается ухудшением состояния центральной гемодинамики. По мере усиления выраженности синдрома эти изменения нарастают, в отдельных случаях приводя к появлению признаков хронической сердечной недостаточности, развитию гипертрофического ремоделирования миокарда.

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Танрыбердиева Т.О.

Государственный медицинский университет
Туркменистана имени М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркмения

Актуальность. В структуру неспецифических стрессовых реакций прежде всего входят вегетативно-эндокринные сдвиги. Опосредуясь через головной мозг человека, эти влияния влекут за собой постоянное напряжение вегетативных аппаратов.

Цель. Изучить особенности регуляции вегетативной нервной системы (ВНС) при гипертоническом кризе (ГК).

Материалы и методы. На базе Лечебно-консультативного центра Туркменистана им. С.А. Ниязова кафедры госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии и эндокринологии было обследовано 73 больных (43 мужчин и 30 женщин) с артериальной гипертензией I стадии (АГ I) и 80 больных (45 мужчин и 35 женщин) АГ II стадии (АГ II) во время и после ГК. Для характеристики функционального состояния ВНС вычислялся вегетативный индекс (ВИ) Кердо. Отрицательное значение ВИ свидетельствовало о преобладании тонуса парасимпатической части ВНС, положительное – о повышении симпатического тонуса, «0» - о вегетативном равновесии. Потребность миокарда в кислороде отражали величина двойного произведения (ДП) и внутримиекардиальное напряжение $\sigma_{\text{тах}}$, которое определялось помощью эхокардиографии. Тип ГК определялся по уровню сердечного индекса (СИ) (эукинетический криз при $\text{СИ}=2,5-4,2 \text{ л/мин} \times \text{м}^2$; гипокинетический ГК $<2,5 \text{ л/мин} \times \text{м}^2$; гиперкинетический при $\text{СИ}>4,2 \text{ л/мин} \times \text{м}^2$).

Результаты исследования. При всех типах кровообращения преобладал парасимпатический тонус. Случаи вегетативного равновесия встречались у больных АГ I с эукинетическим ГК (7,1%) и при АГ II с гипокинетическим кризом (8,3%), в основном у женщин. Симпатические влияния наблюдались при АГ I с гиперкинетическим (25%) и АГ II с эукинетическим ГК (12,5%). При этом у женщин симпатический тонус преобладал и после ГК. У этих больных отмечена значительная активация симпатической части ВНС на фоне повышенного ДП ($163,1 \pm 12,3 \text{ усл.ед.}$ при АГ I и $149,3 \pm 4,4 \text{ усл.ед.}$ при АГ II) и $\sigma_{\text{тах}}$ (соответственно, $396,3 \pm 53,6 \times 10^3 \text{ дин/см}^2$ и $264,9 \pm 32,11 \times 10^3 \text{ дин/см}^2$). После ГК вегетативная реакция в целом ослабевала.

Выводы. В развитии ГК большую роль играют изменения ВНС и индивидуальные особенности адаптации организма к изменившимся условиям внешней среды.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГРИНШПАНА-ПОТЕКАЕВА

Таскаева Д.Г., Ефанова Е.Н., Тихомирова А.Н.

Сургутский государственный университет,
Сургут

Цель. Представление материалов клинического наблюдения пациентки с синдромом Гриншпана-Потекаева.

Материалы и методы. Клинический случай основан на проспективном наблюдении за пациенткой, получавшей лечение в Бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутском клиническом кожно-венерологическом диспансере».

Результаты и их обсуждение. Пациентка Д., 38 лет, обратилась с жалобами на высыпания на коже туловища, конечностей, сопровождавшихся выраженным зудом, не связанным со временем суток.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка состоит на диспансерном учете по поводу гипертонической болезни, сахарного диабета 1 типа, диабетической полинейропатии, параноидной шизофрении. Вышеописанные жалобы со стороны кожи беспокоят в течение нескольких недель. Начало заболевания связывает с психоэмоциональным стрессом. За медицинской помощью с данными жалобами ранее не обращалась.

При осмотре: патологический кожный процесс носит распространенный характер. Локализован на слизистой оболочке верхней губы, коже боковых поверхностей туловища, сгибательных поверхностей верхних конечностей, ладонной поверхности левой кисти, внутренних поверхностей бедер. Представлен на коже туловища, внутренних поверхностей плечей и бедер эрозиями с фестончатыми краями, розовато-синюшной окраски, размерами от 1,0 до 5,0 см. На коже предплечий, ладонной поверхности левой кисти визуализировались единичные уплощенные полигональные лентиккулярные папулы розово-фиолетового цвета, с восковидным блеском при боковом освещении. Сетка Уикхема на поверхности элементов сыпи не определялась. На слизистой оболочке верхней губы единичная мелкая эрозия, единичные папулы белесоватого цвета. Дермографизм красный. Других высыпаний на коже и видимых слизистых нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

На основании данных жалоб, анамнеза, клинической картины выставлен диагноз: Синдром Гриншпана-Потекаева (сочетание эрозивной формы красного плоского лишая, гипертонической болезни, сахарного диабета).

Получала лечение согласно клиническим рекомендациям в условиях дневного стационара КВД с последующим амбулаторным ведением: таблетки гидроксихлорохин, клемастин, гель флуоцинолона ацетонид местно на высыпания, краска Кастеллани для обработки эрозий на коже. На фоне проводимой терапии на-

ступило улучшение в виде уменьшения зуда, эпителизации эрозий, уплощения папулезных элементов. Через 4 недели после выписки из дневного стационара отметили обострение в виде появления новых папулезных элементов, усиления зуда на фоне стресса. При контроле глюкоза плазмы крови 21,57 ммоль/л. Пациентка направлена на консультацию к врачу-эндокринологу с целью коррекции гипогликемической терапии. Проведен повторный курс лечения по кожному процессу с положительным эффектом.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует важность междисциплинарного подхода в лечении пациентов с синдромом Гриншпана-Потекаева для достижения контроля ремиссии и предотвращения обострений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОАКТИВНОГО КОНЦЕНТРАТА МЕЛКОЙ МОРСКОЙ РЫБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ

Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,
Савушкина Н.М., Алексеева Л.И., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. В многоцентровом наблюдательном исследовании «ИСКРА» оценить эффективность симптоматического препарата замедленного действия (биоактивного концентрата мелкой морской рыбы, содержащего хондроитина сульфат, аминокислоты, пептиды, ионы натрия, калия, кальция, магния, железа, меди и цинка) у пациентов с генерализованным остеоартритом (ОА).

Материал и методы. В исследование включено 22 525 пациентов с ОА из них 1694 лиц с генерализованным ОА (вовлечение в патологический процесс трех и более групп суставов). Учитывались следующие локализации: коленные и тазобедренные суставы, ОА суставов позвоночника и мелкие суставы кистей). Медиана возраста составила – 67 (60-72) лет, индекс массы тела (ИМТ) – 28,4 (25,7-31,6) кг/м², длительность заболевания – 96 (60-132) мес. Биоактивный концентрат мелкой морской рыбы назначался по 1 мл в/м ежедневно №20 или по 2 мл в/м через день №10. Длительность исследования от 20 до 31 дня, число визитов – 2: визит 1 – начало терапии, визит 2 – в течение 10 дней после завершения 1 курса лечения. Эффективность лечения оценивалась в наиболее болезненном суставе по динамике интенсивности боли при движении по ВАШ, оценке качества жизни по опроснику EQ-5D и общего состояния здоровья (ОСЗП) по ВАШ.

Результаты. На фоне одного курса лечения препаратом отмечалось значимое снижение интенсивности

боли (в начале исследования – 70 (55-80) и в конце терапии – 25 (10-40) мм, $p<0,0001$, улучшение качества жизни по EQ-5D (0,52 (от -0,02 до 0,59) и 0,76 (от 0,62 до 1,0), $p<0,0001$) и ОСЗП (50 (30-60) и 80 (60-90) мм, $p<0,0001$, соответственно). Выявлено снижение потребности в НПВП: в дебюте терапии данные лекарственные препараты принимали 79,9%, в конце – 68,3% (относительный риск, ОР=1,17, 95 ДИ 1,12 – 1,22, $p<0,0001$). Хороший ответ на лечение (уменьшение боли на 50% и более) выявлен у 64,5% пациентов; снижение боли по ВАШ менее 40 мм – у 89,7%. С меньшим эффектом проводимой терапии при генерализованном ОА (снижение боли менее чем на 50%) ассоциировались пожилой возраст, женский пол (ОР=1,08, 95 ДИ 1,02 – 1,16, $p=0,02$), большая длительность заболевания, худшие значения по EQ-5D, III и IV рентгенологические стадии заболевания (ОР = 1,32, 95 ДИ 1,19 – 1,48, $p<0,000$), ишемическая болезнь сердца ИБС (ОР = 1,21, 95 ДИ 1,07 – 1,37, $p=0,003$), хроническая сердечная недостаточность (ОР=1,61, 95 ДИ 1,33 – 1,95, $p<0,0001$) и ожирение (ОР=1,4, 95 ДИ 1,23 – 1,58, $p<0,0001$).

Заключение. Применение биоактивного концентрата мелкой морской рыбы при генерализованном ОА показало целесообразность его широкого использования в клинической практике. Для повышения эффективности терапии необходимо учитывать факторы, снижающие анальгетический эффект препарата.

ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ С НЕБОЛЬШОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ (МЕНЕЕ 5 ЛЕТ)

Таскина Е.А., Стребкова Е.А., Кашеварова Н.Г.,
Савушкина Н.М., Шарапова Е.П., Хальметова А.Р.,
Демин Н.В., Алексеева Л.И., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Определить факторы прогрессирования остеоартрита (ОА) коленных суставов с небольшой длительностью заболевания (менее 5 лет).

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 218 пациентов с ОА (установленный в соответствии с критериями ACR) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.-Lawrence J.), подписавших информированное согласие. Средний возраст составил 53,5 [46,0; 61,0] года. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, KOOS, DN4, общего состояния здоровья пациента (ОСЗП) и сопутствующие заболевания. Выполнялись лабораторная и инструментальная

диагностика. Длительность исследования – 3 года. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты и обсуждение. За период наблюдения прогрессирование ОА коленных суставов (увеличение рентгенологической стадии по Kellgren-Lawrence в основном за счет сужения суставной щели медиальной и/или латеральной более чем на 0,5 см за год) было отмечено у 25% пациентов. По наличию или отсутствию прогрессирования ОА больные были распределены в 2 группы. Пациенты обеих групп не различались по возрасту ($p=0,45$) и длительности заболевания ($p=0,45$), однако у пациентов из группы прогрессирования отмечались статистически значимо более высокие значения ИМТ ($p=0,002$), выраженности боли при ходьбе по ровной поверхности по ВАШ ($p=0,0001$), боли по WOMAC ($p=0,0002$), функциональной недостаточности по WOMAC ($p=0,002$), минеральной плотности кости в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) ($p=0,03$), чаще диагностировался сахарный диабет ($p=0,0094$), варусная деформация ($p=0,02$), синовит коленных суставов по данным УЗИ ($p=0,003$) и остеоит в медиальных отделах большеберцовой кости (по данным МРТ) ($p<0,001$). В результате корреляционного и дискриминантного анализа были выделены следующие факторы риска прогрессирования ОА с небольшой длительностью заболевания: боль в коленном суставе, ИМТ, остеоит в медиальном отделе ББК, показатели МПК L1-L4. Для уточнения прогноза прогрессирования ОА, а также для иллюстрации предсказательной способности факторов, вошедших в многофакторную модель в ходе дискриминантного анализа, была построена ROC кривая. Площадь под ROC-кривой отражает точность прогноза и составляет в используемой модели 0,88 (интервал 0,8–0,9 соответствует очень хорошему качеству модели).

Выводы. В ходе проспективного исследования показано, что высокий ИМТ, боль в коленном суставе, наличие остеоита в медиальном отделе ББК, высокие значения МПК в L1-L4 – определяют риск прогрессирования ОА у пациентов с небольшой длительностью заболевания.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Татур А.К., Перцев А.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Провести исследование функциональных, клиничко-анамнестических и инструментально-диагностических показателей у пожилых пациентов с внебольничной пневмонией различной степени тяжести.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 122 пациента в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $72\pm 2,3$ года). Все пациенты находились под наблюдением в течение 6 месяцев. В зависимости от тяжести течения внебольничной пневмонии пациенты были разделены на три группы. В рамках диагностического обследования применялся комплекс лабораторных и инструментальных методов, а также проводилось анкетирование и анализ результатов функциональных тестов.

Результаты. В ходе исследования были выявлены следующие симптомы внебольничной пневмонии (ВБП): Типичные симптомы (высокая температура, кашель с мокротой, одышка, боль в груди) – у 78 пациентов (63,9%). Атипичные симптомы (сухой кашель, головная боль, миалгия) – у 44 пациентов (36,1%). Спутанность сознания – у 22 пациентов (18%). Лейкоцитоз – у 95 пациентов (77,9%). Средний уровень С-реактивного белка (СРБ) составил 85 мг/л, при этом у 102 пациентов (83,6%) уровень СРБ превышал 50 мг/л.

Стратификация риска CURB-65: I группа – 22 пациента (18%), II группа – 60 пациентов (49,2%), III группа – 40 пациентов (32,8%). PSI: класс риска I – 12 пациентов (9,8%), класс риска II – 28 пациентов (23%), класс риска III – 32 пациента (26,2%), класс риска IV – 30 пациентов (24,6%), класс риска V – 20 пациентов (16,4%). SMART-COP: оценка превышала 3 балла у 35 пациентов (28,7%). Инфильтраты выявлены у 110 пациентов (90,2%), плевральный выпот у 32 пациентов (26,2%) по данным рентгенографии. Осложнения выявлены у 30 пациентов (24,6%) по данным КТ. Возрастные изменения в иммунной и дыхательной системах выявлены у 88 пациентов (72,1%). Сопутствующие хронические заболевания диагностированы у 95 пациентов (77,9%). Когнитивные нарушения выявлены у 22 пациентов (18%).

Выводы. Тяжесть внебольничной пневмонии оценивается на основе сочетания функциональных, клинических и лабораторных диагностических показателей. Клиническая картина у пожилых пациентов может быть атипичной, что затрудняет диагностику. Необходимо применять комплексный подход к диагностике, учитывающий возрастные особенности и наличие сопутствующих заболеваний. Рекомендовано использование клинических шкал и скрининг-систем для оценки тяжести заболевания.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТАЮЩИХ В ГОРНО-МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Ташмухамедова М.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями является одним из главных медицинских и социальных задач. Эти задачи определяются широкой распространенностью среди населения гипертонической болезни, постоянным ростом и увеличением смертности от осложнений данной патологии.

В плане разработки общегосударственных мероприятий по профилактике гипертонической болезни особое значение имеет изучение роли профессиональных факторов как возможных факторов риска в развитии данной болезни.

Среди производственных факторов, способствующих развитию гипертонической болезни, многие исследователи отводят существенную роль производственной вибрации и шуму. Однако единого мнения по этому вопросу в настоящее время нет. В то же время уточнение влияния вибрации и шума на развитие гипертонической болезни представляется важным, так как вибрация и шум является одним из самых распространенных неблагоприятных факторов производственной среды.

Цель исследования. В связи с этим нами проводилось изучение распространенности гипертонической болезни среди работников горно-металлургических комбинатов нашей республики. (1200 человек).

Материалы и методы. Выбранный нами контингент рабочих работал в условиях воздействия комплекса вредных факторов производства: производственной вибрации, шума, запыленности и других факторов. Для изучения влияния производственной вибрации и шума на развитие гипертонической болезни были выбраны проходчики, машинисты экскаваторов, водители большегрузных машин, машинисты буровых установок и машинисты электровозов. Согласно представленной характеристик условий труда были выделены 2 группы рабочих: I группа – проходчики, подвергающиеся воздействию локальной вибрации и шума, II группа – машинисты экскаваторов, буровых установок и тепловозов и водители большегрузных машин, подвергающиеся воздействию общей вибрации и шума.

Результаты. Распределение обследованных рабочих по возрасту и стажу показало, что средний возраст в I-й группе составил 38,6, во II-й группе – 41,8 лет, а средний стаж соответствовал 19,8 и 23,7 лет. При изучении выявлены: среди рабочих I-группы, где имело сочетанное воздействие на организм шума и локальной вибрации, гипертоническая болезнь встречается в 22,7% случаев, а среди обследованных II-группы, где имеется

контакт шумом и общей вибрацией, составила 18,3% случаев. Представилось важным проследить имеется ли зависимость частоты и уровня повышения АД от стажа работы в условиях воздействия вибрации и шума. С целью исключения влияния возраста на частоту гипертонической болезни были рассчитаны стандартизированные по возрасту показатели на 100 обследованных (косвенным методом). Выяснилось что у стажированных рабочих гипертоническая болезнь встречалась достоверно чаще (стандартизированный показатель $8,63 \pm 1,1$).

Заключение. Таким образом, проведенный анализ материала по распространенности гипертонической болезни в различных стажевых группах, предпринимаемый обычно с целью уточнения влияния производственных факторов на изучаемый показатель, отметил достоверное нарастание случаев артериальной гипертензии в группах лиц со стажем работы свыше 10 лет. В то же время было отмечено, что наиболее удельный вес случаев гипертонической болезни среди обследованных приходится на старшие возрастные группы. Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что учащение случаев гипертонической болезни в старших возрастных группах обследованных по сравнению с соответствующими популяциями мужчин других производственных коллективов, по-видимому, дает основание говорить о неблагоприятной роли сочетанного воздействия производственной вибрации и шума на состояние сердечно-сосудистой системы. Поэтому для профилактики развития гипертонической болезни требуется своевременное и качественное проведение профилактических медицинских осмотров работающих во вредных условиях труда с проведением общеукрепляющих и оздоровительных мероприятий.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ПОДАГРОЙ

**Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.,
Алиева К.К., Зияева Ф.К.**

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить частоту встречаемости и структуру остеопенического синдрома (ОС) у женщин с бессимптомной гиперурикемией и подагрой.

Материал и методы. В исследование включены 102 женщины с бессимптомной гиперурикемией и подагрой. Средний возраст – $52 \pm 2,2$ года. Контрольную группу составили 50 человек со средним возрастом $51,5 \pm 2,8$ года. По характеру нозологии пациенты распределились следующим образом: 1 группа – 51 пациентка с бессимптомной гиперурикемией; 2 группа – 51 женщина с подагрой. Обследуемые всех групп были сопоставимы по

возрасту, полу и индексу массы тела. Для исследования минеральной плотности костной ткани (МПКТ) использовали метод двухэнергетической рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости на аппарате Lunar DPX (США). Результаты оценивались по Т-критерию в стандартных отклонениях (SD) от пика костной массы, согласно рекомендациям ВОЗ. До начала обследования пациенты не получали специфической терапии для профилактики и лечения остеопороза.

Результаты. Анализ частоты встречаемости ОС при бессимптомной гиперурикемии и подагре продемонстрировал, что наиболее часто остеопенический синдром регистрировался у пациенток с подагрой (92%). У пациенток с подагрой остеопороз выявлен в 63% случаев, остеопения – в 29%. У женщин с бессимптомной гиперурикемией остеопороз зарегистрирован в 21% случаев, остеопения – в 32%. Среди больных подагрой наиболее часто ОС выявлялся у пациенток с ассоциированной патологией (ИБС и АГ) – 78,5% случаев (остеопороз – у 57,4%; остеопения – у 21,1%). У пациенток с бессимптомной гиперурикемией остеопенический синдром отмечался несколько реже (остеопороз – 34%; остеопения – 20%). В контрольной группе встречалась только остеопения – в 21% случаев. Средние показатели Т-критерия у женщин с подагрой соответствовали выраженной остеопении ($-1,65 \pm 0,20$ SD), а у пациенток с бессимптомной гиперурикемией – ($-1,39 \pm 0,12$ SD). Показатели МПКТ у больных подагрой с ассоциированной патологией распределились следующим образом: ($-1,33 \pm 0,46$ SD) у пациенток с ИБС и АГ, ($-1,04 \pm 0,20$ SD) у женщин с бессимптомной гиперурикемией. Во всех группах значения МПКТ были достоверно ниже, чем в контрольной группе ($-0,48 \pm 0,10$ SD, $p < 0,001$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости и выраженности остеопенического синдрома у женщин с подагрой по сравнению с пациентками с бессимптомной гиперурикемией. Высокий риск развития переломов вследствие значительного снижения МПКТ у больных подагрой требует своевременной диагностики, лечения и профилактики остеопении.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДАГРЫ

Ташпулатова М.М., Набиева Д.А.,
Алиева К.К., Сагатова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить чувствительность и специфичность выявления гиперэхогенных включений в хряще

при УЗИ по сравнению с традиционными методами диагностики подагры.

Методы. Проведен анализ 119 пациентов с артритами длительностью до 6 месяцев. Из них 32 человека соответствовали критериям подагры, остальные страдали другими заболеваниями суставов (остеоартрит, ревматоидный артрит, псориатический артрит). Ультразвуковая диагностика проводилась с использованием высокочастотных датчиков (18 МГц).

Результаты. Гиперэхогенные депозиты в хряще выявлены у 87,5% пациентов с ПА, тогда как традиционные методы (рентгенография, уровень мочевой кислоты, наличие подкожных тофусов) показали меньшую чувствительность. УЗИ также продемонстрировало высокую специфичность (94,4%).

Вывод. Ультразвуковое исследование является эффективным методом ранней диагностики подагры, особенно в случаях, когда традиционные маркеры недостаточно информативны. Использование высокочастотных датчиков позволяет повысить точность диагностики на ранних этапах заболевания.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПЕРИКАРДА

Тедеев Т.Г.¹, Гуляев Н.И.¹, Румянцева А.М.¹,
Бабенко И.Ю.¹, Мирзоев Н.Т.²

¹Центральный военный клинический госпиталь
имени А.А. Вишневого,
Красногорск,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Открытые травмы сердца, в частности слепые осколочные ранения перикарда, в клинической практике встречаются редко. Однако смертность среди пострадавших с такого рода повреждениями, по данным современной литературы, составляет около 81%. Прогноз зависит от объема и срока оказания медицинской помощи, размера осколков, локализации входного отверстия и хода раневого канала, наличия или отсутствия тампонады сердца, а также от состояния гемодинамики пострадавшего и др.

Цель. Изучить корреляцию между наличием инородных тел (ИТ) в полости перикарда и частотой возникновения различных нарушений ритма и проводимости в остром периоде у пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда.

Материал и методы. В исследование включено 50 пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда, поступивших на этап специализированной медицинской помощи, и 50 пациентов без повреждений области груди (группа сравнения). Все участники исследования

были мужчинами, средний возраст составил $33,4 \pm 4,21$ лет. Всем пациентам было выполнено суточное мониторирование электрокардиографии по Холтеру. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести состояния. Критерии включения: наличие ИТ в полости перикарда; подписанное информированное добровольное согласие. Критерии исключения: ранение миокарда, крупных сосудов, клапанного аппарата. Изучалась корреляция между наличием инородных тел в полости перикарда с частотой развития различных нарушений ритма и проводимости. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0 (IBM).

Результаты. Установлено, что в группе пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда достоверно чаще встречается миграция водителя ритма, которая выявлена у 15 (30%) пациентов из первой группы против 2 (4%) пациентов из группы сравнения ($\chi^2=11,9$; $p<0,001$). Желудочковая и наджелудочковая экстрасистолии чаще регистрировались у пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда – в 21 (42%) и 32 (64%) случаях ($\chi^2=17,7$; $p<0,001$), тогда как в группе сравнения – 3 (6%) и 4 (8%) случаев соответственно ($\chi^2=34$; $p=0,02$). Также в первой группе синоатриальная блокада 2 степени была выявлена у 9 (18%) пациентов, а во второй – у 1 (2%) пациента ($\chi^2=7,1$; $p=0,008$). Нарушение процессов реполяризации желудочков в виде уплощения или формирования отрицательных зубцов Т выявлены в 13 (26%) случаях у пациентов с ранением перикарда и у 1 (2%) пациента второй группы ($\chi^2=11,9$; $p<0,001$).

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что наличие ИТ в околосердечной сумке ассоциируется с более частым развитием нарушений сердечного ритма и проводимости в остром периоде у пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПЕРИКАРДА

Тедеев Т.Г., Бабенко И.Ю., Румянцева А.М.,
Гуляев Н.И., Кружалин Е.Е.
Центральный военный клинический госпиталь
имени А.А. Вишневого,
Красногорск

Введение. В современных вооруженных конфликтах большинство ранений сердца являются следствием взрыва. Частота возникновения слепых осколочных ранений перикарда остается на низком уровне по причине высокой догоспитальной летальности. Основную роль в прогнозе пострадавших с такого рода повреждениями играют скорость и качество оказания медицинской помощи.

Цель. Изучить взаимосвязь между наличием инородных тел (ИТ) в полости перикарда и частотой возникновения реактивного перикардита, а также снижением перфузии участков левого желудочка, к которым прилежит ИТ, у пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда.

Материал и методы. Обследовано 178 пациентов с ранениями области груди, поступивших на этап специализированной медицинской помощи за период с февраля 2023 г. по август 2024 г. Отобрано 50 пострадавших со слепыми осколочными ранениями перикарда. Также сформирована группа сравнения из 50 пациентов, которые не имели повреждений груди. Средний возраст пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда составил $33,4 \pm 4,21$ лет, группы сравнения – $35,3 \pm 5,65$ лет ($p>0,05$). Обе группы сопоставимы по возрасту, полу и тяжести состояния. Обследование включало – однофотонную эмиссионную компьютерную томографию миокарда (ОФЭКТ); эхокардиографию (ЭхоКГ). Критерии включения: наличие ИТ в полости перикарда по данным визуализирующих методов исследования; подписанное информированное добровольное согласие. Критерии исключения: проникающее ранение сердца и крупных сосудов; повреждение клапанного аппарата. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0 (IBM).

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что у пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда достоверно чаще встречается реактивный перикардит (перикардиальный выпот более 100 мл) по данным ЭхоКГ – у 20 (40%) пациентов, тогда как в группе сравнения – у 4 (8%) ($\chi^2=14$; $p=0,002$). Также по результатам ОФЭКТ снижение перфузии сегментов левого желудочка, к которым прилежит ИТ, чаще регистрировалось у пациентов из первой группы – в 19 (38%) случаях, тогда как в группе сравнения – в 3 (6%) ($\chi^2=14,9$; $p<0,01$).

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что у пациентов со слепыми осколочными ранениями перикарда наличие ИТ в околосердечной сумке ассоциируется с более частым развитием реактивного перикардита, а также снижением перфузии сегментов левого желудочка, к которым прилежит ИТ.

АССОЦИАЦИЯ ЭКЗЕМЫ И ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА

Тихомирова А.Н., Ефанова Е.Н.,
Таскаева Д.Г., Нелидова Н.В.
Сургутский государственный университет,
Ханты-Мансийск

Цель. Выявить частоту встречаемости глистной инвазией (описторхоза) и влияние на течение экземы у

жителей северного региона России на примере города Нижневартовска.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в амбулаторно-поликлинических условиях Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Кожно-венерологического диспансера» города Нижневартовска за период 2024 года. В исследование включены 120 пациентов с различными видами экземы. Диагноз экземы базировался на основании анализа жалоб, данных анамнеза, оценке клинической картины заболевания. Наличие сопутствующего гельминтоза уточнялось консультацией инфекциониста и подтверждалось гелинтинтоокопическими и (или) иммунологическими методами диагностики (иммуноферментный анализ (ИФА)).

Результаты исследования. Опиосторхоз был выявлен у 7,5% больных экземой. В общем анализе крови у всех пациентов с глистной инвазией была выявлена эозинофилия (9-15%), ускорение скорости оседания эритроцитов более 20 мм/час. В биохимическом анализе крови у 33,3% пациентов с экземой и описторхозом отмечено повышение уровня общего билирубина и у 22,2% повышение уровня трансаминаз (АЛТ и АСТ) более 50МЕ/л. При иммунологическом обследовании у 88,9% больных группы исследования определялся общий иммуноглобулин Е более 100 МЕ/мл. При дерматологическом осмотре у всех пациентов с экземами и описторхозом выявлен выраженный ксероз кожи. Проявления экземы у пациентов с описторхозом локализовались преимущественно на ладонях и подошвенных поверхностях стоп (88,8%), реже на коже лица в перiorальной области (11,1%). Было отмечено, что при сочетании экземы с описторхозом, рецидивы кожной патологии наблюдались каждые 2-3 месяца. Опиосторхозная инвазия была санирована у 44,4% группы исследования этиотропными лекарственными препаратами согласно клиническим рекомендациям. У 1 пациента через 2 месяца по окончании терапии гельминтоза отмечался рецидив экземы. У других исследуемых после терапии гельминтоза не было зафиксировано рецидивов экземы.

Заключение. Глистные инвазии могут провоцировать частые рецидивы экземы из-за токсичных продуктов жизнедеятельности паразитов. Важно иметь настороженность на гельминтозы у пациентов с аллергодерматозами, особенно в регионах, эндемичных по описторхозу. Необходимо тесное сотрудничество врачей дерматовенерологов, инфекционистов и терапевтов при обследовании и выявлении коморбидной патологии у пациентов с экземой, особенно при наличии сопутствующих паразитарных инфекций.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: НЕЗАМЕТНОЕ, НО СМЕРТЕЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

Толипов У.У.¹, Толипова Д.Х.², Бекенова Г.Т.¹

¹Ташкентская медицинская академия,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение распространенности, механизмов и клинического воздействия поражения сердца при системной склеродермии (ССД) с акцентом на фиброз миокарда, нарушения проводящей системы и легочную гипертензию. Кроме того, оно направлено на оценку эффективности диагностических инструментов и терапевтических стратегий при лечении сердечных осложнений у пациентов с ССД.

Материалы и методы. Проспективное наблюдательное исследование было проведено на 75 пациентах с диагнозом ССД, набранных из ревматологического и кардиологического отделений многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Пациенты с диагнозом системная склеродермия (как ограниченная, так и диффузная). Пациенты соответствовали критериям классификации ACR/EULAR 2013 года для системного склероза. Критерии исключения включали ранее существовавшие заболевания сердца, не связанные с ССД, и другие значимые системные заболевания. Диагностические оценки – эхокардиография использовалась для оценки функции левого и правого желудочка, давления в легочной артерии и клапанных аномалий. Магнитно-резонансная томография сердца (МРТ) используется для выявления фиброза миокарда и нарушений перфузии. Электрокардиография (ЭКГ) и холтеровское мониторирование используются для выявления нарушений системы проводимости, аритмий и вариабельности сердечного ритма. Высокочувствительные уровни тропонина Т (hs-TnT) и N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) измерялись для оценки риска повреждения миокарда и сердечной недостаточности. Данные анализировались с помощью программного обеспечения SPSS с применением хи-квадрат и t-тестов для сравнения категориальных и непрерывных переменных соответственно. Многомерные регрессионные модели использовались для выявления независимых предикторов поражения сердца.

Результаты и обсуждение. Распространенность поражения сердца: у 48% пациентов наблюдалась какая-либо форма поражения сердца, включая фиброз миокарда (32%), нарушения проводимости (25%) и легочную гипертензию (30%). Фиброз миокарда обнаружен с помощью МРТ у 36% пациентов, фиброз миокарда тесно коррелировал с длительностью и тяжестью заболевания ($p < 0,05$). Аритмии и нарушения проводимо-



сти – ЭКГ и холтеровское мониторирование выявили мерцательную аритмию в 12% случаев, желудочковые аритмии в 9% и дефекты проводимости в 18%. Повышенные уровни hs-TnT и NT-proBNP были значительно связаны с сердечной дисфункцией и неблагоприятными клиническими исходами ($p < 0,01$).

Выводы. Поражение сердца при системной склеродермии является частым, но часто недооцененным осложнением, значительно способствующим повышению заболеваемости и смертности. Фиброз миокарда, аритмии и легочная гипертензия являются основными проявлениями, требующими раннего и систематического скрининга. Передовые методы визуализации, такие как МРТ и эхокардиография, наряду с оценкой биомаркеров, играют решающую роль в раннем выявлении. Учитывая вероятность возникновения опасных для жизни осложнений, для оптимального ведения пациентов необходим междисциплинарный подход, объединяющий ревматологов, кардиологов и пульмонологов.

ПОНИМАНИЕ АРИТМИЙ И НАРУШЕНИЙ ПРОВОДИМОСТИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Толипов У.У.¹, Толипова Д.Х.², Джураева Э.Р.¹

¹Ташкентская медицинская академия,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить распространенность и типы аритмий у пациентов с системной склеродермией (ССД). Оценить диагностическую полезность электрокардиографии (ЭКГ), холтеровского мониторирования и МРТ сердца для выявления аритмий.

Материалы и методы. Проспективное наблюдательное исследование было проведено на 75 пациентах с диагнозом ССД, набранных из ревматологического и кардиологического отделений многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Пациенты с диагнозом ССД (как ограниченная, так и диффузная). Пациенты в возрасте 25-75 лет, у которых не было в анамнезе первичного заболевания сердца, не связанного с ССД. Пациенты не принимали медикаменты, способные вызвать аритмии (например, антиаритмические препараты, средства, удлиняющие интервал QT). Сбор данных и диагностические инструменты – ЭКГ, 24-часовое холтеровское мониторирование, эхокардиография, МРТ сердца, лабораторные тесты включали воспалительные маркеры (СРБ, СОЭ), уровни сывороточного NT-proBNP и аутоантитела (ANA, анти-Scl-70, анти-центромера).

Результаты и обсуждение. У 48% пациентов имели различные формы аритмий. Наиболее распространенными были желудочковые экстрасистолы

(ЖЭС) (30%), фибрилляция предсердий (18%) и синусовая брадикардия (12%). Более высокая распространенность аритмий была обнаружена у пациентов с большей продолжительностью заболевания (>5 лет) и у пациентов с диффузным системным склерозом. Нарушения проводимости: АВ-блокада первой степени была обнаружена у 15% пациентов. Блокада правой ножки пучка Гиса (БПНП) наблюдалась в 8% случаев. Полная блокада сердца, требующая имплантации кардиостимулятора, наблюдалась у 3% пациентов. Повышенный фиброз миокарда, обнаруженный при МРТ сердца, коррелировал с более высоким риском желудочковых аритмий ($p < 0,05$). Повышенные уровни NT-proBNP были достоверно связаны с мерцательной аритмией ($p < 0,01$). У пациентов с легочной гипертензией риск развития нарушений проводимости правого желудочка был в 2,5 раза выше. Для контроля частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии использовали бета-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов. В 22% случаев назначались антиаритмические препараты (амиодарон, соталол). 7 пациентам потребовалась имплантация кардиостимулятора при тяжелых дефектах проводимости.

Выводы. Это исследование подчеркивает, что аритмии и нарушения проводимости являются распространенными, но часто недооцененными осложнениями системной склеродермии. Наличие фиброза миокарда, легочной гипертензии и тяжесть заболевания тесно связаны с риском аритмических событий. Ранний скрининг с ЭКГ и холтеровским мониторированием, а также передовые методы визуализации, такие как МРТ сердца, могут улучшить обнаружение и лечение. Индивидуально разработанные стратегии лечения, включая контроль частоты сердечных сокращений, антиаритмическую терапию и имплантацию кардиостимулятора, имеют решающее значение для улучшения результатов лечения пациентов и снижения сердечно-сосудистой смертности при системной склеродермии.

РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И МРТ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Толипов У.У.¹, Толипова Д.Х.²

¹Ташкентская медицинская академия,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка эффективности эхокардиографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца в диагностике и мониторинге поражения сердца при системной склеродермии (ССД).

Материалы и методы. Проспективное наблюдательное исследование было проведено на 75 пациентах с диагнозом ССД, набранных из ревматологического и кардиологического отделений многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Пациенты с диагнозом ССД (как ограниченная, так и диффузная) на основе критериев классификации 2013 ACR/EULAR. Пациенты в возрасте 25-75 лет, у которых не было в анамнезе первичного заболевания сердца, не связанного с ССД. В качестве диагностических методов мы использовали эхокардиографию (Трансторакальная эхокардиография использовалась для оценки функции левого и правого желудочков, давления в легочной артерии и перикардального выпота. Тканевая доплерография использовалась для оценки деформации миокарда и диастолической дисфункции), МРТ сердца (Последовательности позднего усиления гадолиния (LGE) анализировались для выявления фиброза миокарда.

Методы картирования T1 и T2 использовались для оценки диффузного поражения миокарда и воспаления). Клинические данные, эхокардиографические параметры и результаты МРТ были собраны и сравнены. Статистический анализ был выполнен с использованием программного обеспечения SPSS для определения чувствительности, специфичности и диагностической точности обоих методов.

Результаты и обсуждение. Результаты эхокардиографии: у 45% пациентов наблюдалась диастолическая дисфункция. У 30% наблюдалась легочная гипертензия с повышенным систолическим давлением в легочной артерии. У 10% наблюдался перикардальный выпот. Результаты МРТ сердца: позднее усиление гадолиния было обнаружено у 50% пациентов, что указывало на фиброз миокарда. У 20% наблюдалось диффузное воспаление миокарда на картировании T1/T2. Эхокардиография была более эффективна в выявлении легочной гипертензии и поражения перикарда. МРТ сердца имела более высокую чувствительность для выявления фиброза миокарда и субклинического поражения миокарда.

Выводы. Это исследование подчеркивает взаимодополняющую роль эхокардиографии и МРТ сердца в выявлении поражения сердца при системной склеродермии. В то время как эхокардиография остается основным инструментом для оценки гемодинамических изменений и перикардального поражения, МРТ сердца обеспечивает превосходную визуализацию фиброза миокарда и воспаления. Раннее и точное обнаружение сердечного поражения с использованием этих методов имеет важное значение для своевременного вмешательства и улучшения прогноза у пациентов с ССД.

ПАТОЛОГИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ

Тополянская С.В.^{1,2}, Куржос М.Н.², Бубман Л.И.²,
Васильева Ю.Ю.², Голимбекова М.В.²,
Мельникова К.Д.², Колонтай Т.М.²,
Долотказина Е.Н.², Мелик-Оганджян Г.Ю.²,
Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Цель. Изучить частоту встречаемости и некоторые аспекты патологии углеводного обмена у пациентов с боевыми травмами.

Материалы и методы. В исследование включено 210 пациентов, перенесших ранение в сроки от 4 до 58 дней (в среднем 15,9±8,7 дня) до поступления в стационар. Средний возраст пациентов составлял 36,0±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 HOMA-IR.

Результаты. Частота гипергликемии составила 23,3%. Средняя концентрация глюкозы крови натощак у раненых в возрасте ≥40 лет достигала 5,7±1,1 ммоль/л, моложе 40 лет – 5,2±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±5,7 дней, с нормогликемией – 16,7±9,2 дня (p=0,02). У пациентов с гипергликемией зарегистрирован более низкий общий белок (58,3±10,2 и 62,1±6,9 г/л; соответственно; p=0,004), альбумин (31,2±4,6 и 33,2±4,9 г/л; p=0,04), гемоглобин (97,7±18,9 и 105,9±16,9 г/л; p=0,004), более высокий С-реактивный белок (61,0±55,4 и 32,9±38,1 мг/л; p=0,0001), лейкоциты (10,6±4,4 и 9,3±3,4×10⁹/л; p=0,02), нейтрофилы (7,8±4,3 и 6,4±2,9×10⁹/л; p=0,01), фибриноген (5,7±1,4 и 4,8±1,2 г/л; p=0,0002), чем у раненых с нормогликемией. У пациентов с гипергликемией средний уровень HbA1c составил 5,3±0,6%, стресс-индуцированной гипергликемией – 1,4±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



на времени до нормализации концентрации глюкозы в крови натошак 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.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ

Тополянская С.В.^{1,2}, Кошурников Д.С.²,
Антонова Е.В.², Куржос М.Н.², Пилярова М.Х.²,
Бубман Л.И.², Рачина С.А.¹,
Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²
¹Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,
²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Травмы грудной клетки занимают особое место среди боевых ран, что связано, прежде всего, с поражением жизненно важных органов, таких как сердце, легкие, крупные кровеносные сосуды, пищевод или трахея. Неудивительно, что ранения этой области сопровождаются высоким уровнем смертности, частыми осложнениями и инвалидизацией. Травмы грудной клетки варьируют от переломов ребер до патологической подвижности грудной клетки, от пневмоторакса до гемоторакса, от ушиба легкого до трахеобронхиальных повреждений. Травмы, затрагивающие сердце, магистральные сосуды и корни легких обычно заканчиваются смертельным исходом на поле боя. С появлением бронежилетов и разработкой усовершенствованных методов лечения ранений грудной клетки смертность от торакальных травм, которая до Первой мировой войны составляла более 50%, существенно уменьшилась. Однако некоторые солдаты продолжают получать травмы грудной клетки даже при наличии средств защиты. Современные военные конфликты связаны с частым применением различного высокоэнергетического оружия, вызывающего тяжелые травмы грудной клетки и летальные исходы. Высокоэнергетические повреждения легких и других структур грудной клетки становятся все более актуальными, так как большинство боевых травм в настоящее время представляют собой минно-взрывные ранения. Эффекты минно-взрывного ранения грудной клетки многообразны. Первичная взрывная волна воздействует на пострадавшего путем высокого давления и приводит к прямому повреждению легких. В этом случае на компьютерных томограммах можно увидеть перибронхо-васкулярные затемнения по типу «матового стекла» и консолидаций. Вторичная взрывная волна перемещает осколки,

которые приводят как к проникающим, так и к тупым травмам грудной клетки; в этом случае при выполнении визуализирующих методов исследования можно увидеть осколки, повреждения грудной стенки, ушиб легкого. Третичная взрывная волна физически перемещает пострадавшего и приводит к тупой травме от соприкосновения с окружающими предметами, в подобной ситуации можно визуализировать различные травмы грудной стенки, ушиб легкого и переломы позвонков. Ушиб легких в свою очередь может привести к разрывам легочной ткани и кровоизлияниям в альвеолы, уменьшению объема альвеол, снижению вентиляции, уменьшению легочного кровотока и нарушениям диффузии газов. Травма легких запускает также каскад иммунологических реакций, которые могут привести к острому респираторному дистресс-синдрому и синдрому системного воспалительного ответа.

Цель исследования. Анализ клинических случаев повреждения легких и плевры при различных боевых ранениях грудной клетки. Особое внимание уделено анализу компьютерных томограмм при различных травмах грудной клетки.

Материалы и методы. В одномоментное наблюдательное исследование включено 80 пациентов, перенесших боевые ранения грудной клетки в сроки от 4 до 67 дней (в среднем 23,8±12,6 дней) до поступления в стационар. Все участники исследования были мужчинами. Возраст включенных в исследование пациентов варьировал от 20 до 59 лет, в среднем составляя 39,6±8,6 лет. У 62,5% включенных в исследование пациентов наблюдался минно-взрывной характер ранения, у 36,3% – осколочный, у 1,2% – пулевой. Лишь в 11,2% случаев травма грудной клетки была изолированной, у 88,8% пациентов зарегистрированы сочетанные ранения груди, живота, конечностей, шеи, головного и спинного мозга. Всем раненым проводилось клиническое и лабораторное обследование с использованием стандартных методов, включая определение уровня С-реактивного белка, общий и биохимический анализы крови, вычисление лейкоцитарных индексов. Пациентам выполняли компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки, при наличии плеврального выпота – ультразвуковое исследование (УЗИ) плевральных полостей.

Результаты. Плевральный выпот зарегистрирован у 68,8% пациентов. Средний объем плеврального выпота составлял 429,3±261 мл, варьируя от 50 до 1000 мл. У 44 пациентов (80%) он был односторонним, у 11 раненых (20%) – двусторонним. Ушиб легкого диагностирован в 38,8% случаев. Иностранные тела (осколки и костные фрагменты) в паренхиме легких и в плевральных полостях наблюдались у 32,5% пациентов, первичная пневмония – у 15%, раневой канал в паренхиме легких – у 10%, пневмоторакс – у 3, пузырьки газа в плевральных полостях – у 5 раненых. Дренаж плевральных полостей на предыдущих этапах эвакуации было выполнено у 58,7% раненых. Переломы ребер были зарегистрированы у 50% раненых. Средний

уровень С-реактивного белка составил 49,0 мг/л (0,4-325,6 мг/л), число лейкоцитов – 9,4х10⁹/л (4-19х10⁹/л), число нейтрофилов – 6,4х10⁹/л (1,4-16,3х10⁹/л), число тромбоцитов – 464,6х10⁹/л (165-944х10⁹/л).

Выводы. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что при боевой травме часто наблюдается поражение грудной клетки. Наиболее распространенными видами боевой травмы грудной клетки в этой группе пациентов был плевральный выпот, ушиб легкого и переломы ребер. Необходимо продолжение исследований по изучению боевых травм грудной клетки.

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ

Тополянская С.В.^{1,2}, Пилярова М.Х.²,
Костоева Х.Я.¹, Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ имени И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Цель. Оценить характер и исходы острого почечного повреждения у пациентов с боевыми ранениями.

Материалы и методы. Проведен анализ стационарных карт пациентов, находившихся на лечении в Госпитале для ветеранов войн №3 Департамента здравоохранения г. Москвы. Для последующего анализа отобраны 38 пациентов с острым почечным повреждением. Средний возраст пациентов составил 38,1±9,6 лет (21-65 лет). Медиана продолжительности с момента ранения достигала 11 дней (Q1-Q3: 6-19 дней).

Результаты. Средняя концентрация креатинина на момент госпитализации в стационар составила 295,3±158,2 мкмоль/л, мочевины – 21,4±9,6 ммоль/л, калия – 4,4±0,6 ммоль/л, натрия – 137,9±5,4 ммоль/л. На предыдущих этапах эвакуации средняя концентрация креатинина достигала 406,1±117,8 мкмоль/л (164,8-700), мочевины – 22,3±10,1 ммоль/л (7,6-42,1). Установлены достоверные корреляции между уровнем креатинина крови и: мочевины ($r=0,68$; $p=0,000003$), общего белка ($r=-0,36$; $p=0,03$), натрия ($r=0,4$; $p=0,01$), а также гемоглобина ($r=-0,47$; $p=0,002$). Отмечалась тенденция к значимой обратной корреляции между концентрацией креатинина и числом тромбоцитов ($r=-0,29$; $p=0,07$). Зарегистрированы достоверные корреляции между концентрацией мочевины в крови и уровнем гемоглобина ($r=-0,35$; $p=0,03$), числом нейтрофилов ($r=0,33$; $p=0,04$), долей нейтрофилов ($r=0,34$; $p=0,03$) и числом тромбоцитов ($r=-0,36$; $p=0,02$). Уровень калия коррелировал лишь с числом тромбоцитов ($r=0,39$; $p=0,01$), а концентрация натрия в крови – с креатинином ($r=-0,4$; $p=0,01$), СОЭ ($r=0,63$; $p=0,04$), числом лейкоцитов ($r=-0,32$; $p=0,04$) и числом нейтрофилов

($r=-0,34$; $p=0,03$), а также с длительностью наблюдения ($r=0,44$; $p=0,005$). Средняя длительность наблюдения составила 53,2±30,1 дня (от 3 до 121 дня). За период наблюдения умерло 6 пациентов, 1 остается в ОРИТ, 21 пациент выписан с улучшением, 3 переведены в другие стационары, 7 раненых продолжают лечение в стационаре. За период наблюдения уровень креатинина снизился с 406,1 до 133,6 мкмоль/л ($p=0,000002$), мочевины – с 21,4 до 9,9 ммоль/л ($p=0,000001$). Уровень креатинина нормализовался у 23 (60,5%) пациентов, оставался повышенным (117,7-517,5 мкмоль/л) – у 15 (39,5%) (5 из этих случаев закончились смертельным исходом). Концентрация мочевины в крови нормализовалась у 25 (65,8%) пациентов и оставалась повышенной в 13 (34,2%) случаях (5 из них со смертельным исходом). В 6 случаях фатального исхода почечная патология не являлась непосредственной причиной смерти. Проведение заместительной почечной терапии потребовалось у 12 пациентов.

Выводы. У пациентов с тяжелыми боевыми ранениями нередко развивается острое почечное повреждение – преренальное (вследствие тяжелой кровопотери) или ренальное (обусловленное, главным образом, рабдомиолизом). В большинстве случаев острое почечное повреждение обратимо и не требует проведения заместительной почечной терапии.

ДОПЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ ПОЧЕК В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Высокий стандартизованный показатель смертности у больных хронической болезнью почек – ХБП (70 на 1000 больных) обуславливает необходимость постоянного совершенствования подходов к выявлению признаков поражения почек на ранних его этапах.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь индексов резистентности (ИР) магистральных и интра-паренхиматозных почечных артерий и клинико-лабораторных показателей, а также оценить их прогностическую значимость в оценке прогрессирования хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы. В исследовании включили 110 больных с признаками ХБП, находившихся в стационарном лечении в отделении нефрологии Национального медицинского центра Республики Узбекистан. Больные были разделены на группы две группы с гломерулярным или интерстициальными болезнями. При госпитализации определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанную по

формуле СКД-EPI, уровень протеинурии (ПУ), размеры почек, толщину почечной паренхимы и паренхимопиелический индекс, ИР магистральных и внутривисцеральных сосудов.

Результаты и обсуждение. При анализе связи ИР с клиническими и лабораторными параметрами у всех больных выявлено, что ИР почечных сосудов находятся в прямой зависимости от возраста пациентов ($r=0,478$, $p=0,016$) и ПД ($r=0,335$, $p=0,016$). ИР устья ПА и внутривисцеральных артерий находятся в обратной зависимости от СКФ ($r=-0,365$, $p=0,006$ и $r=-0,438$, $p=0,001$), статистически значимой связи с выраженностью ПУ не выявлено.

В группе пациентов с гломерулярными болезнями обнаружена положительная корреляция между ИР и выраженностью ПУ ($r=0,471$, $p=0,011$) и отрицательная с СКФ ($r=-0,535$, $p=0,002$). При этом в группе гломерулярных болезней размеры почки и показатели, отражающие ее структуру, в частности толщина паренхимы и паренхимопиелический индекс (ППИ), не зависели от ИР. Практически обратная ситуация наблюдалась в группе пациентов с интерстициальными поражениями почек (ПУ $r=-0,256$, $p=0,250$; СКФ $r=-0,218$, $p=0,284$). Так, индексы сосудистого сопротивления не коррелировали со значениями ПУ и СКФ (определяемой по расчетным формулам), но коррелировали с размерами почки: поперечный размер $r=-0,043$, $p=0,829$ и толщина паренхимы $r=-0,304$, $p=0,096$ соответственно.

Заключение. ИР магистральных и внутривисцеральных сосудов зависит от возраста пациента и пульсового давления. В группе пациентов с гломерулярными болезнями ИР связаны с СКФ и ПУ, в то время как в группе интерстициальных болезней – с размерами и структурой почек. ИР междолевых артерий (МА) – наиболее чувствительный прогностический фактор ухудшения функции почек с пороговым значением 0,65, сопоставимый с прогностической значимостью ПУ. ИР магистральных и внутривисцеральных сосудов может рассматриваться как прогностический фактор ухудшения функции почек.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ ПОЧЕК

Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. При хронической болезни почек (ХБП) повреждение эндотелия сосудов происходит на ранних стадиях, развивается вместе с прогрессированием основного заболевания и в значительной

степени способствует развитию сердечно-сосудистых осложнений у этих пациентов. Дисфункция эндотелия при патологии почек – это многофакторный процесс, вклад в который вносят развивающиеся осложнения основного заболевания: атеросклероз, уремическая интоксикация, системный воспалительный процесс, оксидативный стресс, метаболический ацидоз, гиперфосфатемия, саркопения и др. В связи с этим поиск молекулярных основ патогенеза нарушения функциональной способности эндотелия представляет исследовательский интерес.

Цель исследования. Оценка связи между уровнем эндотелина-1 в сыворотке крови, функцией почек, а также наличием и выраженностью эндотелиальной дисфункции (ЭД).

Материал и методы. Для проведения исследования были выбраны 96 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) в возрасте от 26 до 79 ($58,9 \pm 1,4$) лет: 51 женщины (средний возраст – $61,1 \pm 1,8$ года) и 45 мужчин (средний возраст – $58,4 \pm 2,5$ года). Когорта пациентов была распределена на 2 группы: 1-ю группу составили 50 пациентов (33 женщин и 17 мужчин) с ХБП-3А–5 (средний возраст – $59,7 \pm 2,4$ года), 2-ю – 46 пациентов (21 женщина и 25 мужчины) с ХБП-5Д (средний возраст – $58,2 \pm 2,1$ года). Оценены клинико-анамнестические данные всех пациентов, проведены лабораторные исследования, определен уровень эндотелина-1 сыворотки крови, проведена биоимпедансометрия, выполнена проба с эндотелийзависимой вазодилатацией с использованием ультразвукового исследования плечевой артерии. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты. Уровень эндотелина-1 был выше в группе пациентов, получавших лечение программным гемодиализом: $54,3 \pm 0,5$ против $46,2 \pm 2,1$ пг/мл соответственно. Распространенность ЭД в общей когорте больных, по данным пробы, составила 48,7% случаев (в 1-й группе – 28,2%, во 2-й – 71%; $p=0,001$). Была выявлена сильная отрицательная корреляционная связь эндотелина-1 и скорости клубочковой фильтрации. Умеренная связь у эндотелина-1 установлена с уровнем мочевины, отклонениями общего объема жидкости, объемом внеклеточной жидкости, длительностью ХБП, уровнями натрия и общего белка сыворотки крови. Значения эндотелина-1 были выше медианы у 17,5% в 1-й группе и 55% во 2-й. Во 2-й группе чаще, чем в 1-й, наблюдалось содружественное повышение уровня эндотелина-1 и положительная проба с эндотелийзависимой вазодилатацией: 30% против 2,5%. Заключение. Проведенное исследование позволило оценить распространенность и выраженность ЭД среди пациентов с ХБП на разных стадиях. Пробу с эндотелийзависимой вазодилатацией можно использовать в качестве дополнительного метода оценки. Эндотелин-1 продемонстрировал высокий прогностический потенциал в отношении ЭД.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕКРЕЦИИ ТРАНСФЕРРИНА У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ В СТАДИИ ОЖГОВОГО ШОКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ

Убушаева Д.С.¹, Кружалин Е.Е.¹, Сахин В.Т.¹,
Есипов А.В.¹, Крюков Е.В.², Казаков С.П.³,
Сотников А.В.², Гордиенко А.В.², Рукавицын О.А.³,
Прохорчик А.А.¹, Гуляев Н.И.¹, Калинин А.Г.¹

¹НМИЦ ВМТ имени А.А. Вишневого,
Красногорск,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург,

³ГВКГ имени Н.Н. Бурденко,
Москва

Цель исследования. Определить особенности секреции трансферрина у пострадавших с ожоговой болезнью в стадии ожогового шока в зависимости от тяжести ожоговой травмы. Оценить влияние интерлейкина-6 и интерлейкина-10 на трансферрин.

Материалы и методы. Обследован 51 пациент мужского пола в возрасте 34[26-41] лет, поступивших на лечение на 2[2-3] сутки после получения травмы. В зависимости от рассчитанного индекса Франка (FI) пострадавшие разделены на 4 группы. В 1-ю группу включены 6 пострадавших с FI 20[11-30] баллов. Во 2-ю группу включены 7 пострадавших с FI 47[39-51] баллов. В 3-ю группу включены 9 пострадавших с FI 73[64-85] баллов. В 4-ю группу включены 29 пострадавших с FI 135[114-161] баллов. Всем пострадавшим при поступлении выполнялся забор периферической крови для определения концентрации трансферрина, IL-6, IL-10. Исследование выполнено на гематологическом анализаторе Sysmex XN-1000, производство Японии. Выполнялся расчет медианы (Me), сравнительный анализ уровня трансферрина у пострадавших четырех групп проводился с помощью критерия Краскела-Уоллиса, для оценки взаимосвязи определялся коэффициент корреляции Спирмена (r).

Результаты и обсуждение. Концентрация трансферрина в 1-ой группе составила 1,54 г/л, во 2-ой - 1,09 г/л, в 3-ей - 1,03 г/л, в 4-ой - 0,78 г/л. Отмечаются статистически значимые различия уровня трансферрина у исследуемых в зависимости от индекса Франка ($p < 0,001$). При сравнении групп попарно было установлено, что концентрация трансферрина при неблагоприятном исходе была существенно ниже, чем при благоприятном ($p = 0,001$) и при относительно благоприятном исходе ($p = 0,028$). Концентрация IL-6 в 1-ой группе составила 32,7 пг/мл, во 2-ой - 129,9 пг/мл, в 3-ей - 68,1 пг/мл, в 4-ой - 129,5 пг/мл. Концентрация IL-10 в 1-ой группе составила 4,2 пг/мл, во 2-ой - 8,7 пг/мл, в 3-ей - 8,1 пг/мл, в 4-ой - 12,2 пг/мл. Корреляционная связь между концен-

трацией трансферрина и уровнями IL-6 и IL-10 во всех группах статистически значимая, обратная, заметной силы ($r = -0,601$ и $r = -0,638$ соответственно).

Выводы. Тяжесть ожоговой травмы оказывает значимое влияние на один из ключевых белков переносчиков железа - трансферрин. Выявленная отрицательная взаимосвязь между трансферрином, IL-6 и IL-10 отражает важное значение этих цитокинов в снижении концентрации трансферрина. Необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ВОЗНИКАЮЩИЕ СЛОЖНОСТИ?

Уразгильдеева С.А.

Научно-клинический и образовательный
центр «Кардиология»,
Санкт-Петербург

Современная липидснижающая терапия позволяет эффективно снижать уровень атерогенных липопротеидов у большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и факторами риска их развития. При этом достигается существенное уменьшение количества серьезных сердечно-сосудистых осложнений в рамках первичной и вторичной профилактики. В то же время практикующие врачи нередко сталкиваются с невозможностью применения всего существующего арсенала гиполипидемических средств вследствие целого ряда возникающих сложностей, обусловленных как объективными, так и субъективными причинами.

Несмотря на четко прописанные требования клинических рекомендаций по использованию статинов, эзетимиба, ингибиторов PCSK-9, фенофибратов, препаратов омега 3-полиненасыщенных жирных кислот, выполнение предписанных алгоритмов в реальной практике сопряжено с необходимостью постоянного сопоставления пользы и риска такой терапии для конкретного пациента.

Определенные сложности возникают у практикующего врача в связи с недостаточной эффективностью терапии у пациентов с серьезными семейными и/или вторичными дислипидемиями. При этом у некоторых больных отмечается плохая переносимость терапии, требующая использования нестандартных схем назначения препаратов. В ряде случаев приходится преодолевать негативизм пациентов в отношении некоторых классов препаратов. Серьезной проблемой остается также недоступность видов терапии для отдельных категорий пациентов. В лечении коморбидных пациентов и лиц с сопутствующей патологией серьезным вызовом для врача является выбор терапии, учитывающей потенциальные межлекарственные взаимодействия различных препаратов.

В докладе будут приведены примеры назначения современных схем лечения кардиологических пациентов с использованием различных классов гиполипидемических препаратов, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и наличия сопутствующей патологии.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ИЛ-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Урасов Д.С.

Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Цель исследования. Изучить диагностическое значение определения сывороточного ИЛ-1 у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Исследование проведено на базе кафедры клинической лабораторной диагностики и ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского». В нем приняли участие 130 пациентов с АГ, соответствующих критериям ЕОК/ЕОАГ 2018 года, и контрольная группа из 30 здоровых лиц. Группа пациентов и контрольная группа были сопоставимы по полу ($p=0,456$), возрасту ($p=0,278$) и наличию основных антропометрических параметров. Возраст пациентов составил от 45 до 65 лет, медиана (Ме [Q1-Q3]) – 54 [52-59] лет. Преобладали стадии II и III АГ (88,46%), что подтверждается распределением: I стадия – 15 (11,54%), II стадия – 57 (43,85%), III стадия – 58 (44,61%). Уровень ИЛ-1β определялся методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием набора «Интерлейкин-1 бета-ИФА-БЕСТ». Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ACUSON 128XP/10 для оценки структурно-функциональных изменений сердца, включая конечный диастолический размер левого желудочка (КДЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и фракцию выброса (ФВ).

Результаты и обсуждение. Концентрация ИЛ-1β в сыворотке крови у здоровых лиц составила $4,94 \pm 2,0$ пг/мл, верхняя граница нормы – 8,94 пг/мл. У пациентов с АГ уровень ИЛ-1β варьировал от 2,8 до 32,3 пг/мл, Ме [Q1-Q3] – 11,65 [4,6-19,1] пг/мл. Превышение верхней границы нормального уровня наблюдалось у 74 пациентов (56,92%). Выявлена достоверная положительная корреляция между уровнем ИЛ-1β и стадией АГ ($F=15,03$, $p<0,001$): I стадия – 4,6 [3,9-5,2] пг/мл, II стадия – 8,5 [4,3-16,4] пг/мл, III стадия – 17,1 [9,7-23,3] пг/мл. Это указывает на увеличение воспалительной активности при прогрессировании заболевания.

ЭхоКГ показала значимую связь между уровнем ИЛ-1β и параметрами ремоделирования сердца. Коэффициент корреляции Спирмена выявил следующие зависимости: КДЛЖ – $r=0,3677$ ($p<0,0001$), ТМЖП – $r=0,2735$ ($p=0,002$), размер левого предсердия – $r=0,3956$ ($p<0,0001$), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) – $r=0,2524$ ($p=0,004$). Отмечена обратная корреляция с ФВ ($r=-0,5354$, $p<0,0001$), что указывает на снижение сократительной способности сердца при высоких уровнях ИЛ-1β.

Выводы. Исследование подтвердило диагностическую ценность определения уровня ИЛ-1β у пациентов с АГ. Концентрация ИЛ-1β значительно повышена у больных АГ по сравнению с контрольной группой. Показано, что уровень цитокина достоверно возрастает с прогрессированием стадии заболевания, что позволяет рассматривать его как маркер активности воспалительного процесса. Выявлена тесная связь между уровнем ИЛ-1β и параметрами ремоделирования сердца, включая увеличение размеров камер, толщину межжелудочковой перегородки и снижение фракции выброса. Эти данные открывают новые возможности для использования ИЛ-1β как независимого биомаркера прогрессирования АГ и поражения органов-мишеней.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ИЛ-6 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Урасова Т.И.

Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Диагностическое значение определения концентрации ИЛ-6 в сыворотке крови у больных с ишемической болезнью сердца.

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость уровня сывороточного ИЛ-6 у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 115 пациентов с верифицированным диагнозом ИБС по критериям ЕОК 2019 года в возрасте 54 [52-59] лет, из них 60 мужчин (52,17%) и 55 женщин (47,83%). Группа сравнения включала 30 здоровых лиц, не отличающихся по полу и возрасту. Диагностика ИБС подтверждалась нагрузочными тестами, ЭхоКГ и дуплексным сканированием брахиоцефальных артерий. Распределение по функциональным классам (ФК) стенокардии: ФК 1 – 65 пациентов (56,52%), ФК 2 – 4 пациента (3,48%), ФК 3 – 11 пациентов (9,57%), ФК 4 – 35 пациентов (30,43%).

Инструментальные методы включали эхокардиографию на аппарате ACUSON 128XP10 (США) для оценки конечный диастолический размер левого желудочка (КДЛЖ), конечный систолический размер левого желудочка (КСЛЖ), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и фракция выброса (ФВ). Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий проводилось с определением толщины интима-медиа (ТИМ). Лабораторные исследования включали определение общего холестерина и ЛПНП общепринятыми биохимическими методами. Уровень ИЛ-6 определялся методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием набора реагентов «ИНТЕРЛЕЙКИН-6 - ИФА - БЕСТ» (ЗАО «Вектор-Бест»).

Результаты и обсуждение. У больных ИБС уровень ИЛ-6 составил 14,1 [9,4-19,8] пг/мл против 5,16±1,71 пг/мл в контрольной группе ($p<0,001$). Выявлена достоверная зависимость повышения уровня ИЛ-6 от функционального класса стенокардии: ФК 1 - 10,1 [9,2-17,6] пг/мл, ФК 2 - 16,2 [12,6-21,2] пг/мл, ФК 3 - 15,2 [11,5-19,6] пг/мл, ФК 4 - 18,6 [13,5-26,5] пг/мл ($F=6,839$; $p=0,0002$).

Выявлены следующие корреляционные зависимости между уровнем ИЛ-6 и параметрами ЭхоКГ: КДЛЖ ($rs=0,4411$; $p<0,001$), КСЛЖ ($rs=0,3370$; $p<0,001$), ММЛЖ ($rs=0,2274$; $p=0,015$), ФВ ($rs=-0,5685$; $p<0,001$). Дисперсионный анализ показал статистически значимую зависимость между уровнем ИЛ-6 и ТИМ: повышена ТИМ ($F=93,81$; $p<0,001$), ТИМ>1,3 мм (атеросклероз) ($F=49,87$; $p<0,001$).

Выводы. Полученные данные подтверждают роль ИЛ-6 как маркера системного воспаления при ИБС. Выявленная зависимость уровня ИЛ-6 от ФК стенокардии и структурно-функциональных изменений миокарда позволяет рассматривать этот цитокин как потенциальный прогностический фактор. Наличие связи между повышенным уровнем ИЛ-6 и изменениями сосудистой стенки указывает на важность воспалительного компонента в развитии атеросклероза. Таким образом, определение уровня ИЛ-6 может быть использовано для оценки прогноза и мониторинга эффективности терапии у пациентов с ИБС.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ПНЕВМОНИЯ

Усанина А.Н.¹, Нелидова Н.В.², Ефанова Е.Н.²,
Герасимова Н.В.¹

¹Сургутский клинический

противотуберкулезный диспансер,

²Сургутский государственный университет,
Сургут

Цель. Провести анализ структуры сопутствующего неспецифического поражения легочной ткани у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 288 больных туберкулезом, старше 18 лет, проходивших лечение в казенном учреждении Ханты-Мансийского Автономного округа – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» в 2021-2024 годы.

Результаты и обсуждения. Анализ распределения больных по полу и возрасту выявил преобладание среди больных лиц мужского пола. Средний возраст составил 43 года.

В структуре нозологических форм преобладали больные с внебольничными пневмониями – 123 человека (42,7%). Это связано, в первую очередь, с необходимостью проведения дифференциального диагноза между специфическим и неспецифическим поражением легких у пациентов с туберкулезом в анамнезе. В основном это были пациенты, состоящие на диспансерном учете после перенесенного туберкулеза и наблюдающиеся в 3 группе диспансерного наблюдения, либо пациенты, имеющие отдаленные последствия перенесенного туберкулеза, снятые с диспансерного наблюдения. Зачастую, туберкулез и пневмония имеют сходную клиническую картину, характеризующуюся лихорадкой, интоксикацией и симптомами поражения дыхательных путей, что затрудняет решение вопроса об установлении активности туберкулезного процесса. У половины больных (63 человека) в ходе проведения обследования и лечения антибиотиками широкого спектра действия туберкулезная этиология процесса в легких была исключена.

У четверти пациентов (77 человек, 26,7%) выявлена пневмония пневмоцистной этиологии, подтвержденная исследованием промывных вод бронхов или мокроты на пневмоцисты методом ПЦР и данными компьютерной томографии органов грудной клетки. Эти пациенты, помимо туберкулеза имели сопутствующую ВИЧ-инфекцию в продленной стадии 4В. Помимо этого было выявлено 2 случая пневмоцистоза.

45 больным (15,6%) выставлена септическая пневмония.

У 41 человека (14,2%) выявлена гипостатическая пневмония. Преимущественно эта патология развивалась на фоне тяжелой сопутствующей патологии, сопровождающейся метаболическими, циркуляторными нарушениями и иммунодефицитом.

Всем пациентам проводилось уточнение этиологического фактора для назначения адекватного лечения. Среди условно-патогенных микроорганизмов в респираторном материале преобладали *Klebsiella pneumonia*, *Candida albicans* и *Ps. aeruginosa*. Следует отметить, что пневмококк утрачивает свою лидирующую роль основного патогена при бронхолегочных заболеваниях.

Этиотропная терапия пневмонии начиналась немедленно после установления диагноза на основании эмпирических представлений о наиболее вероятном возбудителе.

У части больных (47 человек, 16,3%) этиологического подтверждения заболевания не было получено, что может быть связано с предшествующим назначением антибиотиков на амбулаторном этапе, погрешностями сбора материала для проведения исследования, отсутствием клинического значения выделенного возбудителя (носительство, контаминация, суперинфекция). При назначении неспецифической антибактериальной терапии внебольничной пневмонии препаратами выбора являлись цефалоспорины и макролиды, при гипостатической пневмонии – пенициллины с клавулановой кислотой, цефалоспорины 3-4 поколения, фторхинолоны, аминогликозиды, карбапенемы.

Выводы. Анализ структуры сопутствующего неспецифического поражения легочной ткани у больных туберкулезом легких выявил преобладание внебольничной пневмонии. Для успешного лечения пациентов с сочетанной патологией необходимо проведение исследования мокроты и промывных вод бронхов с уточнением природы возбудителя и его чувствительности к антимикробным препаратам.

СПОНТАННАЯ РЕМИССИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Федосеева В.В., Смирнов В.В.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Статистические исследования показывают, что данным заболеванием страдает почти 1% населения, а в некоторых популяциях в возрастной группе женщин старше 55 лет распространенность болезни может достигать до 2%.

Цель исследования. Описание клинического случая спонтанной ремиссии первичного гиперпаратиреоза.

Материалы и методы. Клинический случай манифестации первичного гиперпаратиреоза у пациентки 62 лет. Были проанализированы данные анамнеза, результаты лабораторных и инструментальных исследований в динамике.

Результаты. При исследовании биохимического статуса было выявлено значительное повышение уровня и общего и ионизированного кальция крови до 2,95 и 1,68 ммоль/л соответственно. Проведено дополнительное обследование на определение уровня фосфора, витамина Д и паратгормона. Уровень фосфора составил 1,23 ммоль/л, витамина Д-76 нмоль/л, что соответствовало критериям нормы. Уровень же паратгормона оказался повышенным почти в три раза – 187 пг/мл. (норма 10-65 пг/мл). Среди инструментальных исследований выполнено ультразвуковое исследование

щитовидной и паращитовидных желез – объем щитовидной железы составил 12,6 мл, выявлено диффузное снижение эхогенности и неоднородность структуры щитовидной железы без четкого определения узловых образований. Данные сцинтиграфии и ОФЭКТ показали слабое накопление препарата в области проекции левых верхней и нижней паращитовидных желез.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует, что возможна спонтанная ремиссия первичного гиперпаратиреоза. Данные динамического наблюдения, сцинтиграфии паращитовидных желез с технетрилом в сочетании с ОФЭКТ показали, что улучшение состояния связано с изменениями в структуре паращитовидных желез. Основным предположением является то, что снижение активности паращитовидных желез в данном случае обусловлено изменениями в самом патологическом процессе, то есть опухоль паращитовидной железы потеряла свою активность по причине возможного микрокровоизлияния в аденому или явилась следствием эмпирического апоптоза клеток. Не исключено, что возможными причинами спонтанного разрешения ПГПТ могли быть улучшение транспорта кальция в кишечнике, или увеличение его экскреции почками. Также благоприятно повлияли изменения в диете и модификация образа жизни. Еще одним возможным фактором подавления функции паращитовидных желез могла явиться терапия алендронатом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ СРЕДСТВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ СУХОГО КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н.Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Оценка клинической эффективности противокашлевой терапии у амбулаторных пациентов с подтвержденным COVID-19.

Материалы и методы. Основными критериями включения в исследование являлись: подтвержденный ОТ-ПЦР COVID-19, легкое и среднетяжелое течение заболевания, возраст от 20 до 70 лет, наличие продуктивного кашля, отсутствие изменений легочной паренхимы на КТ органов грудной клетки. Основную группу составили 98 пациентов, согласившихся на противокашлевую терапию. Группу сравнения составили 29 пациентов, добровольно отказавшихся от противокашлевой терапии или имевших противопоказания к применению препарата. В качестве противокашлевого средства был выбран леводропропизин, оказывающий свое действие в отношении периферических кашлевых

рецепторов, а именно подавление афферентного компонента кашлевого рефлекса. Основной группе был назначен леводропропизин в форме сиропа. Назначение препарата осуществлялось строго по инструкции, по 10 мл 3 раза в день внутрь с промежутками между приемом не менее 6 часов. Наблюдение за испытуемыми осуществлялось в течение 8 дней и предполагало 3 визита к участковому терапевту. На каждом визите врач осуществлял измерение температуры тела, а также проверял отметки пациента на 6-балльной шкале оценки интенсивности дневного и ночного кашля в заранее выданном дневнике. Испытуемый должен был оценить тяжесть своего кашля по шкале от 0 до 5, где 0 означал полное отсутствие кашля, а 5 – постоянный кашель, не позволяющий заниматься повседневными делами. Обязательно оценивались параметры ЧДД, SpO₂, ЧСС, САД, ДАД.

Результаты и обсуждение. В основной группе, принимавшей леводропропизин, было достоверное снижение выраженности кашля, в отличие от группы сравнения. По параметрам ЧДД, SpO₂, ЧСС, САД, ДАД у обеих групп не было выявлено статистически значимых различий. Однако, было отмечено достоверное снижение температуры тела до нормальных значений у всех пациентов к 8-му дню. Полное разрешение дневного кашля наблюдалось только на 8-й день исследования: у основной группы – 41%, в группе сравнения – 6%. Полное разрешение ночного кашля на 4-й день отмечалось только у 58% пациентов основной группы, в группе сравнения данный показатель соответствовал 0%. На 8-й день ночной кашель перестал беспокоить почти всех пациентов основной группы, а именно 94%, в то время как в группе сравнения данный показатель составил всего 6%. Учитывая вышеизложенные данные, противокашлевая терапия значительно ускоряет инволюцию кашля у больных COVID-19.

Выводы. Больные COVID-19 очень часто обращаются к врачам первичного звена с жалобами на длительный непродуктивный кашель, являющийся одним из основных симптомов данного заболевания. Кашель доставляет не только значительный физический дискомфорт, но и социальный, так как окружающие воспринимают кашляющего человека как «заразного», способного передать инфекцию воздушно-капельным путем, и начинают сторониться. Именно поэтому необходимо осуществлять терапию непродуктивного кашля, и препаратами выбора являются периферические противокашлевые средства, обладающие выраженной эффективностью и безопасностью. Одним из представителей данной группы является леводропропизин, применявшийся в исследовании.

ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СУХОГО КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Оценить возможность использования спектральной туссофонобарографии (СТФБГ) как метода контроля над эффективностью лечения кашля у больных COVID-19.

Материалы и методы. Основную группу составило 60 пациентов (45% – мужчины, 55% – женщины; средний возраст – 38,6 (30,1; 49,6) года) с подтвержденным ПЦР-тестом мазков из носо- и ротоглотки COVID-19 легкого или среднетяжелого течения с активными жалобами на сухой кашель. В группу сравнения вошло 30 здоровых лиц (43,3% – мужчины, 56,7% – женщины; средний возраст – 36,3 (28,4; 44,8)). Пациентам основной группы помимо основного лечения заболевания в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями был назначен леводропропизин в дозе 10 мл 3 раза в день с промежутками между приемами не менее 6 часов. На 1-й и 8-й дни лечения кашель больных COVID-19 оценивался при помощи визуальной аналоговой шкалы и спектральной туссофонобарографии с последующим сравнительным анализом полученных данных с показателями индуцированного кашля здоровых лиц. Оценивались следующие спектральные характеристики кашля: продолжительность (мс), отношение энергии низких и средних частот (60-600 Гц) к энергии высоких частот (600-6 000 Гц), частота максимальной энергии звука (Гц). Производилась оценка не только кашлевого акта в целом, но и отдельно каждой фазы.

Результаты и обсуждение. На 8-й день лечения были выявлены достоверные изменения характеристик кашля по сравнению с 1-м днем, в особенности второй фазы кашлевого акта. Повысилась продолжительность кашля ($T=355,0$ (276,0; 407,5) – в 1-й день; $T=432,0$ (386,0; 556,0) – на 8-й день; $p=0,0000$), начала преобладать энергия более низких частот ($Q=0,281$ (0,2245; 0,408) – в 1-й день; $Q=0,4535$ (0,3725; 0,619) – на 8-й день; $p=0,0000$), снизилась частота максимальной энергии звука ($F_{max}=488,5$ (282,0; 1220,5) – в 1-й день; $F_{max}=347,0$ (253,0; 488,0) – на 8-й день; $p=0,0064$). После сравнения исследуемых параметров на 8-й день лечения с таковыми у здоровых лиц статистически значимых различий не обнаружено.

Выводы. Достоверное изменение и приближение спектральных характеристик звуков кашля на 8-й день лечения противокашлевым препаратом леводро-



пропизином свидетельствует об эффективности данного препарата в отношении сухого кашля у больных COVID-19. Следовательно, спектральная туссофонобарография может использоваться не только для диагностики заболеваний, но и для контроля их лечения.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ COVID-19, ОСНОВАННАЯ НА СПЕКТРАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ ЗВУКОВ КАШЛЯ

Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С., Гречкин В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н.Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Оценить возможности использования спектрального анализа звуков кашля в диагностике новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы. В основную группу было включено 218 записей звуков кашля пациентов с подтвержденным ОТ-ПЦР COVID-19 среднетяжелого течения и повреждением легочной паренхимы менее 25% по данным КТ органов грудной клетки. В группе сравнения было 60 записей здоровых лиц с отрицательным ПЦР-тестом на SARS-CoV-2. Спектральный анализ проводился при помощи метода спектральной туссофонобарографии (СТФБГ), при котором предварительно обученный пациент кашлял в микрофон, расположенный на расстоянии 15-20 см от лица испытуемого (регулировка осуществлялась при помощи кронштейна), после чего полученные записи подвергались цифровой обработке в компьютерной программе Sound Forge 15 (MAGIX Software GmbH, Германия). Каждый кашлевой акт был разделен на 3 фазы, соответствующие кашлевому маневру. Далее записи подвергались быстрому преобразованию Фурье. В результате были получены следующие спектральные характеристики звука: продолжительность, отношение энергии низких и средних частот к энергии высоких частот, частота максимальной энергии звука. Параметры звуков кашля больных COVID-19 и индуцированного кашля здоровых лиц подвергались сравнительному анализу с использованием рангового критерия U-теста Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Было выявлено, что кашель больных COVID-19 отличается меньшей продолжительностью и преобладанием более высоких частот по сравнению с индуцированным кашлем здоровых лиц. В разработанную прогностическую модель на основе уравнения множественной регрессии подставлялись спектральные характеристики звуков кашля. Результат решения уравнения, интегральный показатель Y , округлялся до 0 или 1, где 0 означал низкую вероятность COVID-19, а 1 – высокую. Чувствительность метода составила 98,2%, специфичность – 93,3%.

Выводы. Звук кашля больных COVID-19 имеет статистически значимые отличия от индуцированного кашля здоровых лиц. При помощи разработанной прогностической модели можно определить контингент лиц с высокой вероятностью COVID-19 для проведения более углубленной диагностики новой коронавирусной инфекции.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ОСТЕОАРТРИТА

Филимонова О.Г., Борисова Т.Н., Лесовая Н.А.
Кировский государственный
медицинский университет,
Киров

Цель исследования. Оценить влияние этиологических факторов на развитие остеоартрита (ОА).

Материалы и методы. Основу исследования составило анкетирование пациентов, страдающих ОА, в котором приняли участие 26 респондентов. Анкета состояла из вопросов, которые включали в себя ключевые этиологические факторы развития ОА. В отношении пациентов соблюдались нормы конфиденциальности. Были использованы статистические методы: оценка достоверности различия сравниваемых групп по критерию соответствия (хи-квадрат), коэффициенту Стьюдента. Достоверными считались результаты при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате опроса было выявлено, пациенты, страдающие данным заболеванием, находятся в возрастной категории от 30 до 78 лет. При этом практически каждый участник анкетирования имеет избыточную массу тела (45%) или ожирение (48%) из них ожирение 1 степени имеют – 46%, 2 степени – 46%, 3 степени – 8%, лишь 7% участников имеют нормальный ИМТ. Наличие лишнего веса значительно повышает риск развития ОА в среднем в 4 раза, поскольку увеличенная на суставы нагрузка способствует деградации суставного хряща, развитию остеофитов и как следствие – деформация кости. В среднем у каждого пациента имеется 2 хронических заболевания, которые могут являться этиологическими факторами возникновения ОА: гипотиреоз, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Одним из значимых факторов развития ОА у лиц женского пола – наступление ранней менопаузы: у 21% женщин, прошедших опрос, менопауза наступила в 40-45 лет. Во время менопаузы в организме снижается уровень эстрогенов, что влечет за собой снижение уровня кальцитонина, повышается чувствительность костной ткани к резорбтивному действию гормона паращитовидной железы, происходит активация остеокластов усиливающих костную резорбцию.

У 73% опрошенных ранее происходили травмы в местах, соответствующих локализации имеющегося ОА. Травмы также способствуют повреждению

и разрушению хрящевой и костной ткани, в последующем с формированием костных разрастаний. Пролегивается также связь между развитием ОА и перенесенной инфекцией Covid-19. Имеются данные, что новая коронавирусная инфекция запускает механизм, схожий с процессом развития ревматоидного артрита, что приводит к появлению постковидного суставного синдрома, а в последствии и ОА. Инфекцией Covid-19 переболели 46% опрошенных.

Важным пусковым фактором развития заболевания служит наличие вредных привычек у 39% людей, из них алкогольной зависимостью страдают 40%, курением – 70%. Также связь выявлена между образованием и наличием тяжелого физического труда. Люди, имеющие среднее специальное образование, работают в местах, где требуется прикладывать большие физические усилия, что также будет являться одним из факторов развития ОА, связанного с профессиональной деятельностью, в то время как люди, имеющие высшее образование, работают больше умственно и тяжелым физическим трудом практически не занимаются. В нашем исследовании количество мужчин, болеющих ОА и занимающихся тяжелым трудом было достоверно меньше, чем женщин ($p < 0,05$).

Выводы. Этиологические факторы развития ОА включают избыточную массу тела или ожирение, наличие хронических заболеваний (гипотиреоз, варикозное расширение вен), раннюю менопаузу у женщин, травмы, перенесенная инфекция Covid-19, вредные привычки (алкогольная зависимость, курение), а также связь с профессиональной деятельностью. Таким образом, выявленное влияние этиологических факторов на развитие ОА подтверждает необходимость комплексного подхода к профилактике и лечению данного заболевания, включая коррекцию веса, контроль хронических заболеваний, регулярные медицинские обследования и отказ от вредных привычек.

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОД МАСКОЙ ОСТЕОПОРОЗА

Флейшман А.В.¹, Беляева Е.А.²

¹ТГКБ №2 имени Е.Г. Лазарева,

²Тульский государственный университет,
Тула

Цель исследования. Продемонстрировать на примере клинического случая вариант быстропрогрессирующего течения миеломной болезни с наличием множественных патологических переломов.

Материалы и методы. Анализ клинического случая пациента 3., 61 год, на этапах амбулаторного наблюдения и стационарного лечения, проспективная оценка особенностей течения миеломной болезни и сложностей диагностики.

Результаты и обсуждение. Боли в спине отмечал с молодого возраста, длительно работал физически (на стройке), частые падения на спину. Неоднократно лечение у невролога с диагнозом «остеохондроз поясничного отдела позвоночника». Ухудшение состояния с июля 2024 г., когда при неловком движении появилась резкая простреливающая боль в области правого подреберья и в крестцовом отделе позвоночника. Консультирован травматологом, выполнена МРТ грудного отдела позвоночника, которая выявила клиновидную деформацию L2, L3 позвонков, направлен к ревматологу. В общем анализе крови: лейкоциты 8×10^9 Ед/л, эритроциты $3,96 \times 10^{12}$ Ед/л, тромбоциты 141×10^9 Ед/л, гемоглобин 122 г/л, СОЭ 12 мм/час, кальций общий 2,45 ммоль/л, кальций ионизированный 1,16 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л, С-реактивный белок 5,8 мг/л, РФ (-), общий белок 87,86 г/л, мочевая кислота 273 мкмоль/л, билирубин общий 12,65 мкмоль/л, креатинин 105,93 мкмоль/л, АСТ 17,4 Ед/л, АЛТ 25 Ед/л, щелочная фосфатаза 97 Ед/л, фосфор 1,387 ммоль/л, витамин D-25(OH) 69,8 нмоль/л, в общем анализе мочи: белок 1,0 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения. По данным DXA: в поясничном отделе T-2,31 SD, в шейке бедра T-1,4 SD, что соответствует остеопении. FRAX: риск перелома - 5,9%, перелома шейки бедра - 0,7%. МРТ грудного отдела позвоночника: признаки патологического перелома Th4 позвонка на фоне диффузного остеопороза. Деформация тел Th6, Th7, Th9, Th10, Th12. Остеохондроз. Гиперкифоз. Терапия – алендроновая кислота 70 мг в неделю, соли кальция+витамин D, НПВП. На фоне лечения нестойкое улучшение, затем болевой синдром усилился и не купировался НПВП, миорелаксантами, антиконвульсантами. Учитывая интенсивность боли, назначается тапентадол 100 мг в день, боль по ВАШ снизилась с 9 до 4 баллов, и далее за месяц с 4 до 1-2 баллов. Однако в октябре 2024 года при наклоне туловища вперед, кашеле стал отмечать резкие интенсивные боли в ребрах, несмотря на терапию тапентадолом. Учитывая стойкий болевой синдром, госпитализируется в ревматологическое отделение для уточнения диагноза и подбора терапии.

При поступлении состояние тяжелое ввиду болевого синдрома. При осмотре: усилен грудной кифоз. Пальпация паравертебральных точек минимально болезненна в нижнегрудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника. Функциональная подвижность позвоночника ограничена на фоне боли. Артритов нет. В общем анализе крови: лейкоциты $10,21 \times 10^9$ Ед/л, эритроциты $2,37 \times 10^{12}$ Ед/л, тромбоциты 38×10^9 Ед/л, гемоглобин 80 г/л, СОЭ 40 мм/час, гематокрит 24,7%, лимфоциты абс. $5,06 \times 10^9$ /л, лимфоциты отн. 49,6%. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 6,8 мг/л, общий белок 98,7 г/л, мочевая кислота 715,9 мкмоль/л, креатинин 96,73 мкмоль/л, билирубин общ. 9,34, кальций общ. 1,81, щелочная фосфатаза 63 Ед/л, альбумин 36,9, железо в крови 24,67. В общем анализе мочи: белок 1,0 г/л, лейкоциты 3-4 в поле зрения,

эритроциты 0-1 в поле зрения, ураты +, оксалаты ++. Учитывая стойкий болевой синдром, назначается трамадол, проводится онкопоиск. При дообследовании: кал на скрытую кровь отрицательный, ПСА общий 0,169, антитела к ВИЧ не обнаружены. При исследовании белков крови в сыворотке обнаружен парапротеин, представленный IgA/лямбда, содержание 31,7 г/л, гамма-глобулины 53,3% (норма 6,57-15,55), свободные легкие цепи-каппа не обнаруж., свободные легкие цепи-гамма не обнаруж., IgA/M-градиент обнаружен. Миелограмма: Костный мозг имеет нормальную клеточность. Отмечается увеличение числа плазматических слеток (32,5%) с различной степенью выраженности базофилии цитоплазмы, встречаются двухъядерные клетки. Миелоидный росток сужен. Эритроидный росток сужен. Пациент переводится в гематологическое отделение, где верифицируется диагноз «множественная миелома, протекающая с секрецией IgA/лямбда, множественным остеодеструктивным процессом (патологический перелом Th4, множественные низкоэнергетические переломы осевого скелета (Th7, Th8, L2, L3 позвонков)), анемией средней степени тяжести. Стадия ПА по Durie-Salmon. ISS – I. СКФ: 77 мл/мин/1.73 м².

Выводы. Низкоэнергетические переломы позвонков возникают не только при остеопорозе. В рассмотренном случае не типичными для остеопороза являются упорный болевой синдром высокой интенсивности, наличие протеинурии и гиперпротеинемии. Такие симптомы как анемия, гиперкальциемия, рецидивирующие инфекции, синдром повышенной вязкости крови и др. отсутствовали у пациента при первичном обращении, что не позволило сразу же заподозрить множественную миелому. Экспоненциальный рост миелоидных клеток может обуславливать быстропрогрессирующее течение заболевания.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Фролова К.В., Симион А.Ю., Овсянников Е.С.,
Симион К.А.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель. Изучить особенности течения гипертензивной болезни у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 108 пациентов, давших свое информированное согласие на сотрудничество с исследовательской группой и участие в исследовании. В анкетировании приняли участие пациенты обоих полов в возрасте от 50

до 80 лет: число мужчин составило 70 человек (64,8%), женщин – 38 человек (35,2%). Средний возраст пациентов составил 64,5±7,5 лет. Статистически значимых различий по полу и возрасту между пациентами контрольной и основной группы не выявлено ($\chi^2=1,9$, $p=0,2$; $p=0,078$, соответственно).

Проведена оценка результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, а также все пациенты, входящие в исследование, прошли анкетирование с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) с последующей интерпретацией результатов.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS состоит из 14 вопросов, которые сгруппированы в две шкалы соответствующие симптомам тревоги или депрессии. На каждый вопрос предложены 4 варианта ответов: «все время», «часто», «иногда», «совсем не испытываю». Каждый вариант оценивается разным количеством баллов (от 3 до 0). По каждой шкалы подсчитывается средний арифметический. Симптомы тревоги определялись вопросами 1-7, симптомы депрессии вопросами 8-14. Полученные в итоге результаты характеризуют преобладание того или иного симптома, а их выраженность коррелирует с суммой набранных баллов.

Полученные данные обрабатывались с помощью пакета статистических программ STATGRAPHICS. Для сравнения связанных выборок применялся критерий Стьюдента. Взаимосвязи между признаками оценивали с помощью критерия Спирмена. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе данных полученных в ходе проведенного исследования пациенты были разделены на три группы: первая группа – пациенты с БА, но без симптомов тревоги и депрессии (17 пациентов (11 мужчин и 6 женщин) или 15,7%), вторая группа – пациенты с БА с преобладанием симптомов тревоги (72 пациента (33 мужчины и 39 женщин) или 66,7%), третья группа – пациенты с БА с преобладанием симптомов депрессии (19 пациент (9 мужчин и 10 женщин) или 17,6%).

По результатам исследования выявлено, что у пациентов второй группы в отличие от первой и третьей группы наблюдались следующие отклонения в клиническом и биохимическом анализах крови: чаще встречался лейкоцитоз (12,3±2,1 против 8,8±1,2 и 9,2±1,9 $\times 10^9$ /л соответственно; $p=0,003$), повышение уровней аланинаминотрансферазы (АЛТ) (53,3±12,1 против 32,8±3,2 и 34,2±1,7 Ед соответственно; $p=0,04$) и аспаратаминотрансфераза (АЛТ) (42,2±3,4 против 22,8±4,8 и 25,3±3,9 Ед соответственно; $p=0,03$).

Осложнения (пневмония, эмфизема легких, острая дыхательная недостаточность, ателектаз легкого, инфаркт миокарда, резкая гипотония при астматическом приступе) наблюдались во всех группах, однако стоит отметить, что в первой группе за 6 месяцев наблюдения процент развития превысил 23,2%, а во второй и третьей группах осложнения развились в 53,4% и 47,8% пациентов ($p=0,001$).

Во второй группе в отличие от третьей и первой групп также были выше степень выраженности одышки по шкале mMRC ($p=0,04$), индекс массы тела (ИМТ) ($29,3 \pm 2,6$ против $23,5 \pm 2,8$ и $25,1 \pm 4,6$ соответственно; $p=0,02$).

При корреляционном анализе полученных данных была выявлена прямая взаимосвязь между средним баллом уровня тревоги Шкалы HADS и уровнем ИМТ ($r=0,521$; $p=0,02$), а также прямая взаимосвязь между средним баллом уровня депрессии Шкалы HADS и ЧСС ($r=0,322$; $p=0,03$).

Выводы. 1. В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентов с бронхиальной астмой, достоверно часто встречались тревожно-депрессивные расстройства (84,3% в представленной выборке, при этом 66,7% – пациенты с тревожными расстройствами). 2. Тревожно-депрессивные расстройства способствуют более тяжелому течению бронхиальной астмы, что подтверждается отклонениями в клиническом и биохимическом анализах крови, частой встречаемости осложнений, степенью выраженности одышки по шкале mMRC, уровнем индекса массы тела в данных группах пациентов. 3. В ходе исследования выявлена прямая взаимосвязь между средним баллом уровня тревоги Шкалы HADS и уровнем ИМТ ($r=0,521$; $p=0,02$), а также прямая взаимосвязь между средним баллом уровня депрессии Шкалы HADS и ЧСС ($r=0,322$; $p=0,03$).

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СКАНИРОВАНИЯ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ ОЦЕНКЕ СТАНДАРТНЫХ ЗОН РЕНТГЕНОВСКОЙ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ

Фролова Ю.С.¹, Полякова Ю.В.²,
Катасонова В.А.¹, Драгунова Д.С.¹

¹Волгоградский государственный
медицинский университет,

²НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,
Волгоград

Общепризнано, что одновременное исследование стандартных зон осевого скелета – позвоночника и проксимального отдела бедра дает наиболее полное представление о состоянии как кортикальной, так и трабекулярной кости. Как правило, исследование данных позиций достаточно для постановки диагноза остеопороза. Исследование минеральной плотности костной ткани (МПК) предплечья по утвержденным на сегодняшний день рекомендациям проводится при недоступности других участков скелета, при весе пациента свыше ограничений аппарата и для получения

данных о кортикальной кости (при гиперпаратиреозе). Учитывая накапливающиеся с возрастом дегенеративные изменения в поясничном отделе позвоночника, прогрессирующую кальцинацию брюшного отдела аорты, результаты сканирования могут искажаться в сторону завышения показателей МПК. Так же известно, что у пациентов с остеопорозом (ОП) распространенность деформаций позвоночника выше, чем у людей без ОП. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена, дефицит витамина Д по литературным данным могут способствовать кальцификации сосудов.

Цель исследования. Оценить целесообразность использования дополнительной зоны сканирования вне принятых рекомендаций, выявить целевую группу пациентов для дополнительного исследования.

Материалы и методы. Данная работа выполнялась на рентгеновском денситометре Stratos dR в 2024 гг. на базе ВОКОД с использованием Евразийской нормативной кривой от 2003/2004. Полученные результаты обработаны с использованием программного обеспечения STATISTICA 10.0 (StatSoft, США). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Проанализировано 258 протоколов МПК пациенток в менопаузе (средний возраст $66 \pm 0,567$ ($M \pm \sigma$)) имеющих скан предплечья. Результаты протоколов мужчин и молодых женщин в исследование не включали из-за их ограниченного количества (26 человек).

Сканирование позвоночника не было выполнено 20 (3,5%) пациенткам из-за наличия металлоконструкций более чем в 2-х позвонках оцениваемого диапазона, сканирование бедренной кости – 15 (5,81%) из-за наличия штифтов или эндопротезов в обеих бедренных костях.

Нормальная МПК по 1/3 лучевой кости (TR1/3) выявлена у 61 (23,6%) пациентки. Нормальная МПК по суммарному значению Т-критерия L1-L4 выявлена у 166 (69,8%) пациенток из 238, после коррекции по L1, L2, L3, L4 – у 156 (65,6%); по шейке бедренной кости – у 81 (3,33%) пациенток из 243, по общему показателю бедра – у 133 (54,7%) из 243. У всех пациенток с нормальными значениями по позвоночнику было выполнено сканирование бедренной кости и предплечья.

У 104 (66,7%) пациенток с нормальными значениями по TL1-L4 было выявлено снижение МПК по шейке бедренной кости в диапазоне от -1,0 до -2,4 СО и у 11 (7,05%) в диапазоне -2,5 СО и менее. У 9 (5,8%) пациенток МПК по общему показателю бедренной кости была в зоне незначительной остеопении при нормальных значениях по шейке бедренной кости.

Низкая костная масса (НКМ) по 1/3 лучевой кости выявлена у 82 (31,8%) пациенток, из них у 48 (58,5%) по позвоночнику МПК была в пределах значений нормы и у 13 (15,9%) – норма по проксимальному отделу бедренной кости.

НКМ по суммарному значению TL1-L4 выявлена у 51 (21,4%) пациентки. После коррекции по выборочным данным были исключены пациентки со сниже-

нием показателей в диапазоне -2,5 СО и ниже минимум по 2-м позвонкам, по скорректированным данным НКМ выявлена 45 (18,9%) пациенток.

НКМ по шейке бедренной кости выявлена у 136 (56%) пациенток, по общему показателю бедра – у 97 (40%).

ОП по 1/3 лучевой кости выявлен у 115 (44,6%) пациенток, из них у 56 (48,7%) – определялись нормальные значения по позвоночнику и у 6 (5,2%) – по проксимальному отделу бедренной кости. ОП по суммарному значению TL1-L4 выявлен у 21 (8,8%) пациентки, после коррекции по выборочным данным – у 37 (15,5%); по шейке бедренной кости ОП выявлен у 25 (10,3%) пациенток, по общему показателю бедра – у 12 (4,9%).

Показатели МПК бедренной и 1/3 лучевой кости у пациенток с нормальными значениями МПК по поясничному отделу позвоночника: ОП предплечье, N 56 (48,7%), возраст - 70 [63;76]; МПК, СО, Ме [Q25; Q75]: TL1-L4 (0,2 [-0,3;+0,7]); TNeck (-1,5 [-1,9;-1,2]); TTotal (-1,1 [-1,6;-0,6]); TRadius 1/3 (-3,7 [-4,5;-3,0]) НКМ предплечье, N 48 (58,5%), возраст - 65,5 [57;70]; МПК, СО, Ме [Q25; Q75]: TL1-L4 (0,5 [-0,4;+1,3]); TNeck (-1,3 [-1,7;-0,5]); TTotal (-0,6 [-1,3;0]); TRadius 1/3 (-1,6 [-1,9;-1,4]). Достоверность (p): возраст - 0,003; МПК: TL1-L4 - 0,26; TNeck 0,022; TTotal - 0,019; TRadius 1/3 - 0,0000.

Выводы. По результатам исследования видно, что очень низкая МПК по 1/3 лучевой кости при нормальных значениях по поясничному отделу позвоночника и нормальных или сниженных показателях в пределах остеопении по бедренной кости выявлялась преимущественно у пациенток старше 70 лет. Увеличение количества рентгеновских денситометров на число жителей области приводит к повышению доступности данного вида исследования. При этом необходимо помнить, что особенности интерпретации результатов рентгеновской денситометрии требуют от оператора денситометра клинического мышления для определения объема исследования, особенно при самообращении или направлении пациента исключительно для получения протокола денситометрии из-за включения его в стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации. При правильном выборе зон исследования и последующей клинической интерпретации результатов увеличивается выявляемость пациентов с ОП и высоким риском переломов. Дополнительное исследование предплечья у женщин старшей возрастной группы повышает выявляемость ОП при нормальной и сниженной МПК определяемым по стандартным зонам.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНЫХ КОМПОНЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА

Хабарова А.В.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Введение. Все больше появляется подтверждений о корреляционных изменениях микроэкологии кишечника у пациентов с хроническими заболеваниями печени вирусного генеза. Доказано, что синдром избыточного бактериального роста (СИБР) играет определенную роль в патогенезе хронического вирусного гепатита В (ХВГВ), что усугубляет состояние оксидантно-антиоксидантного гомеостаза (ОАГ) с активацией оксидативного стресса (ОС) на фоне дефицита природных антиоксидантов и агентов детоксикации.

Цель исследования. Изучение степени активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и компонентов антиоксидантной защиты (АОЗ) у больных ХВГВ, сочетанным с СИБР.

Материалы и методы. Было обследовано 46 больных ХВГВ, сочетанным с СИБР. Все обследованные длительно получали противовирусную терапию (ПВТ) ХВГВ-аналоги нуклеотитов/нуклеозидов (энтекавир 0,5 мг/сут), контролируя уровень трансаминаз, уровень вирусной нагрузки, степень фиброза по шкале Metavir. Перед началом ПВТ и спустя 3 месяца проводили прицельное изучение компонентов оксидантно-антиоксидантного гомеостаза: промежуточных – диеновых конъюгатов (ДК) и конечного – малонового диальдегида (МДА), а также активность ферментов антиоксидантной системы – супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ)

Результаты и обсуждение. Перед началом ПВТ у обследованных больных с ХВГВ, сочетанным с СИБР, было установлено четко выраженное повышение ферментов перекисного окисления липидов, и в то же время угнетение активности компонентов системы антиоксидантного гомеостаза. Действительно, концентрация конечного продукта липопероксидации – МДА в этот период обследования превышала нормальные значения в 2,5 раза. Концентрация ДК была также достоверно повышена у подавляющего большинства обследованных больных в 2,6 раза. Повышение активности фермента КТ было в среднем ниже нормы в 1,5 раза. Активность СОД у большинства обследованных до начала лечения была достоверно снижена – в среднем в 1,4 раза. После завершения общепринятого лечения у пациентов с ХВГВ, сочетанным с дисбиозом кишеч-



ника, отмечено определенное снижение концентрации метаболитов ПОЛ, но при этом содержание как МДА, так и ДК в крови оставались вероятно выше нормы, также отмечена некоторая положительная динамика активности ферментов системы АОЗ – КТ и СОД, однако при этом средние показатели их активности были достоверно ниже нормы.

Выводы. Следовательно, проведение общепринятой терапии у больных ХВГВ, сочетанным с СИБР, имеет определенное положительное влияние на изученные биохимические показатели, но не обеспечивает полной нормализации более чем у 80% пациентов. Поэтому считаем перспективным изучение эффективности применения в комплексе терапевтических мероприятий у больных ХВГВ, сочетанным с СИБР дополнительно лекарственных средств, которые обладают антиоксидантными свойствами, в частности – пробиотических препаратов, что в патогенетическом плане может способствовать восстановлению метаболического гомеостаза, и прежде всего, оксидантно-антиоксидантного гомеостаза.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЭПШТЕЙН- БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Хабарова А.В., Соцкая Я.А.
Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Введение. Доказано, что структурно-функциональные нарушения паренхимы, которые наблюдаются при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), зачастую сопровождаются иммунологическими изменениями, а именно – Т-лимфопенией и дисбалансом субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, в особенности при латентной персистирующей инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр, который имеет крайне высокую тропность к иммунокомпетентным клеткам.

Цель. Изучить динамику показателей клеточного звена иммунитета при использовании препарата на основе эхинацеи пурпурной и индуктора эндогенного интерферона циклоферона у больных с НАЖБП на фоне хронической персистирующей ВЭБ-инфекции.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 68 пациентов с диагнозом НАЖБП на фоне хронической персистирующей ВЭБ-инфекции, разделенных на две группы. Первая группа (33 пациента)

получала комбинацию средств, состоящих из эхинацеи пурпурной и индуктора эндогенного интерферона, вторая (35 человек) – общепринятую реабилитационную терапию. До и после завершения реабилитационных мероприятий анализировали содержание в периферической крови популяций Т-(CD3+) и В-лимфоцитов (CD22+), субпопуляций Т-хелперов/индукторов (CD4+) и Т-супрессоров/киллеров (CD8+), а также иммунорегуляторный индекс CD4/CD8, отражающий соотношение лимфоцитов с хелперной и супрессорной активностью.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате у пациентов обеих групп были обнаружены незначительные нарушения, которые характеризовались наличием Т-лимфопении, снижением количества CD4+-лимфоцитов при незначительном уменьшении уровня CD8+клеток, и уменьшением вследствие этого иммунорегуляторного индекса CD4/CD8. Количество В-лимфоцитов у большинства обследованных лиц было в пределах физиологической нормы или имелись незначительные отклонения в сторону уменьшения.

При повторном проведении иммунологического обследования после завершения терапии была установлена более выраженная положительная динамика у больных первой группы в виде полной нормализации всех показателей, нежели у пациентов второй группы, получавших общепринятые препараты, показатели которых не достигали даже верхних границ нормы.

РАННИЙ ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ БОЛИ

Хальметова А.Р., Лиля А.М., Таскина Е.А.,
Алексеева Л.И., Савушкина Н.М.,
Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,
Алексеева О.Г., Глухова С.И.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Изучить основные факторы риска, ассоциирующиеся с болью при остеоартрите (ОА) коленных суставов на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы. В исследование включено 109 женщин (35-70 лет) с болью в коленных суставах длительностью ≤ 1 года и минимальными рентгенологическими изменениями (Kellgren-Lawrence 0-II без существенного сужения суставной щели). На каждого пациента заполнялась индивидуальная карта с данными антропометрии, анамнеза, клинического осмотра и шкал/индексов (ВАШ, WOMAC, KOOS, ОСЗП). Проводились рентгенография, УЗИ и лабораторные исследования.

Результаты. У 15% пациентов отмечалась боль по ВАШ ≥ 40 мм. Эти пациенты были старше (52,5 [42; 62,5] против 44 [38; 52] лет, $p=0,02$), имели больший ИМТ (28 [25; 31,6] против 24 [21; 28] кг/

м², $p=0,04$), хуже показатели суммарного WOMAC (1245 [872; 1510] против 248 [90; 410] мм, $p<0,001$), KOOS (44 [37; 67] против 79 [63; 88]%, $p<0,001$) и оценки общего состояния здоровья (60 [47; 80] против 29,5 [10; 50] мм, $p<0,001$). У этих пациентов чаще выявлялся клинически значимый синовит при осмотре (50% против 13,9%, $p<0,001$) и в анамнезе (75% против 31,1%, $p=0,008$), остеофиты при УЗИ (50% против 10,75%, $p<0,001$). При наличии боли значимо чаще регистрировался метаболический синдром (МС) (56,25% против 25,8%, $p=0,03$).

С помощью дискриминантного анализа была создана прогностическая модель, из которой следует, что значимыми факторами риска развития боли при раннем ОА коленных суставов являются: функциональные нарушения (ФН) по индексу WOMAC, синовит (выявляемый клинически), наличие остеофитов при УЗИ и МС. В соответствии с полученной формулой можно с высокой точностью (90,8%) прогнозировать развитие боли при раннем ОА, следующим образом: $(0,012 * \text{ФН по WOMAC}) + (3,03 * \text{МС}) + (3,38 * \text{остеофиты по данным УЗИ}) + (2,14 * \text{синовит}) \geq 14,1$, где ФН по WOMAC - в мм; МС: 0 – нет, 1 – есть; остеофиты по данным УЗИ: 1 – нет, 2 – есть; синовит при осмотре: 1 – нет, 2 – есть. Высокая прогностическая способность модели была подтверждена ROC-анализом, так площадь под кривой составила 0,898 (95% ДИ 0,794–1,002).

Выводы. Боль на ранних стадиях ОА взаимосвязана с функциональными нарушениями по индексу WOMAC, синовитом, определяемым клинически, наличием остеофитов по данным УЗИ и МС.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА РАННЕЙ СТАДИИ

Хальметова А.Р., Таскина Е.А., Алексеева Л.И.,
Савушкина Н.М., Кашеварова Н.Г.,
Стребкова Е.А., Кудинский Д.М., Лиля А.М.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить влияние метаболического синдрома (МС) на клинические проявления остеоартрита (ОА) коленных суставов на ранней стадии.

Материалы и методы. В исследование включено 93 женщин (35–64 лет) с болью в коленных суставах длительностью заболевания ≤ 1 года и минимальными рентгенологическими изменениями (Kellgren-Lawrence 0–II без сужения суставной щели). На каждого пациента заполнялась индивидуальная карта с данными антропометрии, анамнеза, клинического осмотра и шкал/индексов (ВАШ, WOMAC, KOOS, ОСЗП).

Результаты. Метаболический синдром был диагностирован у 18% пациентов ($n=17$). В зависимости от наличия или отсутствия МС пациенты были распределены на две группы, которые были сопоставимы по возрасту. У лиц с МС значимо чаще встречались артериальная гипертензия (53% и 5%, $p<0,001$), ожирение (53% и 4%, $p<0,001$), гипертриглицеридемия (29% и 3%, $p=0,002$), снижение уровня ЛПВП (29,4% и 4%, $p=0,004$), повышение уровня ЛПНП (88% и 57%, $p=0,01$) и гипергликемия (29% и 0%, $p<0,001$).

При МС отмечались более высокие показатели боли по ВАШ (соответственно, 45 [15;60] и 20 [10;40] мм, $p=0,01$), суммарного WOMAC (640 [140;790] и 244 [84;395] мм, $p=0,04$) и ОСЗП (40 [35;55] и 21 [10;50] мм, $p=0,01$), хуже данные по шкале KOOS боль (78 [56;86] и 83 [75;92] баллов, $p=0,04$) и функциональная активность (78 [68;90] и 90 [76;96] баллов, $p=0,04$). В корреляционном анализе по Спирмену установлены ассоциации между наличием МС и болью в коленных суставах по ВАШ ($r=0,3$, $p=0,01$), суммарным WOMAC ($r=0,2$, $p=0,04$) и ОСЗП ($r=0,3$, $p=0,01$), а также отрицательная корреляция с показателями боли ($r=-0,2$, $p=0,04$) и функциональной активности ($r=-0,2$, $p=0,04$) по KOOS.

Вывод. Наличие МС связано с более тяжелым клиническим проявлениями ОА коленных суставов на ранней стадии. Коррекция метаболических нарушений возможно будет способствовать снижению интенсивности боли и улучшению состояния пациентов с ОА на ранней стадии.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГАСТРОПАТИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФфуЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Хамраев А.А., Алиева К.К., Амиркулова Ф.Д.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. В течение последних лет активно обсуждается вопрос о поражении желудочно-кишечного тракта при хронических диффузных заболеваниях печени (ХДЗП). Вовлечение гастродуоденальной зоны определяется тесной анатомо-физиологической взаимосвязью и функциональным взаимодействием между желудком, двенадцатиперстной кишкой и печенью.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости и клинико-диагностические критерии гастропатий при хронических диффузных заболеваниях печени (ХДЗП).

Материалы и методы. В работе использовали материалы, полученные при обследовании 82 пациентов находившихся на стационарном лечении в гепатобилиарном отделении Многопрофильной клиники

ТМА с ХДЗП, из них 29 (35,4%) – с хроническим неалкогольным стеатогепатитом (ХНС), 3 (3,7%) – с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГ), 12 – (14,6%) с циррозом печени (ЦП) класса А по Чайльд-Пью, 21 (25,6%) – с циррозом печени класса В, 17 (20,7%) – с циррозом печени класса С. Средний возраст пациентов составил $(52,00 \pm 0,04)$ года, мужчин было 62 (75,6%), женщин – 20 (24,4%). В группу контроля вошли 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Применены клинические, биохимические, эндоскопические, морфологические методы исследования.

Результаты исследования. При расспросе жалобы, свидетельствующие о желудочной диспепсии, предъявляли 46 (56,1%) пациентов с ХДЗП: боль или дискомфорт в эпигастрии отмечалось у 9 (11%) пациентов, изжога у 9 (11%), отрыжка воздухом у 8 (9,7%), тошнота у 10 (12,2%), горечь во рту у 4 (4,9%), снижение аппетита у 6 (7,3%); жалобы отсутствовали у 36 (43,9%) пациентов.

В ходе эндоскопического исследования картина эрозивного гастрита выявлена у 6 пациентов (7,3%), очагового атрофического гастрита – у 14 (17,1%), поверхностного гастрита – у 13 (15,9%), смешанного гастрита – у 22 (26,8%), рефлюкс-гастрита – у 6 (7,3%), язвы желудка – у 10 (12,2%), дуоденита – у 8 (9,8%). Варикозное расширение вен пищевода I степени обнаружено у 28 пациентов (34,2%), II – у 22 (26,8%).

Установлено, что жалобы диспепсического характера при наличии эндоскопической картины поражения слизистой желудка предъявляли лишь 39 пациентов (47,6%). Неизменная внешне слизистая желудка при ЭГДС обнаруживалась только у 3 пациентов (3,6%). Полученные эндоскопические данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости гастропатий при ХДЗП.

Выводы. При хронических диффузных заболеваниях печени изменения слизистой гастродуоденальной зоны выявилось в 93,6% случаев, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости гастропатий. Диссоциация между клиническими симптомами и данными ЭФГДС требует дальнейшего обследования пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени и лечение с учетом изменения слизистой оболочки желудка.

ФАКТОРЫ РИСКА НПВС-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ

Хамраев А.А., Алиева К.К., Амиркулова Ф.Д.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) традиционно широко применяются в практике лечения заболеваний суставов. В

нашей республике постоянными потребителями этой группы препаратов являются больные остеоартритом (ОА) и ревматоидным артритом (РА). Оценка вероятности гастропатии осуществляется в настоящее время с учетом факторов риска (язвенный анамнез, пожилой возраст, сопутствующий прием другого НПВС, ангиагреганта или антикоагулянта), однако состояние слизистой оболочки желудка (СОЖ) ранее не изучалось и не оценивалось как фактор риска НПВС-гастропатии.

Цель. Изучить факторы риска НПВС-гастропатии при приеме у больных РА и ОА.

Материалы и методы. Было обследовано 203 больных, которые постоянно принимали НПВС. Из них 78 пациентов были с НПВС-гастропатией и 125 – без признаков НПВС-гастропатии. Длительность приема НПВС составляла от 1 месяца до 6,5 лет. Всем больным проводили фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) по стандартной методике с осмотром пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. ФЭГДС обеспечивала визуальную верификацию НПВС-гастропатии. Для морфологического исследования во время ФЭГДС получали 2 биоптата из середины антрального отдела желудка и 2 – из середины тела желудка. Окраска препаратов осуществлялась гематоксилин-эозином, по Гимзе, ШИК-реакцией и альциановым синим (рН=1,0 и рН=2,5). Оценка и описание гистологических препаратов проводилось в соответствии с Хьюстонской модификацией Сиднейской системы в баллах.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования были получены данные о наличии морфологических отличий между группой пациентов с НПВС-гастропатией и без гастропатии. При НПВС-гастропатии показатели активности и хронического воспаления СОЖ были статистически значимо выше в антральном отделе желудка, в то время как в теле желудка больных без НПВС-гастропатии преобладали явления атрофии СОЖ. Полученные результаты по ассоциации атрофии слизистой оболочки тела желудка с отсутствием НПВС-гастропатии представляются логичными. Можно полагать, что развитие атрофических изменений в слизистой оболочке тела желудка, имеющих место у больных с отсутствием НПВС-гастропатии и следующее за этим снижение кислотопroduкции уменьшает вероятность ulcerогенеза. Следовательно, увеличение степени активности воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка повышает риск развития гастропатии, в то время как увеличение атрофических изменений слизистой оболочки в теле желудка уменьшает риск развития НПВС-гастропатии.

Выводы. 1. У пациентов с ревматоидным артритом и остеоартритом, имеющих НПВС-гастропатию, были выявлены следующие морфологические факторы риска ее возникновения: высокая активность антрального хронического гастрита и выраженное хроническое воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка. 2. У обследованных без НПВС-гастропатии, в отличие от группы пациентов, которые ее имели, была в большей степени выражена атрофия слизистой оболочки тела желудка.

СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Хамраев А.А., Ахмедова Н.А., Темирова М.Б.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить и оценить факторы риска фиброза печени у больных неалкогольной жировой болезнью печени, сочетающейся с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением, для оптимизации диагностики с помощью оценочно-прогностического алгоритма.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе работы отобрано 80 человек, имеющих НАЖБП, СД 2-го типа и ожирение, в возрасте от 20 до 82 лет, соответствующие критериям включения и невключения, все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная): пациенты с тяжелым фиброзом печени (F3-4 по шкале METAVIR); 2-я группа (группа сравнения): пациенты с 0-2 стадией фиброза печени (F0-2 по шкале METAVIR). С целью выявления факторов риска наличия тяжелого фиброза печени у больных НАЖБП, сочетающейся с СД 2-го типа и ожирением, проводился сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей пациентов в зависимости от стадии фиброза печени. На втором этапе работы проведена оценка стадии фиброза печени у данных пациентов в динамике с интервалом 2 года (1,5 – 3 года) методом эластометрии, по результатам которой пациенты были разделены на 2 группы. Группа А: пациенты с регрессированием фиброза печени; Группа Б: пациенты без прогрессирования фиброза (регресс, стабилизация). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения MS EXCEL и IBM SPSS 23. Выявление факторов риска наличия тяжелого фиброза печени (F3-4) у больных НАЖБП, сочетающейся с СД 2-го типа и ожирением F0-2 F3-4 Выявление прогностических факторов прогрессирования фиброза печени у больных НАЖБП, сочетающейся с СД 2-го типа и ожирением Прогрессирование (группа А) (группа Р) Регресс/стабилизация (группа Б) Разработка оценочно-прогностического алгоритма обследования пациентов с НАЖБП, сочетающейся с СД 2-го типа и ожирением 12 стандартом работы с данными сравнение числа пациентов в двух группах проводилось с использованием теста Фишера.

Результаты. Фиброз отсутствовал у 32,5% исследуемых, F1 определялся у 21,2%, F2 – у 14,4% F3 – у 10%, F4 – у 21,9% пациентов по данным эластометрии. Таким образом, частота тяжелого фиброза печени

(F3-4) у пациентов с НАЖБП в сочетании с СД 2-го типа и ожирением составила 31,9% по данным эластометрии. Частота прогрессирования фиброза печени у пациентов с НАЖБП, СД 2-го типа и ожирением за 2-летний период составляет 15,6%; Предиктором прогрессирования фиброза печени у данной категории больных является наличие ожирения с ИМТ ≥ 33.2 .

Выводы. На основании полученных данных разработана математическая модель для оценки вероятности тяжелого фиброза печени, определен критерий вероятного прогрессирования ФП (ИМТ ≥ 33.2). Предложен оценочно-прогностический алгоритм обследования пациентов с НАЖБП, сочетающейся с СД 2-го типа и ожирением. Пациенты с высокой вероятностью ТФ ($p \geq 0.252$) формируют группу риска для дальнейшего углубленного обследования и активной терапии.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО СТАТУСА ИНДЕКСА КРЕБСА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ COVID-19 НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Хасанова Ш.А.
Ташкентский педиатрический медицинский
институт,
Ташкент, Узбекистан

Введение. COVID-19 – острая и высокоинфекционная инфекция дыхательных путей, связанная с высокой заболеваемостью и смертностью во всем мире. Воспаление играет важную роль в развитии и прогрессировании COVID-19. Известно, что у людей, инфицированных COVID-19, иммунная система нарушена и может вызывать аномальный иммунный ответ. Биомаркеры кровообращения, отражающие воспаление, можно использовать для оценки тяжести заболевания и возможного предиктора прогрессирования заболевания. Повышенное количество лейкоцитов (более 11 000 на единицу микролитра крови) может изменить показатели выписки из больницы и смертности пациентов с COVID-19. Таким образом, вариации лейкоцитов могут способствовать увеличению клинической тяжести и быть прямым индикатором плохого прогноза инфекций SARS-CoV-2.

Цель исследования. Изучение диагностической роли индекса Кребса в прогнозировании тяжести заболевания и неблагоприятных осложнений у пациентов с COVID-19.

Материал и методы исследования. В научные исследования были включены 120 больных. В группы вошли пациенты с подтвержденным диагнозом

COVID-19, обследование и стационарное лечение всех больных проводилось в специализированной больнице Зангиоте №1 в Ташкентской области. Средний возраст пациентов составил $56,8 \pm 6,40$ лет (30 до 70 лет). В исследование включены 67 (55,8%) мужчин и 53 (44,2%) женщины. Средний возраст мужчин составил $56,4 \pm 6,60$ лет, женщин $58,0 \pm 5,52$ лет. Контрольная группа была сформирована из 22 человек без клинических признаков COVID-19. Средний возраст контрольной группы составил $48,9 \pm 7,08$ лет. Количество мужчин 15 (68,2%), количество женщин было 7 (31,8%). Нами были сформированы три выборки в зависимости от формы тяжести COVID-19.

Результаты. При поступлении в стационар наблюдались статистически значимые различия показателей в уровне гемоглобина и нейтрофила ($p < 0,001$). Выяснилось, что у пациентов с тяжелым течением COVID-19 уровень гемоглобина ниже, чем у пациентов с легким течением заболевания. Напротив, нейтрофилов было в 1,3 раза больше у больных с тяжелым течением COVID-19.

Показатели эритроцитов практически всех пациентов были в норме. Тромбоцитопения наблюдалась у 8,8% ($n=4$) пациентов с тяжелым течением COVID-19 у 9% ($n=2$) пациентов со средней степени тяжести COVID-19 обнаружен тромбоцитоз. У 17,1% ($n=6$) пациентов с тяжелым течением COVID-19 наблюдалась лейкопения, у 13,6% ($n=3$) пациентов с легким течением COVID-19 наблюдалась лейкоцитоз. Таким образом, дифференцировка периферических лейкоцитов может указывать на иммунологические нарушения на ранней стадии заболевания.

Отрицательные изменения симптомов и показателей жизненно важных органов наблюдались у 2 (0,9%) больных в группе с легким течением Covid-19, и они перешли из легкой формы заболевания в среднюю степень тяжести. Средний показатель индекса Кребса у этих больных составил 2,8. В группе со среднетяжелым течением Covid-19 у 7 пациентов (11,1%) был отмечен рост объема поражения легких, у 3 больных (0,4%) отмечался острый коронарный синдром ($ИК=3,1$). В группе с тяжелым течением Covid-19 отмечался 3 (0,8%) летальных исходов. у этих больных было более 2 сопутствующих заболеваний и индекс Кребса был выше 5.

Вывод. Благодаря простоте и стоимости расчета индекса Кребса он также пригоден для использования в первичной звене с целью ранней диагностики возможных осложнений у пациентов с COVID-19.



ТЕРАПИЯ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЗИЦИИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Хлямов С.В., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет,
Курск

Цель исследования. Сравнить влияние лерканидипина и фозиноприла на вариабельность артериального давления (ВАД) после лечения бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы 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 – $53,68 \pm 12,24$ года), группа лерканидипина ($n=40$, средний возраст – $56,24 \pm 14,51$ лет). Бевацизумаб вводился в дозе 7,5 мг/кг внутривенно. АД измерялось после 4 недель приема бевацизумаба. Фозиноприл и лерканидипин назначались в дозе 4 и 5 мг в день соответственно. В группах были измерены показатели систолического и диастолического АД (САД и ДАД): среднее САД за 24 часа (24-часовое САД), среднее ДАД за 24 часа (24-часовое ДАД), стандартное отклонение САД за 24 часа (СО 24-часового САД), СО ДАД за 24 часа (СО 24-часового ДАД), среднее значение САД в дневное время (САДдень), среднее значение ДАД в дневное время (ДАДдень), среднее значение СО САД в дневное время (СО САДдень), среднее значение СО ДАД в дневное время (СО ДАДдень), среднее значение САД ночью (САДночь), среднее значение ДАД ночью (ДАДночь), среднее значение СО САД в ночное время (СО САДночь), среднее значение СО ДАД в ночное время (СО ДАДночь). СО и коэффициент вариации (C_v) были взяты в качестве показателей ВАД. Были рассчитаны коэффициенты вариации 24-часового среднего значения САД (C_v 24-часового САД), 24-часового среднего значения ДАД (C_v 24-часового ДАД), среднего значения САД в дневное время (C_v САДдень), среднего значения ДАД в дневное время (C_v ДАДдень), среднего значения САД ночью (C_v САДночь) и среднего значения ДАД ночью (C_v ДАДночь). Данные проанализированы STATISTICA 12.6 с помощью парного t-критерия Стьюдента. Статистическая значимость интерпретировалась как $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При сравнении параметров САД до лечения не было выявлено различий в 24-часовом САД, СО 24-часового САД, C_v 24-часового САД, САДдень, СО САДночь, C_v САДдень, САДночь, СО САДночь и C_v САДночь в группе фозиноприла и в группе лерканидипина ($p > 0,05$). В группе лерканидипи-

на 24-часовое САД ($156,82 \pm 6,74$ и $131,53 \pm 3,26$ мм рт. ст.), СО 24-часового САД ($12,46 \pm 2,14$ и $11,08 \pm 2,39$ мм рт. ст.), Св 24-часового САД ($0,08 \pm 0,02$ и $0,07 \pm 0,03$), САДдень ($157,32 \pm 9,64$ и $133,52 \pm 4,93$ мм рт. ст.), СО САДдень ($14,29 \pm 2,66$ и $11,08 \pm 2,52$ мм рт. ст.), Св САДдень ($0,09 \pm 0,03$ и $0,07 \pm 0,02$), САДночь ($155,86 \pm 8,58$ и $129,53 \pm 4,96$ мм рт. ст.) и СО САДночь ($11,97 \pm 3,64$ и $11,36 \pm 3,46$ мм рт. ст.) после лечения были ниже, чем до лечения ($p < 0,05$); Св САДночь не показал различий до и после лечения ($p > 0,05$). В группе фозиноприла показатели: 24-часовое САД ($154,68 \pm 4,61$ и $143,35 \pm 6,42$ мм рт. ст.), САДдень ($155,73 \pm 5,65$ и $145,74 \pm 7,82$ мм рт. ст.) и САДночь ($154,12 \pm 5,49$ и $141,72 \pm 7,14$ мм рт. ст.) после лечения были ниже, чем до лечения ($p < 0,05$), а показатели СО 24-часового САД, Св 24-часового САД, СО САДдень, Св САДдень, СО САДночь и Св САДночь не имели статистических различий до и после лечения ($p > 0,05$). После лечения показатели: 24-часовое САД, СО 24-часового САД, САДдень, СО САДдень и САДночь были ниже в группе лерканидипина, чем в группе фозиноприла ($p < 0,05$). Статистической значимости не наблюдалось при Св 24-часового САД, Св САДдень, СО САДночь и Св САДночь между двумя группами ($p > 0,05$).

При сравнении параметров ДАД до лечения не наблюдалось разницы в показателях 24-часового ДАД, СО 24-часового ДАД, Св 24-часового ДАД, ДАДдень, СО ДАДдень, Св ДАДдень, ДАДночь и Св ДАДночь между группами фозиноприла и лерканидипина ($p > 0,05$). В группе лерканидипина уровни 24-часового ДАД ($96,28 \pm 2,98$ и $83,54 \pm 3,18$ мм рт. ст.), СО 24-часового ДАД ($10,39 \pm 1,24$ и $9,53 \pm 1,35$ мм рт. ст.), Св 24-часового ДАД ($0,11 \pm 0,02$ и $0,10 \pm 0,02$), ДАДдень ($98,43 \pm 3,61$ и $85,41 \pm 3,59$ мм рт. ст.), СО ДАДдень ($11,64 \pm 2,44$ и $9,76 \pm 2,04$ мм рт. ст.), Св ДАДдень ($0,13 \pm 0,03$ и $0,10 \pm 0,03$) и ДАДночь ($94,68 \pm 3,04$ и $82,16 \pm 3,52$ мм рт. ст.) после лечения были ниже, чем до терапии ($p < 0,05$); СО ДАДночь и Св ДАДночь не показали различий до и после лечения ($p > 0,05$). В группе фозиноприла 24-часовое ДАД ($96,93 \pm 2,41$ и $90,12 \pm 2,58$ мм рт. ст.), ДАДдень ($97,78 \pm 2,94$ и $90,96 \pm 2,73$ мм рт. ст.) и ДАДночь ($95,63 \pm 2,93$ и $89,57 \pm 2,64$ мм рт. ст.) после лечения были ниже, чем до терапии ($p < 0,05$), а СО 24-часового ДАД, Св 24-часового ДАД, СО ДАДдень, Св ДАДдень, СО ДАДночь и Св ДАДночь не имели статистических различий до и после лечения ($p > 0,05$). После лечения показатели 24-часового ДАД, СО 24-часового ДАД, ДАДдень, СО ДАДдень, ДАДночь и СО ДАДночь были выше в группе фозиноприла, чем в группе лерканидипина ($p < 0,05$). Не было выявлено различий в Св 24-часового ДАД, Св ДАДдень и Св ДАДночь между группой фозиноприла и группой лерканидипина ($p > 0,05$).

Выводы. Систолическая и диастолическая ВАД на фоне лерканидипина при лечении артериальной гипертензии, индуцированной бевацизумабом, лучше, чем на фоне фозиноприла, в связи с чем лерканидипин можно рекомендовать в качестве препарата первой линии при терапии бевацизумаб-индуцированной АГ.

ВЛИЯНИЕ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НА ТЕРАПИЮ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хлямов С.В., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет,
Курск

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является частой кардиотоксичностью анти-VEGF агентов, которая возникает у 35% пациентов, получающих бевацизумаб, гуманизированное моноклональное антитело IgG1 к сосудистому эндотелиальному фактору роста (VEGF). Существующие рекомендации по кардиотоксичности свидетельствуют, что АГ можно безопасно контролировать с помощью низких доз дигидропиридинового блокатора кальциевых каналов (БКК), в сочетании с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокатором рецепторов ангиотензина (БРА) II.

Цель исследования. Определить эффективность фелодипина для лечения АГ, вызванной бевацизумабом, у группы онкологических пациентов.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный обзор электронных медицинских карт пациентов, получавших лечение бевацизумабом в Курском онкологическом научно-клиническом центре им. Г.Е. Островерхова. Кардиотоксичность оценивалась по Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0 и классификации АГ Европейского общества кардиологов (ESC). Фелодипин в дозе 5 мг в день в качестве терапии 1 линии при АГ de novo $\geq$ II степени, индуцированной бевацизумабом (группа А). Назначение АГП 2 линии или модификация лечения при обострении ранее существовавшей АГ (группа В). Пациенты включались для исследовательского анализа, если у них был распространенный или метастатический рак, требующий химиотерапии (ХТ) на основе бевацизумаба. Пациенты с колоректальным раком получали ХТ на основе 5-фторурацила, а пациенты с немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) и пациенты с раком яичников получали ХТ на основе платины в сочетании с бевацизумабом 5 мг/кг каждые 2 недели или 7,5 мг/кг каждые 3 недели. Описательная статистика использовалась для анализа характеристик пациентов [среднее значение, 95% доверительные интервалы (ДИ)]. Хи-квадрат (с поправкой Йейтса) и t-критерий Фишера использовались для сравнений. Значения p были двусторонними и считались значимыми при $\leq 0,05$.

Результаты. С января по декабрь 2020 г. бевацизумаб получили 187 пациентов (89 мужчин, 47,6%; 98 женщин, 52,4%) со средним возрастом 61 год (диапазон: 37-86 лет). 48 пациентов (25,7%) имели в анамнезе АГ. Используя данные мониторинга АД, у 85 па-

циентов (45,5%, 95% ДИ: 38,3-52,6) развилась АГ (I-III степени) в соответствии с СТСАЕ v5.0 по сравнению с 75 пациентами (40,1%, 95% ДИ: 33,1-47,1) по критериям ESC. АГП были введены 46 пациентам (24,6%, 95% ДИ: 18,4-30,8) по поводу АГ, вызванной бевацизумабом $\geq$ II степени. У 24 из 46 пациентов (52,2%, 95% ДИ: 37,7-66,6) развилась АГ $\geq$ II степени в течение 8 недель после начала лечения бевацизумабом. Среди 46 пациентов с АГ $\geq$ II степени, вызванной бевацизумабом, у 26 пациентов без гипертензии в анамнезе развилась АГ de novo, и впоследствии им был назначен фелодипин в дозе 5 мг в день (группа А). У остальных 20 пациентов в анамнезе либо АГ (n=14), либо другое сердечно-сосудистое заболевание (n=6), требующее назначения препаратов, таких как бета-блокаторы. В дополнение к предыдущему лечению эти пациенты получали либо фелодипин 5 мг в день (n=10, группа В), либо лерканидипин 10 мг в день (n=6), либо фозиноприл 10 мг в день (n=4). В группе А у 23 из 26 пациентов (88,5%, 95% ДИ: 76,2-100) АД нормализовалось в течение 7 дней после введения фелодипина в дозе 5 мг ежедневно. Через 1 неделю лечения фелодипином у остальных 3 пациентов АД было $>140/90$ мм рт. ст. Их АД удалось контролировать после увеличения дозы фелодипина до 10 мг в сутки (n=2) и введения фозиноприла в дозе 2,5 мг в сутки (n=1). В группе В у 8 из 10 пациентов (80%, 95% ДИ: 55,2-100) АД удалось контролировать через 1 неделю приема фелодипина.

Заключение. АГ является частым кардиотоксичным эффектом анти-VEGF-препаратов с потенциально летальными последствиями, такими как артериальные тромбоэмболические осложнения. Следовательно, выбор эффективных АГП в этих условиях является важной задачей. В проведенном исследовании показана эффективность применения дигидропиридинового БКК фелодипин в лечении бевацизумаб-индуцированной АГ как в монотерапии на рекомендуемой начальной, так и на максимальной суточной дозе, а также в комбинации с иАПФ. Полученные данные подтверждают эффективность использования БКК у пациентов, получающих препараты против VEGF, такие как бевацизумаб. Однако следует иметь в виду, что недигидропиридиновые БКК верапамил и дилтиазем являются ингибиторами CYP3A4, а нифедипин (дигидропиридиновый БКК) индуцирует секрецию VEGF.

ТЕРАПИЯ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЗИЦИИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Хлямов С.В.

Курский государственный медицинский университет,
Курск

Цель исследования. Сравнить влияние лерканидипина и фозиноприла на вариабельность артериального давления (ВАД) после лечения бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы 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 – $53,68 \pm 12,24$ года), группа лерканидипина (n=40, средний возраст – $56,24 \pm 14,51$ лет). Бевацизумаб вводился в дозе 7,5 мг/кг внутривенно. АД измерялось после 4 недель приема бевацизумаба. Фозиноприл и лерканидипин назначались в дозе 4 и 5 мг в день соответственно. В группах были измерены показатели систолического и диастолического АД (САД и ДАД): среднее САД за 24 часа (24-часовое САД), среднее ДАД за 24 часа (24-часовое ДАД), стандартное отклонение САД за 24 часа (СО 24-часового САД), СО ДАД за 24 часа (СО 24-часового ДАД), среднее значение САД в дневное время (САДдень), среднее значение ДАД в дневное время (ДАДдень), среднее значение СО САД в дневное время (СО САДдень), среднее значение СО ДАД в дневное время (СО ДАДдень), среднее значение САД ночью (САДночь), среднее значение ДАД ночью (ДАДночь), среднее значение СО САД в ночное время (СО САДночь), среднее значение СО ДАД в ночное время (СО ДАДночь). СО и коэффициент вариации (Cv) были взяты в качестве показателей ВАД. Были рассчитаны коэффициенты вариации 24-часового среднего значения САД (Cv 24-часового САД), 24-часового среднего значения ДАД (Cv 24-часового ДАД), среднего значения САД в дневное время (Cv САДдень), среднего значения ДАД в дневное время (Cv ДАДдень), среднего значения САД ночью (Cv САДночь) и среднего значения ДАД ночью (Cv ДАДночь). Данные проанализированы STATISTICA 12.6 с помощью парного t-критерия Стьюдента. Статистическая значимость интерпретировалась как $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При сравнении параметров САД до лечения не было выявлено различий в 24-часовом САД, СО 24-часового САД, Cv 24-часового САД, САДдень, СО САДночь, Cv САДдень, САДночь, СО САДночь и Cv САДночь в группе фозиноприла и в группе лерканидипина ($p > 0,05$). В



группе лерканидипина 24-часовое САД ($156,82 \pm 6,74$ и $131,53 \pm 3,26$ мм рт. ст.), СО 24-часового САД ($12,46 \pm 2,14$ и $11,08 \pm 2,39$ мм рт. ст.), Св 24-часового САД ($0,08 \pm 0,02$ и $0,07 \pm 0,03$), САДдень ($157,32 \pm 9,64$ и $133,52 \pm 4,93$ мм рт. ст.), СО САДдень ($14,29 \pm 2,66$ и $11,08 \pm 2,52$ мм рт. ст.), Св САДдень ($0,09 \pm 0,03$ и $0,07 \pm 0,02$), САДночь ($155,86 \pm 8,58$ и $129,53 \pm 4,96$ мм рт. ст.) и СО САДночь ($11,97 \pm 3,64$ и $11,36 \pm 3,46$ мм рт. ст.) после лечения были ниже, чем до лечения ($p < 0,05$); Св САДночь не показал различий до и после лечения ($p > 0,05$). В группе фозиноприла показатели: 24-часовое САД ($154,68 \pm 4,61$ и $143,35 \pm 6,42$ мм рт. ст.), САДдень ($155,73 \pm 5,65$ и $145,74 \pm 7,82$ мм рт. ст.) и САДночь ($154,12 \pm 5,49$ и $141,72 \pm 7,14$ мм рт. ст.) после лечения были ниже, чем до лечения ($p < 0,05$), а показатели СО 24-часового САД, Св 24-часового САД, СО САДдень, Св САДдень, СО САДночь и Св САДночь не имели статистических различий до и после лечения ($p > 0,05$). После лечения показатели: 24-часовое САД, СО 24-часового САД, САДдень, СО САДдень и САДночь были ниже в группе лерканидипина, чем в группе фозиноприла ($p < 0,05$). Статистической значимости не наблюдалось при Св 24-часового САД, Св САДдень, СО САДночь и Св САДночь между двумя группами ($p > 0,05$).

При сравнении параметров ДАД до лечения не наблюдалось разницы в показателях 24-часового ДАД, СО 24-часового ДАД, Св 24-часового ДАД, ДАДдень, СО ДАДдень, Св ДАДдень, ДАДночь и Св ДАДночь между группами фозиноприла и лерканидипина ($p > 0,05$). В группе лерканидипина уровни 24-часового ДАД ($96,28 \pm 2,98$ и $83,54 \pm 3,18$ мм рт. ст.), СО 24-часового ДАД ($10,39 \pm 1,24$ и $9,53 \pm 1,35$ мм рт. ст.), Св 24-часового ДАД ($0,11 \pm 0,02$ и $0,10 \pm 0,02$), ДАДдень ($98,43 \pm 3,61$ и $85,41 \pm 3,59$ мм рт. ст.), СО ДАДдень ($11,64 \pm 2,44$ и $9,76 \pm 2,04$ мм рт. ст.), Св ДАДдень ($0,13 \pm 0,03$ и $0,10 \pm 0,03$) и ДАДночь ($94,68 \pm 3,04$ и $82,16 \pm 3,52$ мм рт. ст.) после лечения были ниже, чем до терапии ($p < 0,05$); СО ДАДночь и Св ДАДночь не показали различий до и после лечения ($p > 0,05$). В группе фозиноприла 24-часовое ДАД ($96,93 \pm 2,41$ и $90,12 \pm 2,58$ мм рт. ст.), ДАДдень ($97,78 \pm 2,94$ и $90,96 \pm 2,73$ мм рт. ст.) и ДАДночь ($95,63 \pm 2,93$ и $89,57 \pm 2,64$ мм рт. ст.) после лечения были ниже, чем до терапии ($p < 0,05$), а СО 24-часового ДАД, Св 24-часового ДАД, СО ДАДдень, Св ДАДдень, СО ДАДночь и Св ДАДночь не имели статистических различий до и после лечения ($p > 0,05$). После лечения показатели 24-часового ДАД, СО 24-часового ДАД, ДАДдень, СО ДАДдень, ДАДночь и СО ДАДночь были выше в группе фозиноприла, чем в группе лерканидипина ($p < 0,05$). Не было выявлено различий в Св 24-часового ДАД, Св ДАДдень и Св ДАДночь между группой фозиноприла и группой лерканидипина ($p > 0,05$).

Выводы. Систолическая и диастолическая ВАД на фоне лерканидипина при лечении артериальной гипертензии, индуцированной бевацизумабом, лучше, чем на фоне фозиноприла, в связи с чем лерканидипин

можно рекомендовать в качестве препарата первой линии при терапии бевацизумаб-индуцированной АГ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ ПРИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Ходжанова Ш.И., Аляви А.Л.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Определение частоты и структуры генетических факторов, обуславливающих индивидуальную предрасположенность к развитию антиагрегантной резистентности, у больных ишемической болезнью сердца в узбекской популяции.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе отделения кардиологии РСНПЦТ и МР. В исследование включены 120 больных узбекской национальности диагнозом ИБС (66 мужчин, 54 женщин; средний возраст $59,5 \pm 8,4$ года). Контрольную группу составили практически 30 здоровых лица узбекской национальности, сопоставимые по полу и по возрасту с группой исследования. Генетические исследования проводились для определения полиморфизма Leu33Pro гена $\beta 3$ интегрин (ITGB3), полиморфизма – Thr145Met гена тромбоцитарного гликопротеина 1b, α -субъединицы (GP1BA), мутации C786T гена синтазы окиси азота 3 (NOS3), мутации АДФ-рецептора тромбоцитов (P2RY12, H1/H2); гена интегрин альфа-2 (гликопротеин Ia/IIa тромбоцитов) (ITGA2), мутация C807T.

Результаты исследования. В группе контроля частота мутантного аллеля по изученным полиморфизмам составила в гене ITGB3 (Leu33Pro) 16,4%, в гене CP1BA (Thr145Met) – 164,6%, в гене NOS3 (C786T) – 45,3%, в гене H1/H2 (P2RY12) – 25,7%, что значительно ниже таковых частот в обследуемой группе (32,4%, 43,8%, 61,6% и 38,2% соответственно, $p < 0,05$). Исключение составил ген C807T (ITGA2), где различия с группой обследованных пациентов были незначимыми. При анализе частоты полиморфизмов были выявлены значимые превышения частот мутантных аллелей ITGB3, CP1BA, NOS3 в гомозиготной форме ($OR = 1,29$; $= 1,94$; $= 2,25$ соответственно, $p < 0,001$) у больных с антиагрегантной резистентностью. В меньшей степени различались частоты полиморфизмов гена H1/H2 ($OR = 1,17$, $p = 0,01$) и не было различий по гену ITGA2. Значимая зависимость содержания в крови фибриногена имела место только от (и генотипа GP1BA_Thr145Met ($p = 0,030$)).

Выводы. Развитие антиагрегантной резистентности у больных ИБС в узбекской популяции ассоциировано с наличием мутаций ITGB3_Leu33Pro, GP1BA_Thr145Met, NOS3_C786T и P2RY12_H1H2. Наибольшие различия по частоте полиморфизмов определены для мутации Thr145Met в гене GP1BA.

ТРАВЛЯ ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ В МЕДВУЗЕ: ОПРОС ВРАЧЕЙ

Хоманов К.Э., Серебровская О.Л., Артюхов И.В.,
Буева В.В., Нагорняк Д.А., Неволлин А.О.,
Тарноруцкая А.В., Торунова Е.Р.
ООО «МИР»,
Москва

Цель исследования. Изучить распространенность травли студентов в медвузах.

Материалы и методы. Опрос в приложении «Справочник врача» 1-10.10.2024 г. Всего 1565 человек: женского (59,3%) и мужского пола (40,7%).

Результаты и обсуждение. 33,8% докторов-мужчин были в возрасте 31-40 лет, 41-50 лет – 19,9%. 81,2% респондентов работают в гос. медицине: узкая специализация (36,1%), хирургия (27,8%), терапия (26,2%). Большинство (71,9%) не сталкивались с травлей во время обучения (вуз, интернатура, ординатура). Остальные были: жертвами буллинга преподавателями (15,2%) или однокурсниками (2,2%), наблюдали травлю другого человека (9,4%), сами были зачинщиками (0,3%) или и жертвой, и нападающим (1%). Наблюдавшие травлю другого человека отметили наиболее частые методы: занижение оценок и публичное высмеивание (58,4%), словесное оскорбление при свидетелях (23,3%), порча вещей (18,3%). Те, кто стали жертвами буллинга, подвергались: занижению оценок и публичному высмеиванию (61,3%), оскорблениям при свидетелях (24,3%) либо наедине (7,2%), порче имущества (4,5%) или оскорблениям в социальных сетях (2,7%). В большинстве случаев (60,4%) свидетели не вмешивались, жертвы не обращались за помощью (86,5%), а зачинщики не получали наказание (88,3%). Однако часть обидчиков получили устный выговор (7,2%), уволились (3,6%) либо получили штрафы (0,9%). Зачинщики у врачей, бывших и нападающими, и жертвами: избежали наказания (66,6%), получили устный выговор (16,7%) или штраф (16,7%). Те, кто сам начинал травлю: избежали наказания (75%), получили устный выговор (12,5%), штраф (12,5%). Главные причины стать зачинщиками: показать, что с ними нужно считаться (37,5%), жертва заслуживала травлю (37,5%), по примеру других (12,5%), боязнь, что иначе начнут травить самого респондента (12,5%). Самыми важными способами борьбы с травлей посчитали (вопрос с множеством вариантов ответа): пресекать попытки общественности обвинить жертву, нормализовать возможность обращения за помощью без страха за свою карьеру и репутацию (56,7%), минимизировать коррупцию и кумовство на рабочих местах/в вузах (56,4%), публично расследовать каждый случай обращения по поводу травли в правовом поле (39,9%). Правильным применить «культуру отмены» зачинщикам травли: не

считают необходимым, достаточно действовать в правовом поле (28,8%), допускают 16,2%, если «отмена» не выходит за рамки закона или только после предоставления доказательств буллинга (15,8%). Полностью согласны – считают справедливым такое наказание за разрушение чужой жизни, здоровья, карьеры, – 15,1% врачей. 28,6% докторов-женщин 31-40 лет, до 30 лет – 28,4%. 84,2% работают в гос. медицине: узкая специализация (31%), акушерство и гинекология (8,5%), терапия (52,3%). Большинство (76%) не сталкивались с травлей во время обучения (вуз, интернатура, ординатура). Остальные были: жертвами буллинга преподавателями (14,7%) или однокурсниками (3,6%), наблюдали травлю другого человека (5,2%), сами были зачинщиками (0,2%) или и жертвой, и нападающим (0,3%). Наблюдавшие травлю другого человека отметили наиболее частые методы: занижение оценок и публичное высмеивание (49%), словесное оскорбление при свидетелях (32,6%), порча вещей (18,4%). Жертвы буллинга подвергались: занижению оценок и публичное высмеивание (55,4%), оскорбления при свидетелях (28%) либо наедине (7,7%), порча имущества (7,1%) или оскорбления в социальных сетях (1,8%). В 62,9% случаев свидетели не вмешивались, жертвы не обращались за помощью (81,5%), а зачинщики не получали наказание (92,9%). Часть обидчиков получили устный выговор (6,5%) или уволились (0,6%). Среди зачинщиков буллинга у бывших и нападающими, и жертвами, 100% избежали наказания. Те, кто сам начинал травлю: избежали наказания (80%), получили устный выговор (20%). Главные причины стать зачинщиками травли 20% затруднились назвать, остальные обозначили: показать, что с ними нужно считаться (60%), по примеру других (20%). Важными способами борьбы с травлей посчитали: пресекать попытки общественности обвинить жертву, нормализовать возможность обращения за помощью без страха за свою карьеру и репутацию (60,1%), минимизировать коррупцию и кумовство на рабочих местах/в вузах (49%), обеспечить анонимность жертвам травли в случае обращения к руководству, проведение служебных расследований и применение дисциплинарных взысканий к зачинщику (41,2%). Применить «культуру отмены» зачинщикам травли врачи: не считают необходимым, достаточно действовать в правовом поле (32,4%), против, поскольку таким образом осуществляется травля уже в сторону обвиняемого в ней (15,2%), допускают (15,7%), если нет противоправных действий для жизни и здоровья. Считают справедливым такое наказание 8,7% врачей.

Выводы. 24-28,1% сталкивались с буллингом во время обучения, мужчины чаще; большинство не обращались за помощью. Преимущественными формами буллинга были занижение оценок и публичные оскорбления. Сами занимались травлей 0,5-1,3% респондентов.

ПРОГРАММА ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И НЕУДАЧ

Хохлова Ю.В.

Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Введение. Курение ассоциируется с повышением риска развития, более тяжелым течением ревматоидного артрита (РА) и снижением эффективности лечения, что обуславливает необходимость разработки эффективных методов отказа от курения пациентов с РА.

Цель исследования. Разработать и оценить эффективность программы по отказу от курения для пациентов с РА.

Дизайн. Одномоментное поперечное исследование с последующим проспективным интервенционным исследованием.

Материалы и методы. Из регистра амбулаторных ($n=1000$) и стационарных пациентов ($n=2000$) с РА после исключения дублирующих и неполных записей включено 806 и 1896 пациентов соответственно. Анализировались: демографические данные, клинические характеристики РА, статус курения. 194 курящим пациентам с РА проведено индивидуальное профилактическое консультирование и предложено посещение впервые разработанной «Школы по отказу от курения».

Результаты. В одномоментное исследование включено 474 мужчины и 2228 женщин с РА, средний возраст $61,1 \pm 13,2$ лет. Из них на момент исследования курили 18%. Курящие пациенты были моложе ($p=0,000001$), с дебютом в более раннем возрасте ($p=0,02$), имели более высокую активность РА ($p=0,002$), у них чаще регистрировался серопозитивный РА ($p=0,0001$). 123 женщины и 71 мужчина получили индивидуальное профилактическое консультирование, включая 38 чел., посетивших «Школу по отказу от курения при РА». Через 12 мес. не курили 10,8%. Отказавшиеся от курения были более мотивированы ($p=0,001$), у них чаще наблюдалась коморбидность и больше предыдущих попыток отказа. Характеристики РА не влияли на решение пациента прекратить курение. В целом, отказались от курения либо снизили его интенсивность 35 (18,7%) участников: 12 (31,6%) после посещения «Школы» и 23 (14,7%) после однократного индивидуального консультирования, $p=0,016$. Среди барьеров к отказу от курения преобладали общепринятые («стало привычкой»), и только 1% пациентов отметили, что курение помогает справляться с болью в суставах. В течение всего наблюдения ни один из прекративших не возобновил курение.

Заключение. Программа отказа от курения у пациентов с РА эффективна и должна стать частью клинической ревматологической практики.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ

Хоченкова А.Е., Беляева Е.А.

Тульский государственный университет,
Тула

Цель исследования. Изучить клинический случай гранулематоза с полиангиитом и сложности установления диагноза.

Материалы и методы. История болезни пациента мужского пола, 40 лет.

Результаты и обсуждение. Пациент мужчина, 40 лет, при поступлении в ревматологическое отделение предъявлял жалобы на повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, образование корочек в носу, снижение веса на 20 кг за 3 месяца, снижение слуха на оба уха.

Анамнез заболевания. Считает себя больным с июля 2024 года, когда отметил эпизод повышения температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, боли в горле, заложенность носа, боли в правом ухе. Состояние расценено как ОРВИ, лечился амбулаторно (ингавирин, АБ, симптоматическое лечение) с улучшением – симптомы полностью купированы. Спустя неделю отметил появление боли в правом ухе, наличие светлого отделяемого, сухость слизистой. Консультирован ЛОР врачом БСМП – диагноз: «Серная пробка, сухой ринит». Лечение: А-церумен в ухо, мазь метилурацил в нос. Лечение без эффекта, прибавились головные боли. На РКТ головного мозга от 22.08.24: КТ картина гиперплазии слизистой придаточных пазух носа, вероятно проявления синусита. Обратился к ЛОР-врачу коммерческого МЦ 16.08.2024: Д-з: «Двусторонний острый катарально-экссудативный отит». Рекомендовано лечение (амоксиклав 1000 мг внутрь 2 раза в день 7 дней, полидекса в нос, метилурацил в нос), повторно осмотрен 21.08.2024: рекомендовано РКТ придаточных пазух носа.

Осмотрен сурдологом медицинского центра 29.08.2024 с диагнозом: «Двусторонняя смешанная тугоухость справа 4, слева 1 степени. Правосторонний острый катарально-экссудативный средний отит. Левосторонний острый гнойный средний отит. Острый риносинусит. Хронический субатрофический ринит». Рекомендовано: продолжить лечение, данцил в левое ухо, мометазон, метилурацил в нос.

30.08.24 обратился в ЛОР-отделение БСМП, осмотрен, основной диагноз: «Правосторонний экссудативный средний отит. Левосторонний острый средний отит». От предложенной госпитализации в ЛОР-отделение воздержался.

02.09.24-11.09.24 - стацлечение в ЛОР-отделении БСМП с диагнозом «Двусторонний экссудативный средний отит». 03.09.2024 проведена рентгенография придаточных пазух носа, заключение: «Левосторонний гайморит?» ОАК от 03.09.24: Эр $4,36 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв 135 г/л ; Лейк $12,17 \times 10^9/\text{л}$; тромб $548 \times 10^9/\text{л}$.

03.09.24 проведено шунтирование и дренирование барабанной полости с двух сторон. Послеоперационный период без особенностей. 21.09.24 стал отмечать боли в области верхней челюсти, наличие свищевого хода в области преддверья верхней челюсти слева, с умеренным серозным отделяемым. С 24.09.24 по 08.10.24 стабильное в отделении челюстно-лицевой хирургии с диагнозом «Хронический левосторонний перфоративный гайморит, остеомиелит верхней челюсти слева».

С 16.10.24 по 22.10.24 находился на повторном стабильном в ЛОР-отделении БСМП с диагнозом «Левосторонний острый катарально-экссудативный средний отит. Правосторонний острый катарально-экссудативный средний отит. Оперативное лечение от 03.09.24: шунтирование правой барабанной полости. Самостоятельная эвакуация тимпаностомического шунта слева.» Рентгенография придаточных пазух носа от 17.10.24: явления полисинусита, полиповидное образование лобной пазухи. При выписке из ЛОР-отделения рекомендована консультация ревматолога (заподозрен гранулематоз с полиангиитом).

Со слов пациента при поступлении в отделение челюстно-лицевой хирургии седловидной деформации носа не было, появилось после оперативного вмешательства. Кровохарканье отрицает. Отмечает, что за 3 месяца похудел на 20 кг, в течение месяца повышение температуры тела до субфебрильных цифр в течение дня. 29.10.24 впервые осмотрен ревматологом. Основной диагноз: «Вероятный гранулематоз с полиангиитом, АНЦА не исследовались, острое течение, с поражением ЛОР-органов (полисинусит, перфоративный гайморит, двусторонний острый катарально-экссудативный средний отит, седловидная деформация носа), сосудов кожи (сетчатое ливедо)». При дообследовании: В анализах крови: 31.10.2024: Лей 5.9х10⁹/л, Эр 4.17х10¹²/л, Нв 126 г/л, Тр 471х10⁹/л, СОЭ 12 мм/ч, СРБ 17.6 мг/л, РФ отриц, Мочевая кислота 356 мкмоль/л, Общ белок 67.47 г/л, Мочевина 5.2 ммоль/л, АСТ 16.1 Е/л, АЛТ 27.1 Е/л, Креатинин 80.29 мкмоль/л, ОАМ: Белок нет, Сахар нет, Л 1-3, Эр 0-1. АМ по Нечипоренко: Л 1750, Эр 500

Р-графия ОГК от 07.11.2024: Очаговая неуточненная тень справа? РКТ легких от 13.11.2024: Очаговые образования в легких, с полостями деструкции (гранулематоз Вегенера?).

Иммунологический анализ от 02.11.2024: АТ к протеиназе-3 >200 Ме/мл (норма <20), АТ к миелопероксидазе <1.5 Ме/мл (норма <20)

Повторный осмотр ревматолога 12.11.24 г диагноз подтвержден, выявлено дополнительно поражение почек (гломерулонефрит), легких (инфильтраты с распадом), направлен на стационарное лечение.

Выводы. Резистентность к традиционной терапии при гнойном риносинусите и отитах должна вызывать настороженность и приводить к пересмотру диагноза в более ранние сроки для предотвращения тяжелых осложнений у пациентов.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ – АКЦЕНТ НА КОМОРБИДНОСТЬ

Цинзерлинг А.Ю., Гайдукова И.З.², Мазуров В.И.²,
Инамова О.В.¹, Петрова М.С.¹

¹Клиническая ревматологическая больница №25,

²СЗГМУ имени И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Введение. Учитывая доказанную негативную роль гиперурикемии (ГУ) в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых (СС) заболеваний, метаболических нарушений и хронической болезни почек (ХБП), представляется важным изучить ее роль у пациентов со спондилоартритами (СпА).

Цель исследования. Проанализировать влияние ГУ на профиль коморбидной патологии и оценить частоту назначения и эффективность коррекции ГУ у пациентов со СпА.

Пациенты и методы. На основании ревматологического регистра Санкт-Петербурга проанализированы две сопоставимые по полу группы больных: со СпА с ГУ (n=96), и со СпА без ГУ (n=106). ГУ регистрировали при уровне мочевой кислоты (МК) в крови ≥ 360 мкмоль/л минимум дважды.

Результаты. Пациенты с ГУ были достоверно старше пациентов без ГУ (45,46 $\pm$ 15,41 и 37,94 $\pm$ 13,36 г; p<0,001). По полу (73,96 и 74,53% мужчин), активности заболевания по индексу BASDAI (4,97 $\pm$ 2,18 и 4,23 $\pm$ 1,53), частоте носительства HLA-B27 (68,83 и 71,88%) пациенты обеих групп были сопоставимы. Пациенты обеих групп получали сопоставимую терапию нестероидными противовоспалительными средствами, метотрексатом, сульфасалазином и генно-инженерными биологическими препаратами (p>0,05). Уровень МК был выше (p=0,02) у мужчин (393,97 $\pm$ 140,48 и 343,0 $\pm$ 133,07 мкмоль/л). У пациентов со СпА при наличии ГУ была выше (p<0,001) частота артериальной гипертензии (61,46 и 21,69%), ожирения (32,29 и 2,83%), предиабета (18,75 и 2,83%), сахарного диабета 2 типа (21,88 и 0,94%), неалкогольной жировой болезни печени (33,33 и 10,37%), ХБП (33,33 и 16,04%). Однако, у пациентов с ГУ реже встречалась анемия (9,38 и 20,75%; p=0,02). В половине случаев ГУ предшествовала развитию коморбидных состояний. Стенокардия напряжения (n=9) встречалась только у пациентов с ГУ (p=0,01). И, оценивая СС события и исходы у пациентов молодого возраста, выявлено, что у пациентов с ГУ было зафиксировано 6 случаев ИМ, 13 случаев ХСН и 5 случаев ОНМК, по сравнению с 2 случаями ИМ, 3 случаями ХСН и 1 случаем ОНМК при отсутствии ГУ. Коррекция ГУ назначалась в варианте диетотерапии (ДТ) в 56,25%, в сочетании с уратснижающей терапией (УСТ) в варианте аллопуринола – в 23,95% случаев, 19,8% пациентов не получили рекомендаций по коррекции ГУ. Эффективность ДТ и УСТ были сопоста-

вимы (14,81 и 17,49%). Низкая эффективность УСТ и коррекции ГУ в целом обусловлена в основном самостоятельной отменой терапии (10,42%) и отсутствием коррекции дозы аллопуринола (21,74%), средняя доза которого составила $86,5 \pm 22,6$ мг/сут. Пациенты с аксиальным вариантом СпА реже, чем пациенты с периферическим СпА достигали целевых уровней МК (10 и 54,54%; $p=0,01$).

Заключение. Таким образом, частота СС заболеваний, метаболических нарушений и ХБП у молодых пациентов со СпА резко увеличивается при наличии ГУ, а неблагоприятные СС исходы встречаются почти исключительно при наличии ГУ и почти половина всех случаев коморбидных заболеваний регистрируется после выявления ГУ. В свою очередь частота назначения и эффективность УСТ у пациентов со СпА невелика, что требует дальнейших исследований, для подтверждения ее эффективности и необходимости как в отношении течения коморбидных заболеваний, так и вероятно, в уменьшении активности СпА.

КАРДИАЛЬНАЯ МАСКА ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Чепчерук О.Г., Воеводина А.А., Малахова М.А.
МСЧ МВД,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Нередко боли в области сердца и изменения на ЭКГ могут быть вызваны изжогой. У 20-60% больных кардиалгия проявляется после приема пищи, в горизонтальном положении тела. Однако при обследовании отсутствуют признаки органического стеноза, спазма венечных артерий

Пациенты с такой клинической картиной могут долгие годы ошибочно проходить лечение по поводу стенокардии, хотя основная проблема, приводящая к симптомам, кроется в заболевании желудочно-кишечного тракта. Оценивается эффективность и целесообразность кумулятивного применения цифровых технологий с точки зрения оперативности и своевременной диагностики, позволяющей разграничить патологию кардиологического характера и патологию органов желудочно-кишечного тракта. Целью исследования является выделить закономерности при обследовании узкой когорты пациентов.

Материал и методы. С 2016-2019 обследовано 70 пациентов. 45 женщин, 35 мужчин. Основными жалобами были: тяжесть за грудиной отмечали в 35%, повышение АД – 52%, жжение за грудиной – 5%, тяжесть за грудиной после приема пищи – 68%, сердцебиение – 60%, ощущение перебои в области сердца – 29%, боль за грудиной после приема пищи 84%. Диагноз «Гипертоническая болезнь III ст» был установлен у 18 пациен-

тов. Сахарный диабет встретился только у 5. Суточное мониторирование ЭКГ (ХМ) проведено у 47, а МСКТ грудной клетки у 14 пациентов. Всем пациентам выполнялось эндоскопическое и рентгенологическое исследование. По данным УЗИ признаки атеросклероза магистральных артерий выявлены у 5 больных.

Результаты. Данные ХМ у пациентов показали взаимосвязь кардиалгии с приемом пищи (после обеда, ужина, согласно дневнику активности пациента) у всех пациентов. По данным МСКТ выявлено наличие ГПОД у всех пациентов.

Выводы. Таким образом, в ходе обследования, можно сделать вывод что у исследуемой группы кардиологических больных, боли в области сердца были связаны с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Проведенное исследование подтверждает все более приобретаемую распространенность использования комплексного сочетания методов инструментальной диагностики с целью получения содержательных и достоверных результатов. Практическая эффективность применения ресурсов цифровизации не оспорима ввиду получения при их применении более значимых, «весомых» и существенных результатов диагностики патологических процессов и отклонений, их объема и динамики, своевременное выявление которых влияет на надлежащий оптимальный и, что немаловажно, своевременный, выбор тактики лечения, ведь нередко ситуации «диктуют» необходимость в оперативности его принятия.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ С СУБОПТИМАЛЬНЫМ ПИКОВЫМ ИНСПИРАТОРНЫМ ПОТОКОМ

Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Соболев А.Д.,
Захарова А.И., Никашин А.Н.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. В России по данным Росстата доля ХОБЛ в структуре заболеваемости составляет 14,1%, в структуре смертности 26%. Высокая социальная значимость ХОБЛ диктует необходимость постоянного совершенствования терапии заболевания. Основой лечения ХОБЛ является ингаляционная терапия. Важное место среди современных ингаляционных устройств занимают порошковые ингаляторы (ПИ). Невозможность пациента создать необходимый пиковый инспираторный поток (ПИП) при ПИ приводит к снижению эффективности ингаляции, частым обострениям и госпитализациям. Определение ПИП в России проводится редко в связи с отсутствием прибора для его измерения. Сведения о характеристике пациентов с су-

боптимальным ПИП (сПИП) при ХОБЛ в зарубежной литературе неоднозначны, в РФ отсутствуют. Знание клинико-функциональных характеристик пациентов с ХОБЛ с сПИП может позволить практическому врачу без прямого измерения ПИП с определенной долей обоснованности предполагать его ограничение.

Цель исследования. Охарактеризовать клинико-функциональные показатели пациентов с ХОБЛ с сПИП.

Материал и методы. Обследовано 70 пациентов с ХОБЛ: 35 в обострении, 35 в стабильном состоянии. Контроль составили 29 здоровых лиц. Степень тяжести обострений по объему терапии расценивалась как тяжелая у 35 больных. На основании Римских критериев выделены легкая степень у 18, средняя у 14, тяжелая степени тяжести у 3 пациентов. У 27 больных обострения были частыми и носили инфекционный характер. 3/4 больных имели сердечно-сосудистую патологию, 28 ХСН (20 пациентов – I, у 8 – II стадия). Спирометрия выполнялась на спирографе «Flowscreen II» фирмы «Erich Jaeger» (Германия). Для определения ПИП использовался прибор In-Check DIALTM G16 Clement Clarke International Limited (Великобритания). Значения ПИП считались субоптимальными при сопротивлении $R1-R4 \leq 60$ л/мин, $R5 \leq 30$ л/мин (ингаляция была клинически недостаточно эффективна). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. У 70 больных ХОБЛ при использовании ПИ сПИП выявлен в 9-66% случаев в зависимости от сопротивления прибора ($R1-R5$), и равнялся 60 [60; 60] - 30 [30; 30] л/мин. При обострении заболевания распространенность сПИП была выше и составляла 11 - 77% (сПИП - 30[29; 30] - 60[60; 60] л/мин), чем при стабильной ХОБЛ - 3- 50% случаев (сПИП - 40[40; 40] - 60[50; 60] л/мин). Клинико-функциональная характеристика пациентов с сПИП изучена в соответствии с уровнем сопротивления используемого ингалятора $R0-R5$, что отличает данное исследование от других работ на эту тему. Пациенты с сПИП и оПИП в целом характеризовались отсутствием значимых возрастных различий (73 [72; 76] и 72 [72; 72], $p = 0,37$), однако больные с сПИП при использовании ингаляторов с сопротивлением $R1$ (бризхалер, аэролайзер) и $R2$ (эллипта) были старше пациентов с оПИП ($p = 0,02$ и $0,04$ соответственно). Средняя длительность болезни в обеих подгруппах составляла 16 лет. Больные с сПИП не имели различий в массе в росте. Они характеризовались большей степенью выраженности одышки по mMRC (3-4 стадии у 24 пациентов против 10), имели более продвинутую стадию ХОБЛ по GOLDI-IV (3-4 стадии при $R1$ -16 против 8, при $R3-1$ при $R3$); у них чаще встречалась ХНК 2 ст. (при $R1$ у 16 против 12; при $R3$ у 19 против 9), [72; 72], не было различий по содержанию эозинофилов в крови. сПИП сопровождали значимое снижение ЖЕЛ,% (при $R1$ - 37[56,1; 41], против 54,5 [45,5; 58,7], $p = 0,004$), при $R2$ - 42[37,1; 53,5],

против 55[47; 59], $p = 0,02$ при $R3$ - 43[37,5; 56], против 55[47; 59], $p = 0,03$); и ОФВ1,% (при $R1$ -27[24,1; 32,5], против 32[25; 53], $p = 0,01$); достоверное снижение ФЖЕЛ,% $p = 0,07$). Не выявлено различий в результатах стандартного БДТ. Различия в подгруппах оказались наиболее выраженными при сопротивлении ингалятора $R1$, $R2$. Все пациенты при обострении ХОБЛ могли свободно использовать ингаляционные устройства без сопротивления (небулайзер), для базисной терапии - ДАИ со спейсером, респимат, реже - бризхалер, при условии правильной эксплуатации прибора. Для уточнения вклада каждого фактора в формирование ограничения ПИП необходимы результаты регрессионного анализа всех показателей.

Заключение. Главные отличительные клинико-функциональные характеристики пациентов с обострением ХОБЛ включают: мужской пол, среднюю продолжительность болезни >16 лет, частые обострения заболевания в последний год и тяжелую степень настоящего обострения, III-IV стадию ХОБЛ по GOLD, одышку по mMRC ≥ 3 степени, сердечно-сосудистую патологию с ХСН 2 ст. Дополнительными критериями являются снижение показателей ЖЕЛ % ($R1 \leq 37\%$), ОФВ1% ($R1 \leq 27\%$). Перечисленные характеристики могут помочь практическому врачу предположить наличие у больного с обострением ХОБЛ сПИП и выбрать оптимальный ингалятор для конкретного пациента.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ХОБЛ, ПРИБЫВШИХ ИЗ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Черников А.Ю., Бирюков Д.А., Ширяева Д.А.

Курский государственный медицинский
университет,
Курск

Введение. Диспансерное наблюдение и лечение пациентов с туберкулезом, прибывших из пениitenciарных учреждений, остается сложной проблемой. Многие из них не посещают противотуберкулезные диспансеры, считают туберкулез у себя небольшим и незаразным или клинически излеченным и не обязательным для дальнейшего наблюдения. Некоторые организационные вопросы взаимодействия гражданских и пениitenciарных медицинских организаций подчас не урегулированы, приводя к потере пациентов на этапе перевода с одного места лечения на другое. От 26% до 32% больных с удовлетворительными промежуточными результатами лечения исчезают из поля зрения фтизиатра, снижая статистическую эф-

фективность проведенной химиотерапии. Целью исследования послужило изучение эффективности диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов с туберкулезом и ХОБЛ после прохождения лечения в пенитенциарных больницах.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты 30 пациентов, прибывших из пенитенциарных учреждений в 2019-2023 годах. Из них 5 человек были с активным туберкулезом. 25 пациентов с клинически излеченным туберкулезом (III группа диспансерного учета) составили основную группу исследования. В группе все больные мужского пола, средний возраст 44 ± 13 лет. Контрольную группу выделили методом компьютерной генерации чисел из пациентов, состоящих на учете по III группе и не имевших судимости. Все мужчины, средний возраст 42 ± 12 лет. Лечение активного туберкулеза проводилось по стандартным режимам химиотерапии. Терапия посттуберкулезной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) проводилась согласно клиническим рекомендациям, реабилитационный курс включал в себя психологическую поддержку, ингаляции, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику. Для статистической обработки данных использованы вероятность события P , 95%-й доверительный интервал для вероятности события 1β , коэффициент сопряженности Пирсона χ^2 , вероятность ошибки p (статистически значимая при $p < 0,05$).

Результаты. У 5 пациентов с активным туберкулезом средний срок прибытия в диспансер после окончания срока пребывания в пенитенциарном учреждении составил 17 ± 3 дней. 3 (60%) больных активно приглашены участковым фтизиатром. Формы туберкулеза: инфильтративный – 2 (40%), диссеминированный – 3 (60%). Множественная лекарственная устойчивость – 2 (40%). Во время пребывания в исправительном учреждении пациентам не производилась компьютерная томография органов грудной клетки, поэтому у 3 из 5 была подтверждена полость после проведения данного исследования. Бактериовыделение отсутствовало у всех. Химиотерапия, продолженная в диспансере, была эффективной хотя одному больному потребовалось хирургическое лечение. Средний срок прибытия в диспансер основной группы – 41 ± 5 дней, активно приглашены – 15 (60%). Диагностированы малые остаточные изменения в основной и контрольной группах – $20 \pm 8,5\%$, $48 \pm 13,8\%$ ($\chi^2=4,367$, $p=0,037$), большие остаточные изменения – $80 \pm 8,5\%$, $52 \pm 13,8\%$ ($\chi^2=4,367$, $p=0,037$). Посттуберкулезная хроническая обструктивная болезнь легких диагностирована – $80 \pm 8,5\%$, $48 \pm 13,8\%$ ($\chi^2=5,556$, $p=0,019$), из них легкая степень тяжести – $8 \pm 7,2\%$, $32 \pm 11,6\%$ ($\chi^2=4,500$, $p=0,034$), средняя степень тяжести – $12 \pm 8,0\%$, $32 \pm 11,6\%$ ($\chi^2=2,914$, $p=0,088$), тяжелое течение – $40 \pm 12,1\%$, $4 \pm 7,0\%$ ($\chi^2=9,441$, $p=0,003$). В результате проведенных лечебных и реабилитационных мероприятий: отсутствие обострений ХОБЛ в течение 1 года – $32 \pm 11,6\%$, $8 \pm 7,2\%$ ($\chi^2=4,500$, $p=0,034$), изменений степени тяжести ХОБЛ со средней на лег-

кую – $12 \pm 8,0\%$, $8 \pm 7,2\%$ ($\chi^2=0,222$, $p=0,638$). Рецидивы туберкулеза – $12 \pm 8,0\%$, 0.

Обсуждение и выводы. Несмотря на взаимодействие пенитенциарных и региональных медицинских организаций, перерыв в лечении больных активным туберкулезом имеет длительный срок, что требует необходимость передачи пациента «из рук в руки». Расширенные диагностические возможности гражданских противотуберкулезных учреждений могут повлиять на предшествующую оценку эффективности химиотерапии в пенитенциарном учреждении. После прибытия в диспансер из пенитенциарного учреждения по окончании основного курса лечения статистически чаще диагностируют большие остаточные изменения и посттуберкулезную ХОБЛ. Реабилитационные мероприятия благоприятному течению посттуберкулезной ХОБЛ.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОВАРИАНТА SARS-COV-2

Чернов В.С., Козлов К.В., Патлусов Е.П.,
Архипова А.С.

¹5 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии РФ,
Екатеринбург,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

В конце 2019 г. в КНР возникла вспышка коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань. В результате чего ВОЗ 11.02.2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Коронавирусная инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-геномным вирусом рода Betacoronavirus, семейства Coronaviridae. Количество вариантов SARS-CoV-2 в настоящее время превышает 1000 различных генетических линий. Выраженное эпидемиологическое значение имеют штаммы: альфа, бета, гамма, дельта и омикрон. Коронавирусная инфекция – мультисистемное заболевание, вызывающее различные осложнения. Основными причинами смерти при COVID-19 являются ОРДС, сердечно-сосудистые осложнения и ТЭЛА. В 2023 г. заболеваемость населения РФ COVID-19 значительно снизилась по сравнению с 2020-2022 гг. Всего в 2023 г. было выявлено 2 072 203 случая COVID-19 (в 2022 г. – 12,102 млн) во всех регионах страны, показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 1412,41. По сравнению с 2022 г. заболеваемость снизилась на 82,9%. Заболеваемость детского населения в возрасте от 0 до 17 лет была ниже показателя 2022 г. в 7 раз и составила 860,99 на

100 тыс. данной возрастной группы. В настоящее время COVID-19 приобретает черты сезонной инфекции.

Цель исследования. Определить клинически значимую изменчивость коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 551 пациента, из них 197 (36%) женщин и 354 (64%) мужчины, находящихся на лечении по поводу коронавирусной инфекции в ФГКУЗ «5 ВКГ ВНГ РФ». Анализировалась заболеваемость COVID-19 за период с мая 2020 г. по декабрь 2022 г., в указанное время у пациентов были выявлены следующие штаммы коронавируса: альфа (Ухань), дельта, омикрон и кентавр. При этом вакцинированы против COVID-19 были 95 человек, полная вакцинация была проведена у 63 человек, ревакцинированы были только у 2 человека. Вакцинация осуществлялась вакцинами: Спутник V, ЭпиВакКорона, КовиВак. Также был проведен анализ статей, содержащих исследования о циркулирующих штаммах коронавируса, отечественных и зарубежных авторов с использованием поисковых систем Cyberleninka, PubMed, на основании изученных данных, приведена сравнительная характеристика клинической и эпидемиологической картин основных штаммов.

Результаты. Первоначальным штаммом коронавируса является SARS-CoV-2, в результате мутаций в его геноме возникли последующие штаммы. Вспышка заболеваемости вызванной указанным штаммом коронавирусной инфекции возникла в 2019 году в КНР, г. Ухань. В период пандемии COVID-19 в ФГКУЗ «5 ВКГ ВНГ РФ» заболеваемость у пациентов была обусловлена геновариантами: альфа, дельта, омикрон и кентавр. Однако согласно классификации ВОЗ на данный момент одновременно в популяции циркулируют: альфа, бета, гамма, дельта и омикрон. Общими признаками данных штаммов SARS-CoV-2 являются высокая контагиозность, высокая вирулентность, тяжелое течение, устойчивость возбудителей к действию вакцин и лекарственным препаратам. Одной из отличительных черт вариантов омикрон и кентавр является высокая заболеваемость в детской популяции. Лица молодого возраста чаще инфицировались уханьским штаммом вируса, в то время как люди старше 60 лет чаще болели инфекцией, вызванной SARS-nCoV-2 ассоциированной с вариантами дельта, омикрон и кентавр. Беременные женщины более восприимчивы к штаммам ухань и дельта. При анализе характеристик циркулирующих штаммов коронавируса выявлено, что инкубационный период сократился с 11 дней (ухань) до 2-3 дней (омикрон и кентавр), также, как и сроки болезни с 11-14 – ухань, дельта до 7 дней – кентавр. Штамм дельта по сравнению с уханьским штаммом стал более агрессивным: увеличилась продолжительность болезни, однако инкубационный период сократился, в клинической картине присоединились проявления поражения ЖКТ, осложнилась дифференциальная диагностика болезни. Циркулирующие штаммы SARS-CoV-2 сравнивались

по степени поражения легких, оценка проводилась по данным КТ. Для штамма ухань характерно поражение 1-24% легких (КТ1). При COVID-19 ассоциированной с вариантом дельта степень поражения легких снижается, а доля лиц без поражения легких (КТ0) увеличивается: дельта – 42,5%, омикрон – 57,1%, кентавр – 87,5%.

Выводы. После повсеместного проведения профилактической иммунизации населения и перенесенного (у многих неоднократно) заболевания возникла существенная иммунная прослойка населения, поэтому в настоящее время COVID-19 становится сезонной. SARS-CoV-2 склонен к изменчивости, вследствие чего образуются новые штаммы вируса, отличающиеся одной или несколькими мутациями от исходного возбудителя. Как следствие, меняется его тропность к тканям организма. Образующиеся штаммы отличаются наиболее высокой контагиозностью и вызывают более тяжелые формы заболевания, поэтому необходимо отслеживать появление новых вариантов вируса для предотвращения будущих возможных эпидемий и пандемий.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЕЙ СТЕАТОЗА И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЧРЕЗКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ ПЕЧЕНИ

Чернов В.С.¹, Козлов К.В.², Патлусов Е.П.¹

¹5 Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии РФ,
Екатеринбург,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Введение. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в лечении хронического гепатита С (ХГС), связанные с все более широким применением противовирусных препаратов прямого действия (ПППД), заболеваемость ХГС по-прежнему остается на высоком уровне. По данным ВОЗ отмечается рост HCV-инфекции как в развитых, так и в развивающихся странах, количество больных составляет более 71 миллиона человек. Ежегодно от вирусного гепатита С умирают более 700 000 человек. Оценка степени фиброза в ткани печени (ФП) является необходимым исследованием у всех пациентов с ХГС. От его результатов зависит прогноз течения заболевания, оценка степени безотлагательности терапии, а также выбор тактики лечения. Наличие портального или септального ФП

увеличивает риски развития цирроза — при портальном (F1) в ближайшие 18–20 лет, а при септальном в ближайшие (F2) 8–10 лет. Кроме того, существуют факторы, способствующие прогрессированию фиброза у пациентов с ХГС. При их наличии, необходимо мониторинг степени ФП. Свой вклад в прогрессирование фиброза печени вносит и жировая дегенерация гепатоцитов. В оценке степени ФП при HCV-инфекции, биопсия печени является «золотым стандартом», однако имеет ряд ограничений. Диагностику степени ФП можно проводить и неинвазивными методами: транзитной или магнитнорезонансной фиброэластометрией и различными вариантами анализа сывороточных биомаркеров. Все перечисленные методы имеют как достоинства, так и недостатки.

Материал и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 203 пациентов с ХГС, находившихся на лечении в инфекционном отделении ФГКУЗ «5 ВКГ ВНГ РФ» в 2017–2023 гг. Диагноз ХГС был установлен на основании комплексного клинико-эпидемиологического анамнеза, объективного осмотра, лабораторных данных: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимического анализа крови, определения количественного содержания в крови РНК ВГС и его генотипирование. Всем пациентам выполнены определение степени фиброза и стеатоза печени на аппарате «FibroScan 502», пункционная биопсия печени (ПБП). Средний возраст пациентов с ХГС составил $38,6 \pm 0,8$ лет, индекс массы тела (ИМТ) $26,9 \pm 0,5$ кг/м².

Результаты и обсуждение. Инструментальное обследование проводилось на аппарате «FibroScan 502» с одномоментным измерением LSM- Liver stiffness measurement – Измерение жесткости печени, и CAP- Controller attenuation parameter- Контролируемый параметр затухания ультразвука, что позволяло судить о степени ФП и стеатоза печени. При интерпретации результатов фибросканирования, стадия F0-1 была диагностирована у 60% пациентов, F2- 38%, F3 у 7%, F4 (цирроз) у 5%. Стеатоз печени по данным эластографии не определялся (S0) у 3% пациентов, соответственно; первая степень стеатоза (S1) диагностирована у 45%, вторая (S2) у 38% (соответственно), третья степень (S3) 14%. В отличие от литературных данных, нами не выявлено снижение частоты стеатоза по мере прогрессирования ФП от F0 до F4. Прогрессирование стеатоза коррелировало с тяжестью ФП. Результаты эластографии соответствовали результатам гистологического исследования биоптатов ткани печени, диагностическая точность возрастала по мере прогрессирования фиброза.

Выводы. По результатам проведенного исследования получены данные подтверждающие прогрессирование стеатоза печени, даже в отсутствие репликации HCV. Учитывая неинвазивность и воспроизводимость инструментальное обследование на аппарате «FibroScan 502», может выполняться неоднократно и использоваться для динамического наблюдения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (SARS-COV-2)

Чернов В.С.¹, Патлусов Е.П.¹, Козлов К.В.²,
Архипова А.С.¹

¹ Военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии РФ,
Екатеринбург,

² Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Актуальность. В течении более чем трех лет, пандемия вызванная COVID-19 оставалась самой серьезной угрозой для мировых систем здравоохранения со времен «испанки» – пандемии вызванной гриппом типа А H1N1, продолжавшейся с 1918 по 1920 гг. и унесшей по разным данным от 17,4 до 100 млн жизней. Уровень развития современных национальных систем здравоохранения позволил избежать такого критического ущерба человечеству. После повсеместного введения профилактической иммунизации населения и перенесенного (у многих неоднократно) заболевания возникла иммунная прослойка населения, однако и в настоящее время коронавирусная инфекция является грозной инфекцией способной привести к неблагоприятным исходам.

Рассмотрим клинический случай – смерть пациента вследствие коронавирусной инфекции (COVID-19), осложнившейся флеботромбозом глубоких вен нижних конечностей, ее непосредственной причиной стала острая субмассивная тромбоэмболия легочной артерии при явлениях обструктивного шока.

Пациент 58 лет, женщина, с 29.06.2020 года начала отмечать слабость и повышение температуры тела до 37,2–37,4°C с последующим подъемом ее до 39,0°C. За медицинской помощью обратился 29.06.2020 г. в поликлинику по месту жительства. Пациент не был вакцинирован против коронавирусной инфекции. При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки от 01.07.2020 года: «КТ картина вирусной полисегментарной пневмонии. Объем поражения паренхимы не более 20% (КТ-1)». Назначенное участковым терапевтом лечение эффекта не имело. В связи с ухудшением состояния 10.07.2020 г. вызвала «Скорую помощь», бригадой СМП была госпитализирован в стационар. При поступлении: снижен Hb (100 г/л), тромбоцитопения (171×10^9 /л), лимфоцитопения (3%) лейкоцитоз ($25,2 \times 10^9$ /л), гиперхолестеринемия (7,7 ммоль/л), повышен СРБ (55 мг/л), снижен ПТИ (90%), SpO₂ 94%, ЧСС 98 в минуту; АД 110/70 мм рт. ст. За время наблюдения и лечения состояние пациента оставалось стабильным – средней степени тяжести. Ухудшение состояния наступило на пятые сутки стационарного лечения, внезапно (чувство нехватки воздуха, выраженная

общая слабость), что потребовало перевода пациента в реанимационное отделение и проведения искусственной вентиляции легких. Заподозрена тромбоэмболия легочной артерии. Интенсивная терапия в условиях реанимационно-анестезиологического отделения в течение 11 часов эффекта не имела, и при явлениях прогрессирующей полиорганной недостаточности наступил летальный исход. ПЦР мазков из зева и носа от 15.07.2020 года – выделена РНК SARS-CoV-2.

При проведении патологоанатомического исследования визуализируется крупный тромбоэмбол серо-красного цвета, в остальных ветвях легочных артерий – жидкая кровь; интима сосудов серая с синюшным оттенком, гладкая, блестящая, чистая, в просвете левой главной легочной артерии. При осмотре сосудов легких в верхне- и нижнедолевых ветвях левой легочной артерии обнаружены крупные тромбоэмболы серо-красного цвета, в остальных ветвях обеих легочных артерий разного калибра – жидкая кровь.

При гистологическом исследовании альвеолярного эпителия обнаружено вирусное поражение в форме синцитиальной метаплазии – пролиферация альвеолярного эпителия с формированием клеточных пластов с гиперхромными, полиморфными ядрами.

Установлен патологоанатомический диагноз: основное заболевание – интерстициальная пневмония в фибротической стадии, обусловленная коронавирусной инфекцией. Осложнением основного заболевания является острая субмассивная тромбоэмболия легочных артерий: крупные тромбоэмболы в главной и долевых ветвях левой легочной артерии.

По данным литературы, основным морфологическим проявлением всех штаммов коронавируса в легких является диффузное альвеолярное повреждение (ДАП) в сочетании с вовлечением в патологический процесс сосудистого русла легких и альвеолярно-геморрагическим синдромом. Термин вирусной (интерстициальной) пневмонии выражает именно развитие ДАП, а при коронавирусной инфекции должен подразумевать патологию сосудов легких, в первую очередь микроциркуляторного русла – микроангиопатию сочетающуюся с тромбозом.

Описанный нами клинический случай соответствует литературным данным. Выводы. Приведенный клинический пример доказывает, что наибольшие изменения при коронавирусной инфекции обнаруживают в легких (ДАП с патологией сосудистого русла), с типичными признаками вирусного поражения в альвеолах, альвеолярных ходах и бронхиолах. Одним из наиболее опасных осложнений является тромбоэмболия легочной артерии.



ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ ПОСЛЕ ФРАКЦИОННОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА

Чернышов Д.В.¹, Жуков А.С.¹, Плахов В.Н.¹,
Ключникова Л.П.², Болахан А.В.¹, Богданова Е.Г.¹

¹ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

² СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Актинический кератоз (АК) представляет собой поражение кожи, возникающее вследствие хронического фотоповреждения, морфологическую основу которого составляют пролиферирующие атипичные эпидермальные кератиноциты. АК относят к предраковому заболеванию кожи с риском перерождения в плоскоклеточную карциному до 20%. Изучение вопросов диагностики и лечения АК представляет особый интерес, поскольку распространенность АК составляет до 10% у людей в возрасте 20-29 лет и достигает 80% у лиц 60-69 лет.

Основным направлением в лечении актинического кератоза является деструктивная терапия с использованием физических методов воздействия (криодеструкция, кюретаж и электрокоагуляция, лазерная и радиохирургическая деструкция, хирургическая эксцизия, фотодинамическая терапия). Фотодинамическая терапия представляет собой малоинвазивный метод лечения, заключающийся в способности ряда лекарственных препаратов – фотосенсибилизаторов (ФС) избирательно накапливаться в атипичных клетках. При последующем облучении обработанных тканей светом с длиной волны, соответствующей пику поглощения ФС, в присутствии тканевого кислорода, происходит фототоксическая реакция, которая в итоге приводит к разрушению клеточных мембран и гибели опухолевых клеток.

Для улучшения эффективности лечения и снижения выраженности побочных эффектов перспективным направлением является предварительная подготовка облучаемой кожи. Одним из возможных вариантов является проведение абляционного фракционного лазерного фототермолиза, который позволяет создавать в коже множество микроскопических отверстий, через которые повышается глубина проникновения применяемого фотосенсибилизатора для оптимизации требуемого эффекта.

Цель исследования. Изучение эффективности и переносимости фотодинамической терапии после предварительного абляционного фракционного лазерного фототермолиза пораженных участков кожи.

Материалы и методы. На лечении в клинике кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии находилось 5 пациентов с жалобами на

высыпания в области лица и туловища, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. На основании жалоб, анамнеза и дерматоскопической картины установлен диагноз актинический кератоз.

Для лечения больных использовалась фотодинамическая терапия после предварительного абляционного фракционного лазерного фототермолиза пораженных участков кожи. Для проведения фотодинамической терапии пациентам проводились аппликации с топическим сенсibilизатором (гель «Радахлорин»). После двухчасовой экспозиции выполнялось облучение области поражения лазерным медицинским аппаратом «АЛОД-01» с выходной оптической мощностью до 3 Вт, длиной волны излучения 662 нм. Для каждого пациента производился расчет параметров облучения с подбором суммарной дозы для достижения плотности мощности на объекте 0,24-0,4 Вт/см², плотность энергии составляла 80-180 Дж/см² (медиана – 100 Дж/см²). Далее проводилось облучение образования в непрерывном режиме в течение 4-9 минут, согласно полученным расчетным данным. После окончания процедуры на область воздействия накладывалась повязка с антибактериальной мазью.

Результаты и обсуждение. Все пациенты отмечали хорошую переносимость процедуры. Болевые ощущения оценивались в среднем на 6 баллов (по шкале от 1 до 10), при этом в некоторых случаях в начале процедуры чувствительность была существенно выше (7-8 из 10), далее интенсивность ощущений снижалась до 5 из 10. За время наблюдения случаев развития реакции фототоксичности зафиксировано не было.

На 3-5 сутки формировалась корка, с периферической зоной воспаления, соответствующая «пятну» лазерного излучения.

В течение 2-3 недель происходило отторжение корки и заживление. Все пациенты отмечали удовлетворительный косметический результат лечения.

Через месяц при контрольном осмотре пациентов от проведенного лечения при визуальном осмотре и дерматоскопическом исследовании признаков рецидива актинического кератоза зафиксировано не было.

Заключение. Проведенное пилотное исследование позволило установить высокую эффективность терапии больных актиническим кератозом при проведении фотодинамической терапии после предварительного абляционного фракционного лазерного фототермолиза пораженных участков кожи путем быстрого восстановления кожи, хороших косметических результатов лечения и низкой вероятности развития побочных эффектов.

Для подтверждения и повышения эффективности фотодинамической терапии больных актинических кератозом необходимо провести дальнейшие исследования путем увеличения количества наблюдений, а также осуществления сравнительного анализа различных схем предварительной подготовки и различным методом облучения кожи.

РАННИЙ ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Шалыгина М.В., Волков А.В., Попкова Т.В.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое аутоиммунное заболевание, которое ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Исследования последних лет показывают, что пациенты с СКВ подвержены раннему развитию атеросклероза, что значительно повышает риск развития инфарктов и инсультов даже у молодых пациентов. Важным предиктором сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является артериальная ригидность, которая выявляет снижение эластичности стенок сосудов. Однако механизмы ее развития у этих больных до конца не изучены, а диагностические и прогностические подходы требуют дальнейшего изучения. В связи с этим изучение изменений артериальной ригидности у пациентов с СКВ представляет значительный научный и клинический интерес.

Цель. Изучение параметров локальной сосудистой жесткости у больных СКВ

Материалы и методы. В исследование включено 70 пациентов и 39 лиц, составившие контрольную группу сопоставимые по полу и возрасту. В группе СКВ преобладали женщины 60 (86%), средний возраст 37,8±10,6 лет, в контроле было 35 (89%) женщин, средний возраст 37,2±9,1.

Наиболее частыми клиническими проявлениями СКВ были поражение суставов – 42 (60%), кожи – 25 (36%), гематологические нарушения – 25 (36%). Антиядерный фактор был выявлен в 100% случаев, позитивность по анти-дсДНК и гипокомплементемия у 51 (73%) пациента. Большинство пациентов имели среднюю (32 (46%)) и высокую степень активности (20 (29%)) по SLEDAI2-k, медиана 6 (4;10) баллов. Терапию глюкокортикоидами (ГК) получали 53 пациента (76%), гидроксихлорохином (ГХ) 48 (68%). Всем участникам выполнялось УЗИ общих сонных артерий (ОСА) с исследованием индекса аугментации (Augmentation Index, AIx) в положении лежа. Перед УЗИ все проходили физикальное и инструментально-лабораторные обследования, обследование наличия традиционных факторов риска (ТФР): индекс массы тела, ожирение, статус курения, артериальное давление, расчет риска развития ССЗ по шкале QRISK-3.

Результаты. У пациентов с СКВ выявлены более высокие значения AIx в левой и правой ОСА по сравнению с контрольной группой: слева 1,9 (-0,1;5,5)% и 0,0 (-1,1;2,1)%, $p=0,008$; справа 1,2 (-0,1;5,1)% и 0,1 (-0,6;2,3)%, $p=0,02$ соответственно. Был проведен ана-

лиз частоты встречаемости ТФР: пациенты с СКВ чаще имели артериальную гипертензию (АГ) – 28(48%), по сравнению с контрольной группой – 8 (20%), $p=0,03$. Другие ТФР встречались с одинаковой частотой. Риск развития ССО по шкале QRISK-3 был выше в группе СКВ 6,5 (3,2;10,3), чем в контрольной группой 0,6 (0,2;1,9), $p<0,001$.

У пациентов с СКВ обнаружена положительная корреляция между АІх справа и анти $\beta 2$ -ГПІ IgG ($r=0,33$, $p=0,01$). Согласно медианам АІх слева (1,9%) и справа (1,2%) пациентки были разделены на группы: пациенты с АІх>1,9% ($n=34$), АІх<1,9% ($n=36$) и с АІх>1,2% ($n=35$), АІх<1,2% ($n=35$).

У больных с высокой артериальной жесткостью по АІх слева кумулятивная доза ГК составила 15 (12;28)г против 7 (2;20)г соответственно, $p=0,03$; длительность СКВ была выше 4,6 (2,3;8,9) лет против 4,0 (1,0;13) лет, $p=0,05$. Индекс активности SLEDAI-2k так же несколько выше у пациентов с АІх>1,9% слева 7 (6;12) против 6 (4;8), хотя и не достигал достоверности, $p=0,06$. Различий между группами в терапии ГХ не было. В группе с АІх>1,9% АГ была диагностирована у 18 (53%) пациентов, во второй 10 (28%), $p=0,03$. По частоте других ТФР различий не было.

Обсуждение. У больных СКВ жесткость сонных артерий была выше по сравнению с контрольной группой. Внутри группы СКВ пациенты с высокими значениями индексов жесткости имели выше кумулятивную дозу ГК, длительность и активность СКВ. Пациенты не имели значимых различий по частоте встречаемости ТФР, кроме АГ. Полученные данные свидетельствуют о снижении эластичности сосудистой стенки, что может указывать на повышенный риск ССО у данной когорты пациентов. Этот факт подтверждает, что изменения артериальной жесткости у пациентов с СКВ, обусловлены не только ТФР, но и факторами риска заболевания, способствующие ускоренному развитию атеросклеротических изменений и сосудистой дисфункции.

Заключение. У пациентов с СКВ повышена ригидность сосудистой стенки и ассоциирована с проявлениями и течением заболевания (длительность и высокая активность заболевания, кумулятивная доза ГК), а также с таким фактором риска, как АГ. В связи с этим необходим контроль активности заболевания и коррекция кардиоваскулярных рисков.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Шаповалова А.Б., Худайкулова Н.А.,
Фейзуллаева Л.М.

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить состояние липидного обмена у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа длительного течения с потребностью в инсулине в зависимости от состояния функции почек.

Материалы и методы. Всего обследовано 32 пациента (м-10, ж-22) с СД 2 типа, получающих постоянную инсулинотерапию (ИТ). Средний возраст – 68,9 $\pm$ 3,38 лет. Все больные были госпитализированы по неотложным показаниям (гипертонический криз, кетоацидоз, гипогликемия, декомпенсация сердечной недостаточности (СН) и др.). Обследуемые были разделены на две группы: группа 1 (19 чел.) – с нормальной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ), группа 2 (13 чел.) – с низкой СКФ. Пациенты, получающие заместительную почечную терапию, в работу не включались. Проведена статистическая обработка данных с использованием современных методов вариационной статистики в программе Excel.

Результаты и обсуждение. Стаж СД 2 типа с момента выявления во всех случаях более 10 лет, продолжительность ИТ от 5 лет и более (в среднем 6,9 $\pm$ 1,4 лет). Средний индекс массы тела (ИМТ) – 28,65 $\pm$ 1,8 кг/м кв. (ожирение 1 и 2 степени (ВОЗ) – более трети больных, ожирение 3 ст. (ВОЗ) – один случай). Средний уровень глюкозы при поступлении – 21,68 $\pm$ 1,91 ммоль/л, при этом у пятой части больных – выше 30 ммоль/л. Среднее значение гликированного гемоглобина (HbA1c) – 11,3 $\pm$ 0,91%. Все больные получают постоянную ИТ с применением препаратов инсулина длительного и ультракороткого действия. При поступлении у 14 больных (43%) отмечен кетоацидоз (в трех случаях – тяжелый), у троих – рецидивирующая гипогликемия. Более половины больных имели множественные поздние осложнения СД (полинейропатия, микро- и макроангиопатии). Более 60% больных страдают гипертонической болезнью 3 стадии, у 55% – ИБС, постинфарктный кардиосклероз, у четверти – тяжелые нарушения ритма и проводимости, около 60% – СН 2-3 ФК (NYHA). При поступлении в половине случаев выявлены уровни артериального давления (АД) выше 140/90 мм рт. ст. В группе 1 СКФр. составила 90,74 $\pm$ 4,05 мл/мин/м кв., группе 2 – 38,68 $\pm$ 4,45 мл/



мин/м кв. (ниже 50 мл/мин/м кв. – почти у половины) ($p1-2<0,05$). Диагноз хронической болезни почек (ХБП) 2-4 стадии ранее установлен в 54% больных со сниженной СКФ. Средние уровни HbA1c были выше 10% в обеих группах и достоверно не различались ($p1-2>0,05$). Уровни АД в обеих группах также были высокими и существенно не различались (САД1 -141,67±8,05, САД2 -150,45±10,75 мм рт.ст., $p1-2>0,05$). Сердечно-сосудистые события в анамнезе отмечались более чем у половины больных. У всех больных в обеих группах риск сердечно-сосудистых осложнений был очень высоким. Дислипидемия при поступлении выявлена в 65% случаев. Уровни общего холестерина (общХС), ХС-ЛПНП были выше у пациентов без ХБП (6,94±1,31 против 4,89±0,54 ммоль/л и 3,12±0,58 против 2,72±0,42 ммоль/л соответственно, $p1-2>0,05$). Уровни триглицеридов и коэффициент атерогенности (КА) оказались в этой группе в два раза выше (3,83±1,04 против 1,94±0,25 ммоль/л и 7,0±2,06 против 3,98±0,8 соответственно, $p1-2<0,05$). Более низкие показатели проатерогенных классов и КА при низкой СКФ, по-видимому, обусловлены более низкими среднесуточными уровнями гликемии в этой группе в течение длительного времени до госпитализации, а также более выраженным эффектом гиполипидемической терапии у части больных.

Выводы. 1. Тяжелое нарушение функции почек выявлено у трети пациентов со сниженной СКФ. 2. Дислипидемия выявлена у большинства больных. 3. Более высокие уровни проатерогенных классов липопротеидов и КА выявлены у больных сахарным диабетом 2 типа с инсулинопотребностью при нормальной СКФ, тогда как при сниженной СКФ показатели липидного обмена были приближены к целевым. 4. Распределение показателей липидного спектра в группах, наиболее вероятно, связано с высоким риском гипогликемических состояний и более низкими среднесуточными уровнями гликемии в течение длительного времени, а также более выраженным эффектом гиполипидемических средств при ХБП.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Шаповалова И.А.

Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Введение. Довольно значимой проблемой современной гепатологии является поражение печени и

желчного пузыря (ЖМ), связанных анатомическим и функциональным единством. Примером может служить рост частоты хронического токсического гепатита (ХТГ) в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ).

Цель. Изучить и проанализировать фагоцитарную активность моноцитов (ФАМ) у пациентов хроническим токсическим гепатитом в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом в динамике общепринятого лечения.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 87 больных ХТГ на фоне ХНХ в возрасте от 30 до 50 лет.

Для реализации цели, помимо общепринятого обследования, изучали состояние макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) изучали чашечным методом по показателям ФАМ: фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс аттракции (ИА), индекс переваривания (ИП).

Результаты и обсуждения. При проведении иммунологического исследования было установлено, что у всех больных на ХТГ на фоне ХНХ были выявлены однотипные сдвиги со стороны проанализированных показателей ФАМ, свидетельствовавшие об угнетении функционального состояния МФС.

Так, ФИ составлял до начала лечения в среднем 14,5±1,4%, что было в 1,83 раза ниже нормы ($P<0,001$). ФЧ составляло в этот период обследование в среднем 2,3±0,06, что было в 1,74 раза ниже нормы ($P<0,001$). При анализе ИА было установлено снижение этого показателя по отношению к норме в среднем в 1,29 раза ($P<0,05$). Отмечено также существенное уменьшение ИП в 1,98 раза ($P<0,001$).

При повторном иммунологическом исследовании на момент завершения общепринятого лечения больных ХТГ на фоне ХНХ, несмотря на некоторую нормализацию, изученные показатели ФАМ оставались достоверно выше нормы. Действительно, кратность повышения в ходе лечения ФИ составила 1,41 раза; при этом данный показатель к моменту завершения лечения оставался в среднем в 1,29 раза ниже нормы ($P<0,05$). ФЧ на момент завершения лечения составляло 2,8±0,06, т.е. повысился в среднем в 1,21 раза по отношению к исходному уровню, однако был в этот период обследование в 1,42 раза ниже нормы ($P<0,01$). При повторном иммунологическом обследовании было установлено, что ИА увеличился в среднем лишь в 1,1 раза по сравнению с исходным уровнем и составлял при этом 13,2±0,18%, что было в 1,12 раза ниже нормы ($P<0,05$). Показатель завершенности фагоцитоза – ИП составлял в среднем 19,2±0,8%, что было в 1,31 раза ниже нормы ($P<0,01$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что общепринятая терапия оказывает некоторое положительное влияние на нормализацию показателей системы фагоцитирующих макрофагов, но не обеспечивает их полной нормализации, что требует медикаментозной коррекции.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Шатохина Я.П.¹, Никонова Е.М.¹,
Коваленко Ю.А.²

¹Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,

²Луганская городская детская больница №1,
Луганск

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) составляют около 90% среди всех инфекционных заболеваний. Важно заметить, что средний показатель заболеваемости ОРВИ в сезоне 2023-2024 годы составил по Российской Федерации 71,6 случая на 10 000 населения, более того, сохранилась тенденция большей вовлеченности в эпидемический процесс детей 0-2 и 3-6 лет. Наиболее подвержены заболеваемостью ОРВИ и гриппом дети, страдающие хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы, пациенты с иммунодефицитными состояниями. Высокая частота заболеваний респираторного тракта объясняется многообразием этиологических факторов (ОРВИ негриппозной этиологии, вирусы гриппа А и В, РС-вирусы и SARS-CoV-2, а также вирусы ECHO и Коксаки), микст-инфекций, высокой изменчивостью возбудителя и легкостью передачи (воздушно-капельный путь).

Осложнения ОРВИ и гриппа наиболее часто регистрируются в период эпидемии у детей, лиц пожилого и старческого возраста, людей с ослабленным иммунитетом. В арсенале современных медиков имеются средства, способные улучшить защитную функцию организма. Одним из таких средств является эхинацея.

Эхинацея оказывает противомикробное, противовирусное и противогрибковое воздействие, а благодаря высокой концентрации полисахаридов обладает выраженной иммуностимулирующей активностью. Эхинацея укрепляет защитные силы организма, увеличивает количество лейкоцитов, стимулирует производство в организме интерферона – специфического белка, защищающего клетки от проникновения вирусов. Обладает противовоспалительным действием. Многочисленные двойные слепые исследования подтвердили эффективность эхинацеи при простудных заболеваниях и гриппе. Препарат эхинацеи эффективен при лечении простуды и способствует более быстрому выздоровлению (сокращает длительность заболевания на 72 часа. При включении препаратов эхинацеи при первых признаках респираторной инфекции заболевание протекает в более легкой форме (смягчаются основные симптомы).

Цель исследования. Оценка эффективности лечения иммуномодулятором растительного происхождения, на основе эхинацеи пурпурной (*Echinacea purpurea*) в комплексе фармакотерапии острых респираторных инфекций у детей.

Материалы и методы. Нами выполнен иммунологический мониторинг некоторых показателей иммунной системы у 52 детей различных возрастных групп с клиническими признаками иммуносупрессии. В первую очередь, это повторные случаи ОРВИ или ангины, наличие хронических воспалительных процессов в ЛОР-органах и в бронхолегочной системе.

Детям больным ОРВИ негриппозной этиологии дополнительно в комплекс терапии включали иммуномодуляторы растительного происхождения, на основе эхинацеи пурпурной (*Echinacea purpurea*). С момента поступления назначали интенсивный курс энтерального использования препаратов эхинацеи в течение 2-3 суток, а затем переходили на стандартную схему дозирования.

Результаты и обсуждение. У обследованных детей до начала проведения лечения были выявлены неоднородные изменения в иммунном статусе. Обнаружены Т-клеточный дефицит, дисбаланс Т-лимфоидных (иммунорегулирующих) субпопуляций, дефект гуморального звена иммунитета у 66,8% больных, степень изменений зависела от клинической формы и периода заболевания.

В результате клинических наблюдений было установлено быстрое купирование гриппозной инфекции, особенно в тех случаях, когда с момента заболевания до начала лечения прошло не более 12 часов. При этом включение в комплекс стандартной терапии препаратов эхинацеи способствовало предупреждению развития осложнений со стороны бронхолегочной системы (бронхиты, пневмонии) и ЛОР-органов (отиты, синуситы). Под влиянием эхинацеи к моменту выписки (в среднем через 10-12 суток) выявлена нормализация уровня иммуноглобулинов группы А, М и G.

Выводы. Полученные данные позволяют считать целесообразным включение препаратов растительного происхождения, обладающих иммуномодулирующим действием, на основе эхинацеи пурпурной (*Echinacea purpurea*), в терапию острой респираторной вирусной инфекции с целью повышения иммунологической реактивности организма.



ВОЗМОЖНОСТИ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА – СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ И ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Шашко К.С.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. На основании анализа литературных источников и собственных клинических наблюдений представить данные об эффективности и безопасности применения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в терапии спондилоартритов (СПА) у пациентов с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Материалы и методы. Выполнен поиск в базах РИНЦ, PubMed с применением поисковых слов «Анкилозирующий спондилит», «Аксиальный спондилоартрит (аксСПА)», «Периферический спондилоартрит», «Псориатический артрит (ПсА)», «Ankylosing spondylitis», «Spondyloarthritis», «Psoriatic Arthritis»: из 233 были отобраны и проанализированы 35 статей. Представлен собственный опыт лечения 6 пациентов со СПА и ВИЧ.

Результаты и обсуждение. Клинические опыт применения ингибиторов фактора некроза опухоли- α составляет 76% всех опубликованных наблюдений: наиболее часто применяли этанерцепт (92% случаев). При применении этанерцепта число CD4-лимфоцитов во всех наблюдениях оставалось стабильным, оппортунистических инфекций не зарегистрировано. В литературе описывается применение инфликсимаба у двух ВИЧ-инфицированных пациентов с реактивным артритом (РсА): была достигнута положительная динамика артрита, через 6 месяцев применения пациенты вышли в ремиссию, иммунологический статус и уровень вирусной нагрузки ВИЧ во время применения препарата оставались стабильными. Кроме того, были описаны 2 случая применения устекинумаба с улучшением течения псориаза и случай успешного применения адалимумаба у пациентов с ПсА. Описаны успешные случаи применения секукинумаба, тофацитиниба и апремиласта при хорошей переносимости в отношении ВИЧ инфекции и иммунологического статуса пациентов.

Собственный опыт применения ГИБП у ВИЧ-инфицированных пациентов представлен лечением ПсА у 5 пациентов этанерцептом по 50 мг 1 раз в неделю, подкожно и одного пациента с аксСПА в сочетании с воспалительным заболеванием кишечника (ВЗК) тофацитинибом по 10 мг в сутки. Все пациенты были мужчинами, являлись носителями HLA-B27 и получали антиретровирусную терапию. Средний возраст наблю-

даемых пациентов 34 года $34 \pm 4,4$ г. Возраст выявления ВИЧ-инфекции у пациентов и появление симптомов СПА совпадал ($32 \pm 4,1$ г и $32,8 \pm 1,1$ г соответственно).

У всех наблюдаемых пациентов с ПсА проводился контроль клинической картины и иммунологического статуса с расчетом индекса PASI, подсчета болезненных и припухших суставов, контроля количества CD4 и С-реактивного белка – все показатели были зафиксированы исходно и спустя 12 месяцев терапии. Пациенты демонстрировали уменьшение индекса PASI (PASI исходный $17,4 \pm 11,9$, PASI через 12 месяцев $1,54 \pm 1,84$), уменьшение числа болезненных (исходно $8,60 \pm 4,22$, через 12 месяцев $1,60 \pm 1,14$) и припухших суставов (исходно $4,20 \pm 1,79$, после терапии $0,60 \pm 0,8$) и снижение уровня С-реактивного белка (исходно $47,5 \pm 28$ мг/л, через 12 месяцев $5,4 \pm 2,4$ мг/л), количество CD4 на фоне терапии увеличилось (исходно $241,2 \pm 181,7$ тысяч в мкл, через 12 месяцев $630,4 \pm 214$ тысяч в мкл). Ни у одного из наблюдаемых пациентов не было выявлено оппортунистических инфекций.

Лечение тофацитинибом пациента с аксСПА в сочетании ВЗК проведено без эффекта со стороны аксиального спондилоартрита, без изменений количества CD4 и без ухудшения статуса по вирусной инфекции.

Представленные клинические случаи демонстрируют противоречивость применения ГИБП у данной когорты пациентов: этанерцепт показал обнадеживающие результаты в терапии ВИЧ-инфицированных пациентов с ПсА, в то же время применение адалимумаба не оказало существенного влияния на течение аксСПА. К сожалению, масштаб выборки не позволяет сделать однозначных выводов, но наличие успешного клинического опыта может послужить толчком к дальнейшему изучению данного метода терапии.

Выводы. Возможно успешное применение ГИБП при сочетании СПА и ВИЧ-инфекции при условии применения антиретровирусной терапии ВИЧ, контроля вирусной нагрузки и иммунологического статуса.

НОРМАЛИЗАЦИЯ РИТМА ДЕФЕКАЦИИ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Шемеровский К.А.¹, Кантемирова Р.К.²,
Селиверстов П.В.³, Васильев В.В.⁴

¹Санкт-Петербургский медико-социальный институт,

²Санкт-Петербургский государственный университет,

³Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова.

⁴Городская поликлиника №38,
Санкт-Петербург

Введение. Циркадианный ритм питания и опорожнения кишечника является таким же жизненно необходимым, как и циркадианный цикл сон–бодрствование.

Замедление энтерального ритма (синдром брадиэнтерии) при частоте стула ниже 7 раз в неделю повышает риск колоректального рака в 2,6-4,4 раза и риск кардиоваскулярной смертности в 1,39-1,56 раза. Вопрос о немедикаментозном восстановлении ритма стула с помощью минеральных вод остается малоизученным.

Цель исследования. Состояла в изучении влияния недельного приема минеральной воды Билинска Киселка на ритм дефекации у молодых и пожилых пациентов.

Материалы и методы. Методом исследования была методика хроноэнтерографии – недельный мониторинг частоты и акрофазы ритма стула. Для выявления нарушений ритма стула проводили скрининг брадиэнтерии (частота стула от 1 до 6 раз в неделю) у 125 студентов-медиков (60% женщины) в возрасте 24-29 лет, и у 47 пожилых пациентов (55% женщин) в возрасте 62-84 года. После выявления пациентов с брадиэнтерией рекомендовали 30 студентам и 30 пожилым пациентам прием минеральной воды по 300 мл 3 раза в день (утром, днем и вечером) в течение 7 дней одной недели. Анализировали эффективность такой дополнительной минеральной гидратации по показателям частоты и акрофазы ритма дефекации. Пациенты самостоятельно заполняли разработанный нами недельный дневник питания-опорожнения и приема минеральной воды. Билинска Киселка (Bilinska Kyselka) является минеральной негазированной гидрокарбонатно-натриевой среднеминерализованной водой.

Результаты исследования. Показали, что Брадиэнтерия была выявлена почти у каждого второго молодого медика (у 46%). Регулярный ритм стула (эуэнтерия) выявлен у 54% студентов. У женщин Брадиэнтерия встречалась в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. 30 молодых медиков, подписавших добровольное согласие по приему минеральной воды, распределились на 4 типа реакций: 1 тип – ежедневный утренний однократный стул выявлен у 10 из 30 студентов (33%); 2 тип – ежедневный 2-кратный стул (утром и вечером) – у 8 из 30 студентов (27%); 3 тип – ежедневный 3-кратный стул (утром, днем и вечером) – у 2 из 30 студентов (7%); 4 тип – нерегулярный однократный стул (Брадиэнтерия, стул 6 раз в неделю) – у 10 из 30 студентов (33%). Выявлено два побочных эффекта: 1) жалобы на головную боль у женщины, работающей по ночам; 2) констатация факта уменьшения массы тела почти на 2 кг у женщины с младенцем. Скрининг ритма стула у пожилых пациентов показал, что регулярный ритм (Эуэнтерия) имел место у 19% пожилых. Синдром Брадиэнтерии был диагностирован у 81% пожилых пациентов. У пожилых женщин замедление ритма стула встречалось в 4,8 раза чаще, чем у пожилых мужчин. Выявлено 2 типа реакций на прием воды Билинска Киселка (300 мл 3 раза в день, 7 дней) у пожилых пациентов: 1 тип – восстановление ежедневного утреннего стула выявлено у 6 пожилых лиц;

2 тип – нерегулярный однократный утренний стул (1-2, 3-4, 5-6 раз в неделю) выявлен у 24 пожилых лиц. Выявлен 1 побочный эффект от приема 900 мл минеральной воды в день у мужчины в виде ночного недержания мочи.

Выводы. 1. Эффективность нормализации ритма стула у пожилых пациентов при приеме воды Билинска Киселка (по 300 мл 3 раза в день в течение одной недели) составила 20%. 2. Немедикаментозное восстановление ритма стула у пожилых пациентов с помощью минеральной воды Билинска Киселка было почти в 3 раза менее эффективным, чем у молодых пациентов, что свидетельствует о необходимости более пролонгированной (возможно в 3 раза более продолжительной) терапии минеральными водами у пациентов пожилого возраста.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАИМНОЙ СВЯЗИ РАЗЛИЧНЫХ ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФИБРОЗА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ СТЕАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Шиповская А.А.¹, Дуданова О.П.¹, Ларина Н.А.¹,
Курбатова И.В.²

¹Петрозаводский государственный университет,

²Карельский научный центр РАН,
Петрозаводск

Цель исследования. Оценить связь инсулинорезистентности и фиброза у пациентов метаболически ассоциированной стеатозной болезни печени (МАСБП) на додиабетической стадии с использованием различных расчетных индексов инсулинорезистентности (ИР) и фиброза.

Материалы и методы. Обследовано 124 пациента МАСБП на доцирротической стадии без манифестного сахарного диабета 2 типа (СД2): мужчин 85 (68,5%), женщин – 39 (31,5%), средний возраст составил 47,6±10,95 года. Диагноз МАСБП устанавливался на основании антропометрических, традиционных лабораторных и сонографических данных. Исключался другой генез поражения печени – вирусный, алкогольный, аутоиммунный, лекарственный. Также в исследование не включались пациенты с острыми, хроническими, онкологическими заболеваниями внутренних органов и тяжелой хронической сердечной недостаточностью. Оценивались гемограмма, традиционные печеночные тесты, натощаковая гликемия, липидный профиль.

Методом ИФА определялся уровень натощакового инсулина («Insulin TEST System», США). Рассчитывались следующие индексы ИР: триглицерид-глюкозный индекс (ТГИ) = $\ln[(\text{триглицериды мг/дл} \times \text{глюкоза натощак мг/дл})/2]$; HOMA-IR – (натощаковая глюкоза, ммоль/л) $\times$ (натощаковый инсулин, мкМЕ/мл)/22,5; QUICKI – $1/[\log(\text{натощаковая гликемия, мг/дл}) + \log(\text{натощаковый инсулин, мкМЕ/мл})]$. Рассчитывались следующие индексы фиброза: NAFLD FS = $-1,675 + 0,037 \times \text{возраст (годы)} + 0,094 \times \text{ИМТ (кг/м}^2) + 1,13 \times \text{гипергликемия натощак (или СД)} + 0,99 \times \text{АСТ/АЛТ} - 0,013 \times \text{количество тромбоцитов} (\times 109/\text{л}) - 0,66 \times \text{альбумин (г/дл)}$; APRI = $(\text{АСТ} / (\text{ВГН АСТ})) \times 100 / \text{тромбоциты (109/л)}$, FIB-4 = $\text{возраст (лет)} \times \text{АСТ} / (\text{тромбоциты (109/л)} \times \sqrt{\text{АЛТ}})$.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel и StatGraphics 2.1 для Windows OS с использованием критерия U Вилкоксона–Манна–Уитни. Различия между изучаемыми группами считали достоверными при $p < 0,05$. Зависимости величин рассчитывались при помощи корреляций Спирмена. Связи считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выраженность некrotически-воспалительного синдрома у обследованных пациентов была умеренной: АЛТ $54,4 \pm 11,3$ Ед/л, АСТ – $43,2 \pm 15,8$ Ед/л, ЩФ – $210,9 \pm 27,8$ Ед/л, ГГТП – $110,6 \pm 23,2$ Ед/л, как и метаболические показатели – гликемия – $6,5 \pm 1,0$ ммоль/л, холестерин – $6,0 \pm 1,7$ ммоль/л, ЛПНП – $3,7 \pm 0,9$ ммоль/л, ЛПВП – $1,3 \pm 0,3$ ммоль/л, ТГ – $2,3 \pm 0,8$ ммоль/л. Несмотря на нормальный уровень натощаковой гликемии у большинства 100 (80,6%) больных был повышен уровень ТГИ, он составил $9,01 \pm 0,57$; реже выше референтного уровня повышался HOMA-IR – у 66 (53,2%) пациентов, его уровень составил $3,70 \pm 3,13$; и QUICKI повышался у 61 (49,2%), он составил $0,36 \pm 0,08$. Значения индексов фиброза были следующими: NAFLD FS = $-0,762 \pm 1,164$; APRI = $0,553 \pm 0,47$; FIB-4 = $1,32 \pm 0,74$. Наиболее высокая прямая корреляционная связь выявлялась между такими индексами ИР и индексами фиброза, как ТГИ и HOMA-IR с NFS: ТГИ и NFS – $r = 0,57$ ($p = 0,0016$), HOMA-IR и NFS – $0,51$ ($p = 0,004$). QUICKI достоверно не коррелировал ни с одним из индексов фиброза.

Выводы. Выявлена прямая зависимость инсулинорезистентности и фиброза при МАСБП. Максимальная достоверная прямая коррелятивная связь определялась между NFS и триглицеридглюкозным индексом (0,57) и NFS, и HOMA-IR (0,51). Определение данных индексов целесообразно для оценки данных взаимозависимых патогенетических механизмов прогрессирования МАСБП.

Исследование выполнено в рамках реализации Программы поддержки НИОКР студентов и аспирантов ПетрГУ, финансируемой Правительством Республики Карелия (соглашение № КГРК-24/35).

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВНУТРЕННЯЯ ПАТОЛОГИЯ

Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Понятие «метаболический синдром» все время расширяется. В него теперь включают не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, альбуминурию, гипертрофию миокарда, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение концентрации некоторых реагентов острофазного ответа, аномалии продукции некоторых регуляторных пептидов, а также дисфункцию эндотелия. Целью исследования была оценка роли метаболических нарушений в развитии внутренней патологии.

Нами было проведено изучение 150 больных с ожирением и развитием метаболического синдрома. Обследование включало общепринятое клинко-лабораторное (в том числе исследование инсулина крови, С-пептида, мочевой кислоты, уровень гомоцистеина, уровень альбуминурии) и инструментальные исследования (оценка сосудодвигательной функции эндотелия, дуплексное сканирование почечных артерий). Для измерения параметров висцеральной жировой ткани (ПЖТ) применялась компьютерная томография со сканами, взятыми в аксиальной плоскости и средостенном режиме.

Повышение уровня альбуминурии было выявлено у 62%, что коррелировало с ЭД у данной группы пациентов при проведении пробы с реактивной гиперемией и, косвенно, с уровнем гомоцистеина плазмы. У пожилых пациентов альбуминурия коррелировала с маркерами эндотелиальной дисфункции и риском смерти от сердечно-сосудистых осложнений. Уровень инсулина крови – в среднем 18,5 мЕ/л (у 53% превышал норму), уровень С-пептида был повышен в 60% случаев. Уровень мочевой кислоты у женщин составлял в среднем 381,0 мкмоль/л, то есть был повышен в 100% случаев. Уровень гомоцистеина плазмы в среднем составлял 14,28 мкмоль/л, (повышен у 36% пациентов). Между значениями пульсационного индекса, индекса резистентности и ИМТ была выявлена достоверно значимая корреляционная связь (0,5 и 0,7 соответственно при $p < 0,05$), что свидетельствует о достаточно ранних изменениях почечной гемодинамики при развитии метаболического синдрома.

Эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным осложнениям. Правильная оценка всех аспектов метаболического синдрома несомненно влияет на тактику и успех лечения.

ОЖИРЕНИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Многочисленные исследования подтвердили наличие тесных взаимосвязей между ожирением, артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушениями толерантности к глюкозе и ИБС. Сегодня ожирение рассматривается, как фактор риска всех вышеперечисленных заболеваний. Степень кардиоваскулярного риска при ожирении зависит от распределения жировой ткани. Недавние обсервационные исследования показывают, что метаболически здоровый фенотип ожирения связан с более низким риском в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и смертности, чем у лиц с метаболически нездоровым фенотипом ожирения. Наличие разного количества компонентов метаболического синдрома сегодня может быть оценено, как фенотипы метаболического синдрома.

Цель исследования. Оценка роли метаболических нарушений в развитии внутренней патологии.

Нами было проведено изучение 150 больных с ожирением и развитием метаболического синдрома, которое включало общепринятое клинико-лабораторное и инструментальные исследования, включающие измерения параметров висцеральной жировой ткани (ПЖТ) с помощью компьютерная томография со сканами, взятыми в аксиальной плоскости и средостенном режиме. Проводилось исследование микробиоты кишечника методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с помощью тест-системы «Колонофлор 16».

Полученные данные показали, что у пожилых пациентов альбуминурия коррелировала с маркерами эндотелиальной дисфункции и риском смерти от сердечно-сосудистых осложнений. Уровень инсулина крови – в среднем 18,5 мЕ/л (у 53% превышал норму), уровень С-пептида был повышен в 60% случаев. Уровень мочевой кислоты у женщин составлял в среднем 381,0 мкмоль/л, то есть был повышен в 100% случаев. Отмечена значительная активация симпатической нервной системы при левополушарных ишемических очагах у пациентов, страдающих МС, характеризующаяся повышением АД в дневное время, недостаточным снижением его ночью, наличием экстрасистол и отсутствием замедлений QT интервала. Наличие постоянной или пароксизмальной формы фибрилляции предсердий у пациентов с ИБС было ассоциировано с увеличением объема перикардального жира. У большинства пациентов с МС (91%) наблюдалось нарушение нормальной микрофлоры кишечника. Эпикардальная жировая ткань участвует в патогенезе ремоделирования миокар-

да и формирования коронарной атеросклеротической бляшки. Важным аспектом является установленная связь уровня воспалительных маркеров с бактериями толстой кишки, что отчасти подтверждает связь микробиоты толстой кишки с формированием системного воспаления, наблюдающегося при ожирении и метаболическом синдроме.

Актуальность изучения проблемы метаболических нарушений и связанных с ними заболеваний в современной медицине объясняется, прежде всего, их большим медико-социальным значением.

УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И НЕЙРОПЕПТИД Y

Шкатова Я.С., Резова Н.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Фенотип бронхиальной астмы с ожирением представляет особую сложность в лечении, в то время как его распространенность возрастает. В последние годы особое внимание уделяется нейропептиду Y в связи с его возможным влиянием на клиническое течение астмы.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между уровнем нейропептида Y и особенностями клинического течения астмы у пациентов с ожирением и избыточным весом.

Материалы и методы. В исследование было включено 35 мужчин (25%) и 105 женщин (75%) с диагнозом БА смешанного генеза среднетяжелого течения, средний возраст которых составил $57,81 \pm 13,05$ лет. Пациенты были разделены на три группы – 1-ая группа – 46 человек (1 мужчина и 35 женщин; средний возраст – $55,33 \pm 11,01$ лет) с нормальной массой тела; 2-ая группа – 46 человек (14 мужчины и 32 женщины; средний возраст – $58,09 \pm 8,18$ лет) с избыточной массой тела; 3-я группа – 48 человек (10 мужчины и 38 женщин; средний возраст – $57,56 \pm 8,60$ лет) с ожирением. Статистически значимых различий по полу, возрасту, уровню образования, семейному положению и трудовому статусу выявлено не было ($p > 0,05$). Всем пациентам проводилась спирометрия, оценка индекса массы тела (ИМТ), анкетирование. Для оценки контроля над БА использовали тест по контролю над астмой – Asthma Control Test (ACT). У всех пациентов измерялись уровни лептина, адипонектина, нейропептида Y (NPY), степень общего окислительного повреждения молекул. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Результаты. Контроль над астмой был достоверно ниже в группе больных с астмой и ожирением по сравнению с пациентами с нормальной и избыточ-

ной массой тела. Уровень лептина был достоверно выше в группе больных БА и ожирением по сравнению с пациентами с нормальной массой тела и избыточной массой тела и составил $22,16 \pm 8,53$, $9,44 \pm 4,32$ и $11,67 \pm 4,10$ нг/мл соответственно ($p < 0,05$). Уровень нейрпептида Y был достоверно выше в группе пациентов с ожирением ($0,71 \pm 0,20$ нг/мл), чем у больных с нормальной ($0,30 \pm 0,12$ нг/мл) и избыточной массой тела ($0,47 \pm 0,10$ нг/мл) ($p < 0,05$). Достоверных различий по уровню адипонектина между сравниваемыми группами не выявлено ($p > 0,05$). Уровень NPY имел тесную обратную корреляционную связь с показателем ЖЕЛ ($r = -0,75$; $p < 0,05$); среднюю обратную корреляционную связь с показателями ОФВ1 ($r = -0,57$; $p < 0,05$), МОС 25 ($r = -0,53$; $p < 0,05$); умеренную обратную корреляционную связь с показателями ФЖЕЛ ($r = -0,45$; $p < 0,05$), индекса Тиффно ($r = -0,32$; $p < 0,05$), МОС 50 ($r = -0,41$; $p < 0,05$), ПОС ($r = -0,38$; $p < 0,05$), умеренную обратную корреляционную связь с показателем АСТ ($r = -0,37$; $p < 0,05$), умеренную прямую корреляционную связь со степенью общего окислительного повреждения молекул ($r = 0,35$; $p < 0,05$).

Выводы. У больных БА и ожирением наблюдается более высокий уровень нейрпептида Y, имеющий обратную корреляцию со спирометрическими параметрами, контролем астмы (в соответствии с АСТ) и прямую корреляцию с уровнем общего окислительного повреждения молекул, что свидетельствует о возможном провоспалительном эффекте нейрпептида Y, способствующем неблагоприятному течению бронхиальной астмы.

ТРЕНИРОВКА ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Шкатова Я.С., Резова Н.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Фенотип бронхиальной астмы с ожирением представляет особую сложность в лечении, в то время как его распространенность возрастает. Тренировки дыхательной мускулатуры при помощи специальных приборов показывают большую эффективность у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями по сравнению с простыми дыхательными упражнениями.

Цель исследования. Включить в программу реабилитации пациентов с бронхиальной астмой тренировку мышц дыхательной мускулатуры и оценить ее влияние на клиническое течение бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Пациенты были разделены на две группы – 1 группа пациентов вклю-

чала 87 человек с ожирением (27 (31,03%) мужчин и 60 (68,97%) женщин (средний возраст $55,38 \pm 10,03$ лет)), которые получали стандартную базисную терапию, а также участвовали в комплексной лечебно-профилактической программе (ЛПП), включающей тренировку дыхательной мускулатуры, 2 группа – 37 пациентов с ожирением (13 (35,14%) мужчин и 24 (64,86%) женщины (средний возраст $56,30 \pm 13,16$ лет)), получающие только базисную терапию БА. Группы были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям. Для оценки контроля над БА использовали тест по контролю над астмой - Asthma Control Test (ACT). Для качественной оценки выраженности клинических симптомов БА использовали 10-бальную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Комплексная лечебно-профилактическая программа включала обучение пациентов, рекомендации по отказу от курения, дозированную физическую нагрузку, диетические рекомендации, тренировку дыхательной мускулатуры. Тренировки дыхательной мускулатуры осуществлялись с использованием дыхательного тренажера Threshold Inspiratory Muscle Trainer (Threshold IMT) (Respironics Respiratory Drug Delivery Ltd., Великобритания) (Weiner P. et al., 2004). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Результаты. В 1 группе больных БА на фоне курса ЛПП через 12 месяцев достоверно уменьшились значения ОТ с $110,25 \pm 14,23$ до $104,25 \pm 11,21$ см ($p = 0,0073$), достоверно снизился ИМТ с $38,29 \pm 7,25$ до $34,47 \pm 6,91$ кг/м² ($p = 0,0005$). ($p = 0,9508$), ($p = 0,6687$). Также в группе больных БА 1 группы на фоне ЛПП через 12 месяцев достоверно снизилось число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев с $3,26 \pm 0,17$ до $1,61 \pm 0,16$, ($p = 0,0000$), достоверно снизилось число вызовов бригад СМП в течение последних 12 месяцев с $2,91 \pm 0,18$ до $1,75 \pm 0,17$ раз ($p = 0,0000$), достоверно снизилось число госпитализаций в течение последних 12 месяцев с $1,57 \pm 0,19$ до $0,94 \pm 0,23$ ($p = 0,0000$). У больных БА 1 группы после проведенной ЛПП отмечается достоверная положительная динамика самооценки выраженности симптомов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) одышки, затрудненного дыхания, кашля, вязкой мокроты. По результатам опросника АСТ у пациентов 1 группы отмечается статистически значимое увеличение контроля астмы: исходные значения опросника АСТ составляли $20,22 \pm 0,42$, после проведенной ЛПП данные значения улучшились до $22,58 \pm 1,79$ ($p = 0,0000$). Во 2 группе больных БА изменения не были статистически значимыми.

Выводы. Лечебно-профилактическая программа, включающая рекомендации по питанию, физической нагрузке, а также тренировку дыхательной мускулатуры привела к улучшению качества жизни, а также контролю бронхиальной астмы у пациентов с бронхиальной астмой и ожирением.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ

Шомин А.В., Сережина Е.К., Обрезан А.Г.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) среди пациентов с гипертриглицеридемией (ГТГ) до и после медицинского наблюдения в течение 7-10 лет.

Материалы и методы. Проводилось ретроспективное исследование историй болезни, в котором приняло участие 500 пациентов кардиологического профиля с ГТГ, посещавших медицинское учреждение ООО Группа клиник «Мой медицинский центр», город Санкт-Петербург, Российская Федерация, с 01.01.2010 года по 01.09.2023 года. Анализировались медицинские данные на 1 и 2 визите через 7-10 лет. В выборке преобладали лица мужского пола — 336 (67,2%). Все больные, включенные в данное исследование, подписали добровольное информированное согласие на использование их медицинских данных в научных целях при условии анонимности. Средняя продолжительность медицинского наблюдения составила — $7,3 \pm 2,57$ года. Средний возраст обследуемых на момент окончания медицинского наблюдения составил — $60,8 \pm 13,5$ лет. Статистический анализ проводился с использованием непараметрических критериев Уилкоксона и Мак-Нимара. Статистически значимыми считались различия между данными $p < 0,05$. Статистическая обработка полученных данных была выполнена при помощи программ Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corporation, Соединенные Штаты Америки) и Jamovi (Версия 2.5).

Результаты и обсуждение. Только центральный атеросклероз (АС) (ИБС) до включения в исследование наблюдался у 36 (7,2%) лиц, а после у 45 (9%) пациентов. Генерализованный АС (центральный + периферический) был идентифицирован среди 68 (13,6%) больных, а после окончания наблюдения среди — 80 (16%). Распространенность ИБС до наблюдения составила — 104 пациента (20,8%), а после 125 (25%) ($p < 0,001$). Бремя ИБС в момент окончания медицинского наблюдения составило около $10,8 \pm 6,1$ (мода — 9, медиана — 10). Достоверно чаще встречалась стенокардия напряжения 2 функционального класса (ФК) по классификации Канадского общества по изучению сердечно-сосудистых заболеваний, в сравнении с другими ФК, как на 1, так и на 2 визитах ($p < 0,001$). Статистически значимой разницы между ФК стенокардии напряжения до и после наблюдения выявлено не было ($p = 0,647$). Факт постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) в анамнезе в исходе острого коронарного синдрома (ОКС) на 1 визите встречался у — 29 (5,8%) лиц, а на 2 визите у — 44 (8,8%) ($p < 0,001$). Количество острых инфарктов мио-

карда (ОИМ) и чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) оказалось статистически достоверно выше на 2 визите ($p < 0,001$). Количество стентов, имплантированных в коронарные артерии, после медицинского наблюдения оказалось значимо выше, чем до — 44 против 26 стентов с лекарственным антипролиферативным покрытием ($p < 0,001$). На 2 визите достоверно чаще наблюдалось наличие многососудистого поражения коронарного русла ($p = 0,01$) и рестеноз в коронарных стентах ($p = 0,046$).

Высокая важность и актуальность проблемы ИБС среди пациентов с ГТГ рассматривается в научной области кардиологии на протяжении многих деkad. Остаточный сердечно-сосудистый риск, обусловленный триглицерид-богатыми липопротеинами, предрасполагающий к инициации и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза с развитием острых неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, до сих пор остается дебатированным вопросом в современной липидологии. Повышенная концентрация ТГ в крови приводит к синтезу атерогенных мелких плотных частиц липопротеинов низкой плотности (мЛПНП), которые способны инфильтрировать интиму стенки сосудов сердца и окисляться, что запускает реакцию воспаления и образование атеросклеротических бляшек. ГТГ также сопровождается повышением уровней воспалительных цитокинов, таких, как фактор некроза опухоли-альфа и интерлейкин-6, усиливая повреждение эндотелия и ускоряя рост атеросклеротических бляшек. Более того у пациентов с ГТГ часто наблюдаются сопутствующие метаболические нарушения, такие как метаболический синдром, инсулинорезистентность, сахарный диабет, неалкогольная жировая болезнь печени и ожирение. Эти нозологии дополнительно потенцируют риск развития атеросклероза коронарных артерий.

Выводы. Таким образом, распространенность ИБС среди пациентов с ГТГ оказалась довольно высокой с тенденцией к росту с течением времени, что требует более тщательного медицинского наблюдения и эскалации лекарственной терапии у данных категории больных. На фоне ГТГ статистически значимо увеличивалось количество случаев ИБС, ОИМ, ЧКВ, что следует учитывать при курации данных пациентов, разрабатывать стратегические меры по увеличению эффективности фармакологической и нефармакологической терапии с целью снижения резидуального сердечно-сосудистого риска.



АТЕРОСКЛЕРОЗ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ

Шомин А.В., Сережина Е.К., Обрезан А.Г.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить распространенность атеросклероза артерий нижних конечностей (АСАНК) среди пациентов с гипертриглицеридемией (ГТГ) до и после медицинского наблюдения в течение 7-10 лет.

Материалы и методы. Проводилось ретроспективное исследование электронных медицинских карт, в которое было включено 500 пациентов кардиологического профиля с ГТГ, посещавших лечебно-профилактическое учреждение ООО Группа клиник «Мой медицинский центр», город Санкт-Петербург, Российская Федерация, с 01.01.2010 года по 01.09.2023 года. Были проанализированы медицинские данные на 1 и 2 визите через 7-10 лет. Подавляющее большинство в выборке составляли мужчины – 336 (67,2%). Все пациенты, включенные в исследование, подписали добровольное информированное согласие на использование их медицинских данных в научных целях при условии анонимности. Средняя длительность медицинского наблюдения оказалась равной – $7,3 \pm 2,57$ года. Средний возраст исследуемых лиц на момент окончания наблюдения составил – $60,8 \pm 13,5$ лет. Статистический анализ данных проводился с использованием непараметрических критериев Мак-Нимара и Уилкоксона. Статистически значимыми считались различия между данными $p < 0,05$. Статистическая обработка полученных данных была выполнена при помощи программ Jamovi (Версия 2.5) и Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corporation, Соединенные Штаты Америки).

Результаты и обсуждение. Только периферический атеросклероз (АС) (локализации отличные от АС коронарных артерий) идентифицировался у 81 (16,2%) субъекта на 1 визите, а на 2 посещениях – у 80 (16%). Генерализованный АС (периферический + центральный) был верифицирован среди 68 (13,6%) больных, а после окончания наблюдения среди – 80 (16%). Распространенность АСАНК до наблюдения составила – 45 лиц (9%), а после – 53 лица (10,6%) ($p = 0,041$). Стадии АСАНК по классификации Фонтейна-Покровского на 1 и 2 визитах достоверно различались с тенденцией к прогрессии стадии ($p < 0,001$). Толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) левой бедренной артерии (ЛБА) до наблюдения составляла $1,8 \pm 0,6$ мм, а после $1,9 \pm 0,7$ мм ($p < 0,001$). ТКИМ правой бедренной артерии (РБА) на 1 визите оказалась равной – $1,9 \pm 0,7$ мм, а на 2 визите – $2 \pm 0,7$ мм ($p < 0,001$). Разница между структурой сосудистой стенки (наличие/отсутствие атеросклеротического поражения) ЛБА и РБА до и после наблюдения достоверно различалась с тенденцией к росту числа

атеросклеротических изменений с течением времени ($p < 0,001$). Разница между количеством АСБ в ЛБА и РБА до и после наблюдения статистически значимо различалась с тенденцией к прогрессии ($p < 0,001$). Максимальный стеноз ЛБА на 1 визите составил – $29,2 \pm 29,4\%$, а на 2 визите – $33,2 \pm 33,7\%$ ($p < 0,001$). Максимальный стеноз РБА до медицинского наблюдения оказался равным – $31,4 \pm 32,2\%$, а после – $35,5 \pm 29,1\%$ ($p < 0,001$).

Высокая важность и актуальность проблемы АСАНК среди пациентов с ГТГ обсуждается в кардиологии на протяжении многих десятилетий. Резидуальный сердечно-сосудистый риск, обусловленный триглицерид-богатыми липопротеинами, лежащий в основе инициации и прогрессирования сердечно-сосудистых нозологий атеросклеротического генеза, представляет большой научный интерес.

Выводы. Таким образом, распространенность АСАНК среди пациентов с ГТГ оказалась довольно высокой с тенденцией к прогрессии с течением времени, что требует более комплексного подхода в терапии данных пациентов. На фоне ГТГ статистически достоверно увеличивалось число случаев АСАНК, количество АСБ в бедренных артериях, ТКИМ артерий нижних конечностей и процент максимального стеноза просвета вышеописанных артерий. Полученные результаты необходимо принимать во внимание при ведении данных пациентов, а также разрабатывать стратегии для повышения эффективности фармакологического и нефармакологического лечения, для того, чтобы уменьшить остаточный сердечно-сосудистый риск.

КОРРЕЛЯЦИИ ТРИГЛИЦЕРИДОВ С ПАРАМЕТРАМИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ

Шомин А.В., Сережина Е.К., Обрезан А.Г.
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Введение. Триглицериды (ТГ) являются одной из ключевых составляющих липидного профиля, наряду с холестерином (ХС) и его фракциями — липопротеинами низкой плотности (ЛПНП), липопротеинами высокой плотности (ЛПВП), липопротеинами очень низкой плотности (ЛПОНП). Уровень ТГ в крови может оказывать взаимное влияние на другие показатели липидограммы, а также взаимодействовать с ними, повышая остаточный сердечно-сосудистый риск.

Цель исследования. Оценить наличие корреляций между ТГ и другими параметрами липидного спектра среди пациентов с ГТГ.

Материалы и методы. Проводилось ретроспективное исследование медицинских карт, в котором

приняло участие 500 пациентов с ГТГ, посещавших медицинское учреждение ООО Группа клиник «Мой медицинский центр», город Санкт-Петербург, Российская Федерация. В выборке преобладали мужчины – 336 (67,2%). Все обследуемые подписали добровольное информированное согласие на использование их данных в научных целях. Средний возраст обследуемых на момент окончания медицинского наблюдения составил – $60,8 \pm 13,5$ лет. Статистический анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для оценки силы связи между переменными применялась шкала Чеддока. Статистическая обработка полученных данных была выполнена при помощи программ Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corporation, Соединенные Штаты Америки) и Jamovi (Версия 2.5).

Результаты. Между общим ХС и ТГ была выявлена слабая положительная связь ($r=0,261$, $p<0,001$). Между ЛПВП и ТГ регистрировалась отрицательная слабая связь ($r=-0,243$, $p<0,001$). Между соотношением ТГ к ЛПВП и ТГ оказалась положительная связь умеренной силы ($r=0,316$, $p<0,001$). Между ЛПОНП и ТГ была выявлена слабая положительная связь ($r=0,105$, $p=0,019$). Между ХС не-ЛПВП и ТГ регистрировалась умеренная положительная связь ($r=0,327$, $p<0,001$). Между остаточным или ремнантным ХС и ТГ оказалась заметная положительная связь ($r=0,511$, $p<0,001$). Между коэффициентом атерогенности (КА) и ТГ была выявлена положительная связь умеренной силы ($r=0,426$, $p<0,001$). Между соотношением общего ХС к ЛПВП и ТГ регистрировалась положительная связь умеренной силы ($r=0,412$, $p<0,001$).

Выводы. Корреляция ТГ с различными параметрами липидного спектра показывают, что высокий уровень ТГ может негативно влиять на баланс липидных фракций в организме, увеличивая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза. Контроль за уровнем ТГ является важной частью профилактики этих состояний.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Щербакова Л.Э., Шапран А.А.

Омская ЦРБ,
Омск

Актуальность. Туберкулез (ТБ) относится к социально-значимым заболеваниям. Он является самой частой инфекционной причиной смерти на земле является туберкулез.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости ВИЧ-инфекции и соматической патологии у пациентов с туберкулезом, жителей Омского района Омской области.

Материал и методы. Простое, ретроспективное исследование проведено на базе БУЗОО «Омской центральной районной больницы». С 2020 по 2024 год было диагностировано 253 случая впервые выявленного туберкулеза. Проанализированы частота встречаемости ВИЧ-инфекцией и наличие у них соматической патологии (СП) в разные годы.

Результаты и их обсуждение. Анализ 253 историй болезни за 2020 по 2024 год показал, что 85 пациентов имели как ТБ, так и ВИЧ-инфекцию, что составило 33,6% от числа всех больных ТБ за пятилетний период. В 2020 году – 17 (20%), 2021 год – 24 (28,3%), 2022 год – 14 (16,5%), 2023 год – 15 (17,6%), 2024 год – 15 человек (17,6%). Среди пациентов с ТБ+ВИЧ соматическая патология выявлена у 33 пациентов, что составляет 38,8% от всех пациентов с ТБ+ВИЧ. Распределение пациентов по годам: 2020 год - 7 пациентов (8,2%) ТБ + ВИЧ и 10 (11,8%) – ТБ + ВИЧ + СП, 2021 год – 17 (20%) и 7 человек (8,2%), 2022 год – 9 (10,6%) и 5 человек (5,9%), 2023 год – 12 (14,1%) и 3 человека (3,5%), 2024 год – 7 (8,2%) и 8 человек (9,5%) соответственно.

Преобладающей формой ТБ у жителей Омского района с 2020 по 2024 год был инфильтративный туберкулез легких – 24 случая (46,2%) у пациентов с ТБ+ВИЧ и 25 случаев (75,8%) среди пациентов с ТБ+ВИЧ+СП. Диссеминированный туберкулез легких: ТБ+ВИЧ – 13 (15,3%), ТБ+ВИЧ+СП – 7 (21,2%) случаев соответственно.

Заключение. В Омском районе Омской области за период 2020-2024 гг. из 253 человек с впервые выявленным туберкулезом у 85 человек была ВИЧ-инфекция, что составляет 33,6%.

У пациентов с ТБ+ВИЧ+СП диссеминированный туберкулез легких встречался на 5,6% чаще чем при ТБ+ВИЧ без соматической патологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕНРАЛИЗУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Щербанев К.Г., Грабовецкая Ю.Ю.

Областная клиническая больница,
Калининград

Цель. Определить место новым терапевтическим возможностям в лечении Эозинофильного гранулематоза с полиангиитом (ЭГПА).

Введение. ЭГПА – это АНЦА (антинейтрофильные цитоплазматические антитела) -ассоциированный системный васкулит, характеризующийся сочетанием бронхиальной астмы и эозинофилии (>10%) с поражением периферической нервной системы, кожи, сердца и других органов.

Эозинофилы играют ключевую роль в патогенезе ЭГПА. Увеличение содержания эозинофилов в крови и тканях является результатом действия Th2-цитокинов, особенно ИЛ-5, наиболее мощного стимулятора пролиферации и активации эозинофилов.

В качестве индукционной терапии обычно используются ГКС, но длительная терапия ГКС сопряжена с рядом осложнений (сахарный диабет, миопатия, остеопороз, переломы позвонков, некроз головки бедренной кости и др.). Часто для лечения ЭГПА применяется комбинация ГКС и иммунодепрессантов, которая повышает выживаемость больных, однако может быть ассоциирована с развитием грозных осложнений. При уменьшении ГКС часто развиваются рецидивы васкулита, что требует длительной терапии иммунодепрессантами. Эффективность такого подхода к лечению diskutabelна. Учитывая, что ИЛ-5 играет ключевую роль в пролиферации, дифференцировке, выживании эозинофилов, миграции их в ткани, а также в предотвращении апоптоза, была сформулирована потребность в новых терапевтических подходах для лечения ЭГПА, в частности в использовании препаратов из группы ингибиторов ИЛ-5 (Меполизумаб и Бенрализумаб).

Ввиду сложности диагностики данного заболевания и частого выявления его на поздних стадиях, учитывая то, что в настоящее время количество данных об использовании Бенрализумаба в реальной клинической практике при лечении ЭГПА ограничено, приведем наше клиническое наблюдение.

Демонстрация клинического случая: Пациентка М. 1993 г. В анамнезе с 2020 г.-Бронхиальная астма (БА). С июня 2024 г. неоформленный кашицеобразный стул до 5-7 р/сут, без патологических примесей, боли в эпигастрии, тошнота, рвота, снизилась масса тела на 20 кг за 2 месяца, ощущение онемения, жжения в кистях и стопах. С октября 2024 г. потеря аппетита, повышение температуры тела до 38,6 градусов, полный отказ от воды и пищи. 18.10.24 г., учитывая абсолютную эозинофилию в анамнезе, госпитализирована в отделение гематологии ЦГКБ г. Калининград с целью исключения миелопролиферативных заболеваний ассоциированных с эозинофилией. При поступлении лабораторно в общем анализе крови (ОАК) - Лейкоциты $46,75 \times 10^9/\text{л}$, Эозинофилы абс. $19,84 \times 10^9/\text{л}$, СРБ 75,5 мг/л. Учитывая полученные данные исследований клональной патологии системы крови выявлено не было, критерияльно верифицирован диагноз: ЭГПА с поражением системы крови (эозинофилия, нейтрофильный лейкоцитоз), с поражением легких (БА), с поражением сердечно-сосудистой системы (кардиомиопатия) с поражением нервной системы (мононеврит), опорно-двигательного аппарата (ахиллобурсит, полиартрит), внесосудистыми очагами воспаления с эо-

зинофилией (эозинофильный колит), активность высокая (BVAS 116.). С учетом тяжести заболевания по дебюту с поражением жизненно-важных органов с эозинофилией, факторами неблагоприятного прогноза, определены показания для терапии ингибитором-ИЛ-5 в варианте Бенрализумаб 30 мг п/к 1 р/4 нед. в комбинации с преднизолоном 10 мг в сутки. На фоне терапии с ноября 2024 г. при ежемесячном лабораторном контроле ОАК в динамике отмечается нормализация уровня лейкоцитов и эозинофилов, купированы клинические проявления ЭГПА.

Обсуждение. Эозинофильное воспаление является важным компонентом патогенеза БА и ЭГПА. Ингибирование эозинофильного воспаления более целенаправленным образом посредством блокады пути ИЛ-5 было в центре внимания новых терапевтических вариантов как при тяжелой БА, так и при ЭГПА. Бенрализумаб, благодаря антителозависимой клеточноопосредованной цитотоксичности, уменьшает эозинофильное воспаление.

Остается открытым вопрос о возможности лечения ЭГПА ингибиторами-ИЛ-5 бенрализумабом до использования в терапии иммунодепрессантов, что требует необходимого накопления опыта применения и потенциал данного препарата при лечении указанной патологии.

Заключение. Биологические препараты могут быть средством, с помощью которого можно достичь полной ремиссии при сниженном воздействии ГКС на пациентов.

Несомненно, требуются дальнейшие исследования для уточнения места ингибиторов ИЛ-5 в лечении ЭГПА.

Таким образом, накопленные в настоящее время данные свидетельствуют о том, что ингибитор-ИЛ-5 бенрализумаб является перспективным генно-инженерным биологическим препаратом для терапии рефрактерного и рецидивирующего ЭГПА. Такое лечение позволяет контролировать как симптомы БА, так и проявления системного васкулита, потенциально повышает вероятность достижения ремиссии ЭГПА, может способствовать снижению риска рецидива, позволяет минимизировать дозу ГКС.

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ – ОБРАЗЕЦ ХУДШЕГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Юдкина Н.Н., Волков А.В.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Выделить отличительные особенности легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) при системной склеродермии (ССД).

Материалы и методы. В исследование включено 167 человек: 51 пациент с ЛАГ-ССД, 52 – с идиопатической ЛАГ (ИЛГ). В качестве контрольной группы

выбрано 64 пациента с ССД без легочной гипертензии (ЛГ). Для верификации диагноза ЛАГ все пациенты проходили обследование согласно Российским рекомендациям по диагностике и лечению ЛГ 2020 г. с обязательным проведением катетеризации правых отделов сердца (КПОС).

Результаты и обсуждение. Вероятность выявления ССД достоверно возрастает при диффузионной способности легких (ДСЛ) <50% (ОШ 13,8), отношении форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ)/ДСЛ >1,7 (ОШ 13,0), сывороточном уровне С-реактивного белка (СРБ) >2 мг/л (ОШ 12,9), возрасте старше 45 лет (ОШ 9,7). К факторам, снижающим вероятность ассоциации ЛАГ с ССД, относят наличие синкопальных состояний в анамнезе (ОШ 0,29), уровень гемоглобина >146 г/л (ОШ 0,34), легочное сосудистое сопротивление (ЛСС) >12 единиц Вуда (ОШ 0,37). К признакам, ассоциированным с ЛАГ, относятся положительные антицентромерные антитела (АЦА) (ОШ 15,2), телеангиэктазии на коже (ОШ 13,7), нарушение эвакуации содержимого из желудка (ОШ 10,3), увеличение ФЖЕЛ/ДСЛ (ОШ 7,8), сывороточный уровень мочевой кислоты (МК) >340 мкмоль/л (ОШ 7,7). К симптомам, снижающим вероятность наличия у пациента ЛАГ, относятся позитивность по антителам к топоизомеразе-1 (ОШ 0,05), диффузный индуративный кожный процесс (ОШ 0,08) и раннее вовлечение кожи (ОШ 3,8). Характерная индурация или отек пальцев кистей отсутствуют у 22% пациентов с ЛАГ-ССД, что объясняет позднюю диагностику ССД у пациентов с ЛАГ (через 48,5 (27,0; 88,0) мес., в отличие от 37,5 (12,5; 76,0) мес. при лимитированной и 15,5 (5; 34) мес. – диффузной ССД, $p < 0,0079$). Это приводит к отсроченной инициации терапии ЛАГ у больных в 3,1 функциональном классе (ФК) в сравнении с 2,6 ФК у больных с лимитированной и 2,7 – с диффузной формами. Высокая чувствительность классификационных критериев ССД 2013 г. в когорте пациентов с ЛАГ различного генеза позволяет использовать их в качестве диагностических критериев при подозрении на наличие ССД у пациентов с ЛАГ. Создание математической модели, включающей телеангиэктазии (ОШ 15,4), симптомы нарушения эвакуации из желудка (ОШ 13,8), МК >340 мкмоль/л (ОШ 8,1), положительные АЦА (ОШ 7,8), длительность больше 12 лет (ОШ 5,6), отсутствие антител к топоизомеразе-1 (ОШ 0,017) позволяет сформулировать диагностические признаки ЛАГ-ассоциированного фенотипа ССД (чувствительность 89% и специфичность 87%). Наличие этих признаков увеличивает шанс обнаружения ЛАГ в 6,8 раз. Результаты нашего исследования убедительно демонстрируют злокачественность течения ЛАГ при ССД. Наличие ССД у пациента с ЛАГ в 4,3 раза (95% ДИ 1,109–17,004, $p = 0,019$) увеличивает развитие летального исхода в течение 3 лет от начала терапии в сравнении с больными ИЛГ (чувствительность 94%, специфичность 62%).

Выводы. Как нам удалось установить, сочетание ЛАГ и ССД приводит к более тяжелому течению

ЛАГ, при этом оскудняя клинику ССД. В основе ЛАГ-ассоциированного фенотипа ССД лежит особенность аутоиммунитета с преобладанием синтеза АЦА и низкой выявляемостью антител к топоизомеразе-1. Малоаметность симптомов ССД позволяют говорить о некоторых случаях ЛАГ-ССД как о моноорганном симптомокомплексе. В силу высокой ассоциации АЦА и ЛАГ врачам терапевтических специальностей целесообразно использовать их для улучшения выявляемости ССД, особенно без вовлечения кожи. Апробация классификационных критериев ССД 2013 года на группе ЛАГ-ССД послужит их внедрению в клиническую практику ревматологов, кардиологов, пульмонологов, терапевтов.

ВАЛИДАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Юдкина Н.Н., Волков А.В.
НИИР имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Создание алгоритмов диагностики легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) в группе системной склеродермии (ССД) направлено на раннее выявление и своевременную инициацию ЛАГ-специфической терапии с целью улучшения продолжительности и качества жизни пациентов.

Материалы и методы. В настоящее исследование включена группа пациентов с достоверной ССД (74 человека), которым впервые была выполнена катетеризация правых отделов сердца (КПОС) для верификации диагноза ЛАГ.

Результаты и обсуждение. По результатам КПОС диагноз ЛАГ установлен 27 больным. У 20 человек легочная гипертензия (ЛГ) не выявлена. У 16 пациентов верифицирована ЛГ, обусловленная патологией левых отделов сердца. У 11 больных причиной ЛГ стало интерстициальное заболевание легких. Нами построены кривые для диагностики ЛГ и ЛАГ в изучаемой группе. Первое бинарное распределение соответствовало обнаружению (у 54 человек) и отсутствию (у 20) параметров центральной гемодинамики, характерных для ЛГ. Второе – наличию (у 27) и отсутствию (у 47) гемодинамических характеристик ЛАГ. Сравнительная оценка скрининговых алгоритмов проводилась по следующим характеристикам: чувствительность/специфичность/положительная прогностическая значимость/отрицательная прогностическая значимость/точность. Соответственно для алгоритма DETECT: 100/26/44/100/53, ASIG: 74/55/49/79/62, ItenerAIR: 100/28/56/100/54, разработанной нами программы: 96/70/65/97/80.

Выводы. Отсутствие дорогостоящих и малодоступных в широкой практике параметров делают отечественный способ незаменимым инструментом для выявления больных ССД с высоким риском развития ЛАГ. Созданный нами алгоритм ранней диагностики ЛАГ-ассоциированного фенотипа ССД конкурентоспособен и может применяться в клинической практике ревматологов и врачей терапевтических специальностей. Разработанный нами способ выявления ЛАГ при ССД доступный, финансово малозатратный, простой в исполнении, определяющий показания для эхокардиографии (ЭхоКГ) и последующей КПОС.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ И МЕМАНТИНА НА МОТОРНУЮ АФАЗИЮ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Юсупов А.У., Киличев И.А.
Ургенчский филиал Ташкентской
медицинской академии,
Ургенч, Узбекистан

Цель исследования. Инсульт – одна из основных причин афазии. В настоящее время используются неинвазивные методы стимуляции мозга для лечения афазии, помимо реабилитационных и медикаментозных методов. Но исследований, сравнивающих эти методы лечения друг с другом, еще нет. Цель этого исследования – определение эффективности низкочастотной повторяющейся транскраниальной магнитной стимуляции (пТМС) в улучшении хронической моторной афазии после ишемического инсульта по сравнению с мемантином.

Материалы и методы. Мы провели рандомизированное, открытое, параллельно-групповое исследование в Ургенчской реабилитационной больнице в Ургенче с февраля 2022 года по май 2024 года. Мы рандомно отделили пациентов с моторной афазией после ишемического инсульта на две группы. Группа пТМС (n=30) получила низкочастотный (1 Гц) протокол пТМС и проведены 10 сеансов, выполненных ежедневно в течение 14 дней. Пациенты в группе мемантина (n=30) получали мемантин (стартовая доза 5 мг/д, повышенная до 20 мг/д) в течение восьми недель. Языковую функцию обеих групп оценивали с помощью теста батареи западной афазии (БЗА) до и после вмешательства.

Результаты и обсуждение. При внутригрупповом сравнении до и после лечения на каждом разделе шкалы БЗА у пациентов обеих групп значительно увеличились баллы теста ($p < 0,001$). По сравнению с группой мемантина, группа с низкочастотной пТМС показывала значительные улучшения в повторении слов и назывании предметов ($p < 0,001$).

Выводы. И мемантин, и пТМС улучшают языковые функции у пациентов с постинсультной моторной афазией. По сравнению с мемантином, ТМС предпочтительно улучшила повторение и называние.

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Якимович С.Е.
Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки,
Луганск

Введение. Хронический вирусный гепатит В (ХВГВ) продолжает оставаться одной из самых значимых проблем в масштабах всемирного здравоохранения в силу высокого риска развития цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). По современным оценкам, 650 000 человек ежегодно умирают из-за последствий ХВГВ. Длительная противовирусная терапия (ПВТ) специфическими аналогами нуклеотидов способствует подавлению вирусной репликации, но не корректирует метаболические нарушения. Считаем актуальным изучить состояние показателей энергетического метаболизма у больных ХВГВ и возможности их коррекции.

Цель работы. Проанализировать изменения показателей энергетического метаболизма у больных ХВГВ в динамике под воздействием мультигепатопротектора (инозин, меглюмин, метионин, никотинамид, янтарная кислота).

Материалы и методы исследования. Нами было сформировано две группы пациентов – первая (40 пациентов) и вторая (42 пациента), рандомизированных по полу, возрасту, выраженности цитолитического синдрома, которые в период обострения воспалительного процесса получали стационарное лечение в ГУ «ЛГМБ №4». Пациенты первой группы дополнительно в комплексе лечения получали комбинированный гепатопротектор ремаксол по 400,0 мл внутривенно капельно через день в течение двух недель. Пациенты второй группы получали только ПВТ. Показатели энергетического метаболизма оценивали исходя из уровня макроэргических соединений в гемолизате отмытой суспензии эритроцитов больных методом тонкослойной хроматографии. Определялись содержание АТФ, АДФ и АМФ в ммоль/л, а также вычисляли энергетический заряд эритрона (ЭЗЭ) как соотношение АТФ/(АДФ+АМФ).

Полученные результаты и их обсуждение. До начала проведения лечения достоверно установлены существенные сдвиги со стороны показателей энергетического метаболизма и, прежде всего, адениловой

системы. Наибольшую значимость имело значительное снижение содержания аденозинтрифосфата (АТФ) в крови обследованных больных, в то время как уровень других макроэргических соединений (АДФ и АМФ) повышался, то есть формировался дисбаланс различных адениловых нуклеотидов у пациентов с ХВГВ. Кроме того, отмечена низкая эффективность общепринятых методов терапии с точки зрения восстановления состояния энергетического метаболизма в лечении больных ХВГВ, поскольку нормализация изученных показателей не происходит.

Выводы. Считаем патогенетически обоснованным включение в комплекс терапии больных ХВГВ в периоде обострения с повышением трансаминаз, поскольку у большей части больных происходит нормализация изученных показателей адениловой системы в сыворотке крови.

БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И АДИПОНЕКТИН У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ, ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Яковенко А.А.¹, Лаврищева Ю.В.²

¹ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова,

²НМИЦ имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Среди дисгормональных нарушений, ассоциирующихся с развитием белково-энергетической недостаточности (БЭН) у пациентов на программном гемодиализе (ГД) особый интерес вызывает адипонектин. Адипонектин (ADPN) представляет собой адипокин, обладающий значительными противовоспалительными, антиатерогенными, орегисгенными свойствами, положительно влияет на углеводный обмен и состояния скелетной мускулатуры, который обычно ассоциируется с благоприятным кардиометаболическим профилем. Как это ни парадоксально, терминальная стадия почечной недостаточности (ТПН) характеризуется заметно повышенным уровнем ADPN в плазме и повышенным сердечно-сосудистым риском, хроническим воспалением, высокой частотой встречаемости БЭН и саркопении. Также исследования влияния ADPN на клинические исходы у пациентов с ТПН до настоящего времени показали противоречивые результаты. Все выше сказанное делает актуальным проведения исследований уточняющих роль адипонектина в развитии основных осложнений ТПН, в том числе БЭН.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между уровнем адипонектина в сыворотке крови с показателями БЭН у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом.

Пациенты и методы. Обследовано 645 пациентов, получающих лечение программным гемодиализом, среди них 300 мужчин и 345 женщин в возрасте $56,8 \pm 12,8$ лет. Все больные получали лечение программным ГД в течение $8,4 \pm 5,3$ лет. Оценка нутриционного статуса с целью диагностики БЭН проводилась с помощью метода, предложенного International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM). Определение уровня адипонектина в сыворотке крови проводилось посредством метода, основанного на трехстадийном «сэндвич»-варианте твердофазного иммуноферментного анализа с применением моно- и поликлональных антител к ADPN с использованием коммерческого набора «Adiponectin – ELISA», Mediagnost, в соответствии с инструкцией производителя. Референсные значения для ADPN составили: для женщин: $3,58-9,66$ нг/мл, для мужчин: $2-5,6$ нг/мл.

Результаты. Распространенность БЭН составила 24,9% (160 пациентов), при этом у мужчин и женщин данный синдром выявляли с одинаковой частотой (24,6% (74) и 24,9% (86), соответственно) ($\chi^2=3,099$, $p=0,212$). Средняя концентрация адипонектина в сыворотке крови у мужчин составила $7,8 \pm 2,7$ нг/мл, у женщин $10,6 \pm 3,3$ нг/мл ($p=0,0001$). Повышенные значения уровня адипонектина в сыворотке крови были определены у 456 пациентов (70,7%), при этом у женщин повышенный уровень адипонектина в сыворотке крови встречался статистически значимо реже, чем у мужчин (218 (63,19%) и 238 (79,33%), соответственно) ($\chi^2=27,533$, $p=0,006$). Средние значения адипонектина в сыворотке крови у пациентов без признаков БЭН составили $8,4 \pm 3,0$, а у пациентов с БЭН – $12,1 \pm 2,6$ ($p<0,0001$). Статистически значимой взаимосвязи между уровнем адипонектина в сыворотке крови и возрастом пациента не выявлено ($R_s=0,015$, $p=0,686$). Выявлена незначительная статистически значимая взаимосвязь между уровнем $spKt/v$, у.е. и уровнем адипонектина в сыворотке крови ($R_s=0,084$, $p=0,032$). Выявлена незначительная статистически значимая взаимосвязь между уровнем адипонектина в сыворотке крови и длительностью ГД терапии ($R_s=0,105$, $p=0,009$). У пациентов с повышенным уровнем ADPN в сыворотке крови выявлялись статистически значимо более низкие значения ряда основных показателей нутриционного статуса (общий белок в сыворотке крови ($p<0,001$), альбумин в сыворотке крови ($p<0,001$), преальбумин в сыворотке крови ($p=0,02$), трансферрин в сыворотке крови ($p<0,001$), лимфоциты крови ($p=0,003$), общий холестерин в сыворотке крови ($p=0,04$), индекс массы тела ($p<0,001$), окружность мышц плеча ($p<0,01$), индекс массы скелетной мускулатуры ($p<0,001$)) по сравнению с группой пациентов с нормальным уровнем ADPN в сыворотке крови. Результаты непараметрического корреляционного анализа выявили отрицательные статистически значимые взаимосвязи между уровнем ADPN в сыворотке крови и уровнем ряда основных показателей нутриционного статуса (общий белок в сыворотке крови ($R_s=-0,472$, $p<0,0001$), альбумин в сыворотке крови

($R_s=-0,764$, $p<0,0001$), преальбумин в сыворотке крови ($R_s=-0,428$, $p<0,0001$), трансферрин в сыворотке крови, индекс массы тела, окружность мышц плеча, индекс массы скелетной мускулатуры ($R_s=-0,636$, $p<0,0001$)).

Заключение. Повышение уровня адипонектина в сыворотке крови может являться важным патогенетическим звеном в развитии БЭН у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом. Увеличение длительности гемодиализной терапии сопровождается повышением уровня адипонектина сыворотки крови, что может указывать на нарастание выраженности патогенетических механизмов гиперлипидемии по мере увеличения срока заместительной почечной терапии.

АЦИЛ-ГРЕЛИН – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ПАТОГЕНЕЗЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Яковенко А.А.¹, Лаврищева Ю.В.²

¹ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова,

²НМИЦ имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Уточнить значение ацил-грелина в развитии белково-энергетической недостаточности у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом.

Материалы и методы. Обследованы 645 пациентов, получающих лечение программным гемодиализом (ГД), среди них 300 мужчин и 345 женщин. Средний возраст на момент начала исследования составил $56,8 \pm 12,8$ лет. Сеансы ГД проводили три раза в неделю по 4 – 5,5 часов, средняя длительность заместительной почечной терапии составила $8,4 \pm 5,3$ лет. Всем пациентам была проведена диагностика белково-энергетической недостаточности (БЭН) в соответствии с рекомендациями International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM). Определение уровня ацил-грелина в сыворотке крови проводилось посредством метода, основанного на трехстадийном «сэндвич»-варианте твердофазного иммуноферментного анализа с применением моно- и поликлональных антител к ацил-грелину с использованием коммерческого набора «Active Ghrelin ELISA Kit» Sceti KK, в соответствии с инструкцией производителя. Референсные значения для ацил-грелина составили: 30 – 62 фмоль/мл. Случайным образом методом Монте-Карло среди пациентов, включенных в исследования, отобраны 97 пациентов, после подписания информированного согласия, им была проведена видеоэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) желудка.

Результаты. Распространенность БЭН составила 24,9% (160 пациентов), при этом у мужчин и женщин данный синдром выявлялся с одинаковой частотой (24,6% (74) и 24,9% (86), соответственно) ($\chi^2=3,099$, $p=0,212$). Взаимосвязи между возрастом пациентов и распространенностью БЭН не получено ($R_s=0,031$, $p=0,427$). Средняя концентрация ацил-грелина в сыворотке крови у мужчин составила $29,6 \pm 14,7$ фмоль/мл, у женщин $32,5 \pm 14$ фмоль/мл ($p=0,012$). Пониженные значения уровня ацил-грелина в сыворотке крови были определены у 352 пациентов (54,6%), при этом у женщин пониженный уровень ацил-грелина в сыворотке крови встречался статистически значимо реже, чем у мужчин (173 (50,14%) и 179 (59,67%), соответственно) ($\chi^2=5,868$, $p=0,01$). Статистически значимой взаимосвязи между уровнем $spKt/v$, у.е. и уровнем ацил-грелина в сыворотке крови не получено ($R_s=0,012$, $p=0,743$). Выявлена незначительная статистически значимая взаимосвязь между уровнем ацил-грелина в сыворотке крови и длительностью ГД терапии ($R_s=-0,185$, $p=0,0001$). Статистически значимой взаимосвязи между уровнем ацил-грелина в сыворотке крови и возрастом пациента не выявлено ($R_s=0,008$, $p=0,828$). Средние значения ацил-грелина у пациентов без признаков БЭН составили $35,5 \pm 13,7$, а у пациентов с БЭН более чем в 2 раза ниже – $18,0 \pm 6,5$ ($p<0,0001$). При проведении однофакторного логистического регрессионного анализа, в который в качестве зависимой переменной включена БЭН, определенная методом ISRNM, а в качестве независимой переменной уровень ацил-грелина в сыворотке крови получены результаты, демонстрирующие, что низкий уровень ацил-грелина в сыворотке крови увеличивает вероятность развития БЭН, определенной методом ISRNM, в 57,5 раз ($\chi^2=196,94$, $p=0,0001$). У пациентов с пониженным уровнем ацил-грелина выявлялись статистически значимо более низкие значения общего белка, альбумина, преальбумина, общего холестерина, трансферрина, чем у пациентов с нормальным уровнем ацил-грелина ($p<0,0001$, $p<0,0001$, $p<0,0001$, $p<0,001$ и $p<0,0001$ соответственно). Также для пациентов с пониженным уровнем ацил-грелина были характерны статистически значимо более низкие значения ИМТ, массы скелетной мускулатуры, процентного содержания жировой массы тела ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ соответственно). По данным ФГДС и морфологического обследования атрофия слизистой тела желудка была выявлена у 71 (73%) пациента. Схожий процент выявляемости атрофии был получен и для антрального отдела желудка. При выполнении ФГДС был проведен тест на *Helicobacter pylori* (Hr). Доля пациентов, у которых было выявлено наличие Hr – 75 (77%), более чем в 3 раза превышала долю пациентов 22 (23%) с отрицательным результатом теста ($\chi^2=16,621$, $p<0,0001$). При оценке влияния атрофии слизистой тела желудка на уровень ацил-грелина в сыворотке крови выявлено достоверное снижение уровня ацил-грелина в сыворотке крови при наличии атрофии слизистой тела желудка (ANOVA $F=18,974$, $p=0,0001$). Схожие данные были по-

лучены при уточнении взаимосвязи уровня ацил-грелина сыворотки крови и выраженности атрофических изменений слизистой антрального отдела желудка. При изучении влияния обсемененности *Helicobacter pylori* на уровень ацил-грелина сыворотки крови выявлено достоверное снижение уровня ацил-грелина сыворотки крови при обсемененности слизистой оболочки желудка *Hp* (ANOVA $F=7,255$, $p=0,008$).

Заключение. Пониженный уровень ацил-грелина в сыворотке крови может являться важным патогенетическим звеном в развитии БЭН у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ И ВЫПИСКЕ ПАЦИЕНТОВ С ХСН

Яковлева М.В.¹, Токмачев Р.Е.², Овсянников Е.С.²

¹МСЧ-36 ФСИН,

²Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель. Отразить динамику показателей теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при поступлении и выписке из стационара.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 42 пациента, госпитализированных с декомпенсированной ХСН. Мужчины составили 69,1% выборки, средний возраст пациентов равнялся $68,28 \pm 8,56$. Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с функциональным классом (ФК), установленным при госпитализации: I ФК был зафиксирован у 11,91%, II ФК у 30,95%, III ФК у 47,62%, IV ФК у 9,52% исследуемых пациентов. При поступлении и выписке пациентов был проведен ТШХ.

Результаты. Средний койко-день исследуемых пациентов составил 8 ± 3 дня. За это время наблюдалась положительная динамика показателей ТШХ, которая характеризовалась увеличением показателей при выписке из стационара. У группы пациентов с I ФК ТШХ показал увеличение средней дистанции ходьбы с $469,6 \pm 30,47$ до $521 \pm 31,53$ м. Группа пациентов с II ФК показала увеличение средней дистанции ходьбы с $371,08 \pm 34,74$ до $417,54 \pm 35,36$ м. У пациентов с III ФК ТШХ показал увеличение средней дистанции ходьбы с $229,55 \pm 42,42$ до $270 \pm 42,49$ м. Группа пациентов с IV ФК показала увеличение средней дистанции ходьбы с $118 \pm 21,77$ до $148,25 \pm 18,01$ м.

Заключение. Полученные в ходе исследования данные указывают на наличие положительной динамики показателей ТШХ у пациентов с ХСН в период их госпитализации. У всех четырех групп пациентов на-

блюдалось значительное увеличение пройденной дистанции в ТШХ к моменту выписки из стационара.

Наибольший прирост абсолютной дистанции был отмечен у пациентов с I ФК, что указывает на их относительно лучшее исходное состояние и более выраженную реакцию на лечение в стационаре. Однако, даже пациенты с IV ФК, имевшие наиболее тяжелую степень ХСН, продемонстрировали улучшение показателей ТШХ, хотя и с меньшей абсолютной разницей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что увеличение дистанции в ТШХ отражает улучшение функционального статуса пациентов и может рассматриваться как важный показатель эффективности стационарного лечения.

Также исследование подчеркивает важность ТШХ как инструмента для оценки динамики состояния пациентов с ХСН и эффективности применяемых терапевтических стратегий.

СИНДРОМ РЕЙНО КАК ПРЕДИКТОР СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА

Янин А.С., Беляева Е.А.

Тульский государственный университет, Тула

Обоснование. Системная склеродермия или системный склероз – редкое аутоиммунное заболевание соединительной ткани, характеризующееся полиорганным поражением, включающее нарушения микроциркуляции, активацию иммунной системы и фиброз кожи и внутренних органов. Синдром Рейно, представляющий собой пароксизмальное нарушение кровообращения в дистальных отделах конечностей, является не только патогномоничным и ранним проявлением ССД, но и предиктором развития заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности клинического случая и определить значимость синдрома Рейно при постановке диагноза системного склероза.

Материалы и методы. Проведен анализ проспективного наблюдения динамики клинических проявлений пациентки С., 1969 г.р., с впервые диагностированной системной склеродермией без висцеральных поражений на момент курации, манифестировавшей синдромом Рейно.

Результаты и обсуждения. Считает себя больной в течение 4-х лет (с 2021 г.), при первичном амбулаторном обращении пациентка жаловалась на зябкость и ощущения покалывания в пальцах кистей и стоп без изменения окраски кожных покровов, что было расценено как ранний признак нарушения периферического кровообращения, в связи с чем был поставлен предварительный диагноз синдрома Рейно, однако он оставался под вопросом ввиду скромной клиники. Через три года появились жалобы на общее недомогание,

слабость в ногах и кистях, отмечала побеление, посинение пальцев стоп и кистей на холоде, а также незначительные отеки пальцев рук без явного утолщения и уплотнения кожи. Госпитализирована для уточнения диагноза, при обследовании выявлены неспецифические изменения анализа крови: Лейкоциты – $11 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $340 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 22 мм/ч. В биохимическом анализе крови – диспротеинемия, гипопротейнемия 52 г/л, креатинин 108 мкмоль/л, СРБ 1,2 мг/л. В общем анализе мочи – следы белка. При проведении КТ легких, ЭКГ, ЭХО-КГ, эндоскопического и рентгенологического исследования ЖКТ, рентгенографии кистей и стоп патологических изменений, типичных для системного склероза, не выявлено. Наличие синдрома Рейно, впервые возникшего в возрасте старше 50 лет, прогрессирующего во времени, позволило заподозрить его вторичный генез, вероятную связь с системным заболеванием соединительной ткани, и провести иммунологическое исследование, при котором были выявлены АНФ на Her2 1/640 и анти-Scl-70 37 Е/мл.

Важное значение для своевременной диагностики системной склеродермии имеет раннее выявление, а также дифференциальная диагностика первичного и вторичного синдрома Рейно. Одним из признаков для дифференциации идиопатического синдрома Рейно от вторичного является возрастной критерий, поскольку для первичного варианта типичен дебют симптоматики в молодом возрасте (15-30 лет), в то время как для вторичного – в более старшем возрасте. В ходе дифференциальной диагностики также целесообразно использовать высокоспецифичное инструментальное исследование – видеокапилляроскопию, позволяющую выявлять характерные для системного склероза аневризмы, запустевание, неогенез сосудов капиллярного русла. Возникновение синдрома Рейно в рамках системного заболевания соединительной ткани сопровождается иммунологической активностью. Выявление у данной пациентки АНФ и анти-Scl-70 подтверждает диагноз системного склероза, несмотря на скудность клинической симптоматики, и свидетельствует о вероятном дальнейшем развитии CREST-синдрома и интерстициального легочного фиброза. После установления диагноза для лечения сосудистых проявлений пациентке назначены антагонисты кальция, алпростадил.

Вывод. Особенностью случая является возникновение синдрома Рейно, спрогрессировавшего за три года с минимальных субклинических проявлений до полноценной трехфазной формы, как единственного на данном этапе выраженного специфического патогномоничного клинического симптома системной склеродермии. Выявление системного склероза на этапе до развития выраженных висцеральных проявлений позволяет принимать на основании результатов динамического контроля состояния органов-мишеней стратегические решения для предотвращения тяжелых структурных повреждений и сосудистых осложнений.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА СТЕРДЖА-ВЕБЕРА

Ярошенко Ю.Э., Коценко Ю.И.

Донецкий государственный медицинский
университет имени М. Горького,
Донецк

Актуальность. Синдром Стерджа-Вебера (SWS) – это нейрокожное заболевание, при котором происходит атипичное формирование и функционирование кровеносных сосудов в коже, глазах и мозге. Неврологические проявления включают инсульты (ИИ) и инсультоподобные эпизоды (stroke-like episodes – SLE), наличие очаговой симптоматики с гемипарезами и анопиями, интеллектуальными расстройствами и судорогами, атрофией и кальцификацией головного мозга (Comi A.M., 2022).

Цель. Изучить различные терапевтические подходы лечения неврологического дефицита при SWS и оценить их эффективность.

Материалы и методы. Проанализированы публикации в наукометрических базах за 2020-2024 гг. зарубежных и отечественных авторов, освещающие современное лечение SWS.

Результаты. Лечение SWS заключается в устранении конкретных симптомов заболевания. В исследованиях установлено, что у 65% пациентов, принимавших аспирин в малых дозах в течение года, SLE сократились с 1,1 до 0,3 в месяц, у 27% пациентов SLE регрессировали, у 8% отметили появление SLE после начала терапии аспирином. Отмечено значительное снижение среднего количества SLE с 3 до 1 раз в месяц (Bay M.J. et al, 2020, Lance E.I. et al, 2020).

Досимптоматическое лечение аспирином и антиконвульсантами (леветирацетам, окскарбазепин, лакозамид, фенobarбитал) снижало частоту и манифестацию судорог. У 12% пациентов данная схема терапии предотвращала пароксизмы (Day A.M. et al, 2021). На этапе профилактики фенobarбитал показал тенденцию к снижению умственной отсталости в 15% случаев. Вальпроевая кислота и карбамазепин не показали эффективности в предотвращении эпилептических приступов у испытуемых по сравнению с контрольной группой (Bar C. et al, 2020).

У 66% пациентов SWS встречается дефицит витамина D. У всех обследуемых с наличием ранних судорог и двусторонним поражением мозга при повышении уровня витамина D наблюдался регресс выраженности гемипарезов (Smegal L et al, 2021).

Эпидиолекс (каннабидиол) показал эффективность в лечении рефрактерных приступов при SWS, снижая их частоту на 50% и улучшая качество жизни (Whyte L.S. et al, 2022). При этом у 68% пациентов выявлено улучшение моторики, речи, когнитивных способностей, набора веса и общего состояния на фоне приема эпидиолекса.

Zeng L.H. et al (2023) показана перспектива ингибиторов mTOR (сиролимус), где выявлено снижение риска ИИ на 20% за счет нормализации функции сосудистых клеток и в контроле судорог. Препарат улучшает показатели качества жизни, связанные с когнитивными функциями, депрессией и гневом на 40%, снижает длительность SLE на 25% и улучшает когнитивные показатели у 45% пациентов.

Выводы. Современное лечение SWS демонстрирует многообещающие результаты в снижении частоты инсультов и судорог, улучшении когнитивных функций и качества жизни пациентов. Однако необходимы дальнейшие исследования для определения оптимальных терапевтических стратегий и оценки эффективности новых препаратов и подходов в лечении неврологических проявлений SWS.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Яценко В.Ю., Перцев А.В.

Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель исследования. Изучить особенности течения ХОБЛ у пациентов с ХСН.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ и ХСН, среди которых 18 мужчин (60%) и 12 женщин (40%) в возрасте от 52 до 68 лет. Средний возраст составил $61,4 \pm 5,2$ года. Диагнозы подтверждались на основе клинических данных, показателей спирометрии и результатов эхокардиографии. Для изучения патофизиологических механизмов проводился анализ уровней NT-proBNP и CRP, которые отражают степень воспаления и гипоксии.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что хроническая гипоксия, обусловленная ХОБЛ, усиливает воспалительные процессы и стимулирует патологическое ремоделирование миокарда, что усугубляет течение ХСН. Уровни NT-proBNP были значительно выше у пациентов с выраженной бронхиальной обструкцией, что коррелировало с тяжестью сердечной недостаточности. Клиническая картина включала одышку у подавляющего большинства пациентов (92%), снижение физической активности (87%) и частые эпизоды обострений (78%). Характер одышки позволял различать основные причины: при ХОБЛ она была связана с нарушением выдоха, тогда как при ХСН усиливалась в положении лежа. Применение селективных β_1 -адреноблокаторов и длительно действующих

бронхолитиков способствовало улучшению состояния у 73% пациентов. Введение в клиническую практику NT-proBNP в качестве диагностического маркера позволило снизить частоту госпитализаций на 22% и улучшить контроль над состоянием пациентов.

Выводы. Сочетание ХОБЛ и ХСН представляет собой сложное взаимодействие, при котором патологии взаимно усиливают негативное влияние друг на друга. Основные сложности диагностики связаны с пересечением симптомов, что требует использования инструментальных методов и лабораторных маркеров. Комбинированная терапия, ориентированная на индивидуальные особенности пациентов, включая современные препараты и персонализированные подходы, позволяет значительно улучшить их прогноз и качество жизни.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Яцына И.В., Шеенкова М.В.

Федеральный научный центр гигиены
имени Ф.Ф. Эрисмана,
Мытищи

Цель исследования. Изучение эффективности немедикаментозной терапии артериальной гипертензии медицинских работников многопрофильного стационара.

Материалы и методы. При проведении периодического медицинского осмотра (ПМО) 110 медицинских работников (МР): 38 – врачи, 72 – средний медицинский персонал, проведена оценка распространенности артериальной гипертензии (АГ) и выявление факторов кардиоваскулярного риска. Средний возраст обследованных $46,7 \pm 14,4$ лет.

Изучена эффективность дополнения стандартной гипотензивной терапии сеансами групповой психосоматической коррекции методом свето-звуковой стимуляции мозга с использованием медицинского аппаратно-программного комплекса (АПК), регистрационное удостоверение № ФСР 2012/14162 от 03.03.2023 г., входит в стандарты оснащения медицинских организаций на основании Приказов Минздрава РФ № 788н от 31.07.2020, № 450н от 14.05.2021. Основную группу составили 19 МР с повышенным артериальным давлением (АД). Группа контроля из 19 МР получала стандартные схемы гипотензивной терапии.

Анализ эффективности добавления сеансов АПК к медикаментозной гипотензивной терапии проводился на основании достижения целевых значений АД по результатам домашнего мониторинга АД.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.7.1. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью точного критерия Фишера (Т.К.Ф.). Сравнение бинарных показателей, характеризующих две связанные совокупности, выполнялось с помощью теста χ^2 -МакНемара.

Результаты и обсуждение. Анкетирование в целях сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для хронических неинфекционных заболеваний в процессе ПМО 110 МР, выявило, что самым распространенным фактором кардиоваскулярного риска является психологический стресс – 48 МР (43,6%). Помимо бытовых и социальных аспектов стресс связан с профессиональной нагрузкой эмоционального и интеллектуального характера, нарушением оптимального режима работы, сменностью работы.

Избыточная масса тела выявлена у 44 МР (40,5%), ожирение 1 степени – у 9 МР (8,2%). Низкая физическая активность определялась у 35 МР (31,8%), чья работа носила малоподвижный характер при отсутствии достаточных физических нагрузок в свободное от работы время. Избыточное потребление соли встречалась у 35 МР (31,8%). Выкуривали одну и более сигарет за день 13 МР (11,8%). Все обследованные не превышали безопасного уровня потребления алкоголя.

При ПМО артериальная гипертензия диагностирована в 34,5% случаев (38 МР), что соответствует уровню распространенности среди взрослого населения Российской Федерации, равному 30-45% по данным эпидемиологических исследований.

Обследованные с АГ разделены на основную и контрольную группы по 19 человек в каждой, вошли во второй этап работы – оценку эффективности немедикаментозной терапии АГ.

Среди обследованных основной группы на фоне медикаментозной гипотензивной терапии до начала сеансов АПК целевые уровни АД регистрировались у 11 МР (57,9%). Среди работников здравоохранения с АГ, составивших контрольную группу, исходное количество лиц с контролируемым уровнем артериального давления на фоне медикаментозной терапии составляло 10 человек (52,6%). Основная и контрольная группа сопоставимы по количеству лиц с достижением целевых уровней цифр артериального давления (Т.К.Ф.=1, $p=1,0$).

После сеансов в основной группе достигнуты целевые показатели артериального давления у 16 МР (84,2%), что соответствует увеличению доли лиц с целевыми показателями АД на 26,4%, изменение статистически значимо ($\chi^2=5$, $p=0,025$).

В группе контроля на фоне стандартной медикаментозной терапии стабилизация цифр АД выявлена у 12 МР (63,2%), увеличение доли лиц с целевыми значениями АД составило 10,6%, различия не являлись статистически значимыми ($\chi^2=2$, $p=0,157$).

Выводы. Частота выявления АГ в профессиональной группе МР составила 34,5%, что соответствует уровню распространенности АГ в Российской Федерации.

Психологический стресс является ведущим фактором сердечно-сосудистого риска (43,6%) в обследованной группе работников здравоохранения, превышая распространенность низкой физической активности, избыточной массы тела, курения и чрезмерного потребления соли.

Тесная связь хронического стресса с развитием АГ обосновывает целесообразность включения методов психосоматической коррекции в комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Включение в лечебные мероприятия сеансов психосоматической коррекции в качестве дополнения к стандартной гипотензивной терапии приводит к повышению эффективности стабилизации цифр артериального давления на 26,4%, $\chi^2=5$, $p=0,025$.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абазова С.В.	3
Абайтова Н.Е.	109
Абакаров Р.М.	4
Абдуазизова Н.Х.	4, 5, 148
Абдуазимова Н.Х.	198
Абдуллаев Ж.У.	142
Абдураззакова Д.С.	5, 136
Аболёшина А.В.	6
Абражевич Е.К.	16
Авдеева А.С.	41, 166, 196, 224
Адамова А.С.	8
Адамова И.Г.	7
Азимова О.Т.	9, 10
Азимова Ф.В.	103
Азыдова Г.В.	210
Айрапетян А.В.	10
Александров А.В.	11
Александров В.А.	11
Алексеева Л.И.	83, 117, 196, 217, 218, 227, 248, 249
Алексеева Н.Г.	12, 13
Алексеева О.В.	219
Алексеева О.Г.	217, 248
Алиева К.К.	14, 229, 230, 249, 250
Аллазова С.С.	157
Алферова И.П.	159
Алютов О.Ю.	25
Аляви А.Л.	3, 255
Амиркулова Ф.Д.	14, 249, 250
Андреева В.И.	15
Андреев Р.Н.	15
Андрианова С.П.	36
Аношенкова О.Н.	125
Антипова Е.П.	218
Антонова Е.В.	235
Антонович Л.Л.	16
Антонович М.Н.	16
Апратина В.А.	24
Аралова Ю.А.	17, 18
Аржавкина Л.Г.	46, 71, 72
Арипова Н.Н.	225
Аронова Е.С.	53
Арсентьева Н.А.	19, 122
Артюхов И.В.	256
Архипова А.С.	261, 263
Архипова Е.Д.	19, 20
Арьев А.Л.	112, 113
Аскарлов М.Б.	28
Аскарлов Н.Л.	27, 48
Асланов Б.И.	67

Аслямова Н.О.	51
Аторин Д.А.	21
Атрошкин К.А.	62
Ахвердян Ю.Р.	167, 180, 205
Ахмедова К.Н.	22
Ахмедова Н.А.	82, 251

Б

Бабенко И.Ю.	230, 231
Бажанова В.В.	22
Бакулин И.Г.	67
Балукова Е.В.	200
Бандурко Е.П.	23, 47
Баранов А.А.	109, 125
Баранова М.М.	24
Барсуков А.В.	10
Барышникова Н.В.	24
Бахранова Д.Ф.	224, 225
Бахтияров А.Р.	75
Бахтияров П.Д.	32
Бацунов О.К.	122
Бегалиева Ф.У.	136, 142
Бедина С.А.	25, 132, 144, 214
Бейлина Н.И.	26
Бекенова Г.Т.	27, 28, 232
Бектурганова С.А.	28
Белавина Е.А.	29
Белов Б.С.	24, 53
Беляева Е.А.	68, 244, 257, 282
Белякова А.В.	44
Бердиева Д.У.	57
Бердикулова Т.Т.	201
Бирг А.Б.	4
Бирюков Д.А.	260
Благина И.И.	31, 32
Блудова Н.Г.	32, 33
Бобылева Т.А.	34
Богданова Е.Г.	71, 72, 264
Богданов А.Н.	30
Боева О.И.	157
Болдуева С.А.	116, 117, 143
Болехан А.В.	71, 72, 264
Бомбина М.В.	47
Бондаренко Э.В.	34, 51
Борисова Е.В.	10
Борисова М.А.	35
Борисова Т.Н.	243
Боровая Т.В.	80
Бородачев А.С.	36
Бредихина Е.В.	167
Бровко Ю.И.	37

Бубман Л.И.	38, 104, 188, 234, 235
Будко Р.С.	59
Будневский А.В.	19, 20
Буева В.В.	256
Буриев И.М.	38
Бурханов Э.М.	75
Бутова Л.Р.	39
Быкова Е.Г.	40

В

Ванкович Е.А.	80
Варфоломеев С.А.	216
Василенко В.С.	140
Васильева В.А.	151
Васильева Е.А.	66
Васильева Ю.Ю.	38, 93, 179, 234
Васильев В.В.	269
Вашкевич Т.А.	16
Ведмецкая А.М.	77
Великанова Л.И.	146
Верижникова Ж.Г.	41
Виноградов А.В.	114
Владимирова В.С.	41
Власенко С.В.	3, 42, 163, 164
Власова М.И.	43
Воеводина А.А.	259
Волков А.В.	265, 277, 278
Волковская М.А.	44
Воркель Е.Н.	44, 45
Воронов В.А.	22

Г

Гаврилова Я.В.	98
Гаврилюк Б.Л.	46
Гайдукова И.З.	23, 47, 148, 258
Галабуева М.С.	181
Галимбекова М.В.	104
Галкина А.А.	48
Ганиева Н.А.	48, 49, 50, 57
Гаппарова К.М.	107, 108
Гарова Я.Р.	50
Герасименко В.В.	169
Герасимова Е.В.	52
Герасимова Н.В.	240
Гирько Л.В.	51
Глебова С.А.	10
Глухова С.И.	248

Захарова А.И.	259
Захарова О.В.	40, 116
Заяц А.Н.	73
Зборовская И.А.	144
Зверева О.Н.	74, 75
Зенина М.Н.	115
Зияева Ф.К.	49, 57, 75, 76, 229
Знахуренко А.А.	203
Зоткин Е.Г.	6
Зуева Ю.С.	161

И

Ибадуллаев Ж.У.	48
Ибрагимова В.Ю.	126
Иванов В.С.	77, 210
Иванов С.Н.	77, 210
Игнатенко Е.А.	77
Ильченко Л.Ю.	7
Инамова О.В.	50, 148, 258
Исмаилова Ф.Р.	224
Исраилов А.А.	148

K

Кадырова Д.А.	79
Казаева Н.А.	63
Казаков С.П.	100, 101, 238
Калинин А.Г.	100, 101, 238
Кантемирова Р.К.	269
Карандеев А.А.	62
Карпова И.С.	80, 98, 221
Карпов В.В.	38
Карповская Е.Б.	210
Касимова М.Б.	81, 82
Касьянов А.Д.	115
Катасонова В.А.	246
Качалина И.Ф.	43
Кашеварова Н.Г.	83, 117, 196, 217, 218, 227, 248, 249
Киличев И.А.	279
Киселева Е.С.	77, 140
Климова Т.С.	84
Климчук А.В.	200
Клочева Е.Г.	8
Ключникова Л.П.	264
Князев И.С.	84
Ковалев А.А.	129
Ковалева Л.А.	222
Ковалёва Н.С.	85
Коваленко П.С.	6
Коваленко Ю.А.	268

Ефремова А.Ю.	67
Ешмурзаев А.Т.	81

Ж

Жаббаров О.О.	236, 237
Жалевич Е.В.	73
Жерздева Е.В.	68
Жигун Е.С.	134
Жидкова Е.А.	68
Жомова М.В.	64
Жохова Т.П.	69
Жугрова Е.С.	70
Жуков А.С.	71, 72, 264
Жулай Г.А.	21

3

Дадаев Х.Х.	190, 191
Данилова А.Е.	55
Данилова О.И.	213
Демин Н.В.	58, 218, 227
Дёмин Н.В.	52
Денисевич Т.Л.	212
Денисова А.Г.	55, 179
Десинова О.В.	56
Джураева Э.Р.	48, 57, 75, 76, 150, 233
Дзагкоев С.Е.	219
Диатроптов М.Е.	44, 45, 90, 196, 224
Добровольская О.В.	58
Добрынин Д.В.	130
Долгова Л.Н.	99
Долгов Н.В.	99
Долотказина Е.Н.	38, 93, 179, 234
Доровской И.А.	59
Досжан А.Д.	28
Драгун М.Д.	153
Драгунова Д.С.	246
Дробышева Е.С.	59, 60, 61, 84
Дубина Д.Ю.	61

Л

– 291 –

Шарова Н.В.	259	Щ	Я
Шаропова А.Т.	136, 142		
Шаропов С.Д.	168		
Шатохина Я.П.	268	Щендригин И.Н.	118
Шафиева И.А.	125	Щербакова Л.Э.	276
Шашко К.С.	269	Щербанев К.Г.	276
Шварёва Т.И.	184, 185	Щербинина Т.Н.	42
Шевченко Н.И.	120		
Шеенкова М.В.	284	Э	Якимова Е.А.
Шейшеева Ж.Д.	152, 153		Якимович С.Е.
Шемеровский К.А.	269		Яковенко А.А.
Шилова Л.Н.	52		Яковлева М.В.
Шилов Е.М.	157	Эмомадов А.М.	38
Шилов П.Б.	29	Эрдес Ш.Ф.	200
Шимановский Н.Л.	62		Якубова М.М.
Шиповская А.А.	63, 270	Ю	Янин А.С.
Ширанова Ш.А.	148		Ярмонова Ю.Н.
Ширяева Д.А.	260		Ярошенко Ю.Э.
Шишкина В.В.	19, 20		Яценко В.Ю.
Шишкин А.Н.	271, 272	Юдкина Н.Н.	277, 278
Шкарпеткин Ю.А.	152	Юн Е.С.	130
Шкатова Я.С.	187, 272, 273	Юсупов А.У.	279
Шоалимова З.М.	158		
Шомин А.В.	274, 275		
Шпигун Н.В.	213		
Шумков В.А.	174		

СОДЕРЖАНИЕ

АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОЖИРЕНИЕМ Аляви А.Л.	ТЕМОЗОЛОМИД В ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ Азимова О.Т.	3	9
ПРОФЕССОР С.П. БОТКИН ОСНОВАТЕЛЬ КРЫМСКОЙ КЛИМАТОТЕРАПИИ Абазова С.В., Власенко С.В., Османов Э.А.	АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ АГРЕССИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА Азимова О.Т., Халимова З.Ю.	3	10
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ГИПОНАТРИЕМИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ Абакаров Р.М., Рамазанов Н.С., Фарманов А.Г., Бирг А.Б., Кудрявцева А.В.	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ 12-НЕДЕЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ Айрапетян А.В., Барсуков А.В., Глебова С.А., Борисова Е.В.	4	10
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Абдуазизова Н.Х., Мухаммадиева С.М., Шарапов З.А.	ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДЕКСА СИСТЕМНОГО ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА Александров А.В., Александров В.А., Скляров П.Э., Сибирская Ю.В.	4	11
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА НА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Абдуазизова Н.Х., Мухаммадиева С.М., Сагатова Д.Р., Шарапов З.А.	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ КАРБОКСИПЕПТИДАЗЫ АЗ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ COVID-19: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С.	5	12
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАННИМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х.	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАРБОКСИПЕПТИДАЗЫ АЗ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С.	5	13
ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛИ И МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Аболёшина А.В., Зоткин Е.Г., Коваленко П.С., Мовсесян А.А., Молова К.М., Макоева М.А.	ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ТУЧНЫХ КЛЕТОК С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С.	6	13
ОСТЕОСАРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ Адамова И.Г., Тараки Б.М., Пшенникова И.Г., Ильченко Л.Ю., Никитин И.Г.		7	
ХАРАКТЕРИСТИКА СТОЙКОЙ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ АССОЦИИРОВАННОЙ С COVID-19 Адамова А.С., Клочева Е.Г., Голдобин В.В.		8	

СКОРРЕЛИРОВАННОСТЬ ПОДАГРЫ И ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ Алиева К.К., Хамраев А.А., Турсунова М.У., Амиркулова Ф.Д.	14	РОЛЬ ХИМАЗА-ПОЗИТИВНЫХ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МИОКАРДА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Архипова Е.Д., Будневский А.В., Шишкина В.В., Черник Т.А., Первеева И.М., Токмачев Р.Е.	20
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И АСПЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В ГОРОДЕ ДОНЕЦКЕ В 2012-2022 ГГ. Андреев Р.Н., Андреева В.И. ² , Мельник В.А., Лыгина Ю.А.	15	УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ GAS5, MALAT1, TUG1, FOXR3 И RORC В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Аторин Д.А., Жулай Г.А., Топчиева Л.В., Курбатова И.В., Дуданова О.П.	21
ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Антонович М.Н., Антонович Л.Л., Вашкевич Т.А., Абражевич Е.К., Гучик М.Ф.	16	СИНДРОМ MDDS И КОМОРБИДНАЯ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ Ахмедова К.Н., Мирзаева Л.М., Константинов А.О., Воронов В.А.	22
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОДЕРЖАНИЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И АКТИВНОСТЬЮ КОМПЛЕМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ Антонович М.Н., Антонович Л.Л., Вашкевич Т.А., Абражевич Е.К., Гучик М.Ф.	16	ИЗМЕНЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОВТОРНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ Бажанова В.В., Леонова И.А., Хворик Ф.Д.	22
АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА Аралова Ю.А., Перцев А.В., Гречкин В.И.	17	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МНОЖЕСТВЕННОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЗРОСЛЫХ: СЕРИЯ ИЗ 15 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ Бандурко Е.П., Петухова А.А., Гайдукова И.З.	23
СЛОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА Аралова Ю.А., Перцев А.В., Гречкин В.И.	18	ИММУНОГЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПО ДАННЫМ ФГБНУ НИИР ИМ. В.А. НАСОНОВОЙ Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Сергеева М.С.	24
АНАЛИЗ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Аралова Ю.А., Перцев А.В.	18		
РОЛЬ Т-ЛИМФОЦИТОВ В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Арсентьева Н.А., Коробова З.Р.	19	АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФА-ГЛИТАМИЛ-ТРИПТОФАНА Барышников Н.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Петленко С.В., Краснов А.А., Апрятина В.А.	24
ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ТУЧНЫХ КЛЕТОК СЕРДЦА И ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ИХ ПРОТЕАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Архипова Е.Д., Будневский А.В., Шишкина В.В., Черник Т.А., Первеева И.М., Токмачев Р.Е.	19		

ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН И ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: РОЛЬ ПОЛА И ВОЗРАСТА В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ Бедина С.А., Папичев Е.В., Короткова В.А., Алютов О.Ю. 25	ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ, ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ Благинина И.И. 31
СТРУКТУРА НЕ ЭКСТРЕННЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ИЗ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ Бейлина Н.И. 26	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Благинина И.И., Бахтояров П.Д. 32
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ К ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ГЕНОТИПОВ ГЕНА α -TNF -308 G>A (rs 1800629) Бекенова Г.Т., Толипов У.У., Аскаров Н.Л. 27	К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЛМЕСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Блудова Н.Г. 32
ФУНКЦИОНАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Бекенова Г.Т., Толипов У.У., Аскаров Н.Л. 27	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА Блудова Н.Г. 33
УРОВНИ СОЦИАЛЬНОЙ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОМПЛИАНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Бекенова Г.Т., Толипов У.У. 28	ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ ИНДЕКСА МАКРУЗА У МУЖЧИН С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Бобылева Т.А. 34
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АУТОЛОГИЧНЫХ СТЕВЛОВЫХ КЛЕТОК В ПРОГРЕССИРОВАНИИ СИСТЕМОГО СКЛЕРОЗА Бектурганова С.А., Туганбекова С.К., Аскаров М.Б., Криворучко Н.А., Ертлесова Г.Д., Досжан А.Д., Шаймарданова Г.М. 28	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ В СОПРОВОЖДЕНИИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА Бондаренко Э.В., Горелик С.Г. 34
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2024 ГОДУ Белавина Е.А., Корнеева С.Ю., Горских О.Г., Горяйнов И.В., Дубровская Н.В., Шилов П.Б. 29	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ГИНЕКОМАСТИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Борисова М.А., Лукина Г.В. 35
КЛОНАЛЬНЫЙ ГЕМОПОЭЗ И ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ Богданов А.Н. 30	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ, СВЯЗАННЫМ С ЙОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Бородачев А.С., Костерина И.С., Андрианова С.П., Евграфова Е.С. 36

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ОЖИРЕНИЕМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДЛОЖЕННОЙ ТЕРАПИИ Бровко Ю.И.	СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗВУКОВ КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БРОНХИТОМ Волковская М.А., Овсянников Е.С., Фейгельман С.Н., Белякова А.В.	37	44
ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ Бубман Л.И., Тополянская С.В., Куржос М.Н., Васильева Ю.Ю., Долотказина Е.Н., Карпов В.В., Нечаев А.И., Хан С.О., Эмомадов А.М., Лыткина К.А., Буриев И.М., Мелконян Г.Г.	СЫВОРОТОЧНЫЙ ЦИСТАТИН С КАК МАРКЕР АКТИВНОСТИ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТАХ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ Воркель Е.Н., Решетняк Т.М., Нурбаева К.С., Диатроптов М.Е., Лиля А.М.	38	44
СВЯЗЬ КУРЕНИЯ И АГРЕССИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС Бутова Л.Р., Кравченко А.Я.	СОДЕРЖАНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ЛИПОКАЛИНА (NGAL) ПРИ АНЦА- АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТАХ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ Воркель Е.Н., Решетняк Т.М., Нурбаева К.С., Диатроптов М.Е., Лиля А.М.	39	45
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Быкова Е.Г., Захарова О.В., Платонова Н.А.	ОСНОВНЫЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Гаврилюк Б.Л., Аржавкина Л.Г., Макарова А.В.	40	46
МОНОСПЕЦИФИЧНЫЕ АНТИТЕЛА К DFS70 В ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ КАК МАРКЕР ИСКЛЮЧЕНИЯ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Верижникова Ж.Г., Авдеева А.С.	ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ КОСТЕЙ ПРИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Гайдукова И.З., Бомбина М.В., Бандурко Е.П., Петухова А.А.	41	47
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ EVALI СРЕДИ СТУДЕНТОВ Владимирова В.С., Евдокимов Д.С., Елисева К.Е.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО, ХИРУРГИЧЕСКОГО, ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ЦЕНТРА ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Галкина А.А., Лялина Л.В., Спиридонова А.А.	41	48
ВЛИЯНИЕ ПЛАНШЕТНОЙ ГИДРОТЕРАПИИ НА ТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ФОРМА СПАСТИЧЕСКОЯ ДИПЛЕГИЯ Власенко С.В., Османов Э.А., Щербинина Т.Н., Непейливо М.В.	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Аскаров Н.Л., Ибадуллаев Ж.У., Такаев Н.Р.	42	48
ПРИМЕНЕНИЕ ИДАРАЦИЗУМАБА ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ЭФФЕКТА ДАБГИТРАНА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТУ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Власова М.И., Муртазина А.Х., Качалина И.Ф.		43	48

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Ганиева Н.А., Набиева Д.А., Зияева Ф.К., Насритдинова И.Х.	49	ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЗАПОРОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ Гульнева М.Ю.	54
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Ганиева Н.А., Мустафакулова К.И.	50	ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ Данилова А.Е., Симион К.А., Симион А.Ю., Овсянников Е.С.	55
ЧАСТОТА И СВЯЗЬ САРКОПЕНИИ С ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Гарова Я.Р., Сафонова Ю.А., Инамова О.В.	50	ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА Денисова А.Г., Позднякова Н.В.	55
КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ТЕРАПИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭЙДЖИЗМА Гирько Л.В., Аслямова Н.О., Бондаренко Э.В., Дубский В.О., Милов В.В.	51	БОЛЕЗНЬ ШУЛЬМАНА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ Десинова О.В.	56
РОЛЬ АНГИОПОЭТИН-ПОДОБНЫХ БЕЛКОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Головина Н.Б., Шилова Л.Н.	52	КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Бердиева Д.У., Мухиддинова С.М.	57
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ ИЛ-6 (ТОЦИЛИЗУМАБ) НА СОСТАВ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В., Панафидина Т.А., Герасимова Е.В., Дёмин Н.В., Попкова Т.В.	52	АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К.	57
К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИРЕВМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗРЕШИВШИМСЯ ГЕПАТИТОМ В Гриднева Г.И., Белов Б.С., Аронова Е.С., Толбеева М.С.	53	СКРИНИНГ САРКОПЕНИИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ПОМОЩЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ОКРУЖНОСТИ ГОЛЕНИ Добровольская О.В., Козырева М.В., Демин Н.В.	58
РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Громова М.А.	53	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛАСТОГРАФИИ ПЕЧЕНИ СДВИГОВОЙ ВОЛНОЙ У ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ Доровской И.А., Будко Р.С.	59
		ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА FINDRISK Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Рубцова А.В.	59

ГИПОГЛИКЕМИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ Дробышева Е.С., Гришина Е.Е., Гречкин В.И.	60	РОЛЬ ЭНЗИМОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУННЫХ МЕХАНИЗМОВ В РАЗВИТИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ Емельянова О.И., Русанова О.А., Трофименко А.С., Спицина С.С.	65
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНГИБИТОРОВ ДИПЕПТИЛПЕПТИДАЗЫ 4 НА ТЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Егоров В.Н.	61	АУТОИММУНИТЕТ К КАТАЛАЗЕ И ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЕ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Емельянова О.И., Русанова О.А., Трофименко А.С., Спицина С.С.	66
ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ COVID-19 Дубина Д.Ю., Коценко Ю.И.	61	ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ НА ФОНЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ Ефанова Е.Н., Васильева Е.А., Нелидова Н.В.	66
ИДЕНТИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА В ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА Дубинина Т.В., Атрошкин К.А., Яшин Н.А., Карандеев А.А., Шимановский Н.Л., Лиля А.М.	62	ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЦЕЛИАКИЕЙ Ефремова А.Ю., Бакулин И.Г., Асланов Б.И., Семенова Е.А., Коржова А.Д.	67
ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Дубовик А.Ю., Казаева Н.А., Губич Т.С., Сукало Т.И.	63	ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Жерздева Е.В., Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А.	68
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТЯЖЕЛОГО ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ СТЕАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И СВЯЗЬ ФИБРОЗА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ Дуданова О.П., Ларина Н.А., Цеханович К.Б., Шиповская А.А., Курбатова И.В.	63	МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Жидкова Е.А., Беляева Е.А.	68
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Евгеньева А.В., Жомова М.В., Лаврухина А.А., Осипова Ю.А.	64	ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫЙ РАБДОМИОЛИЗ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) Жохова Т.П., Кондрашова И.А., Григорьева Е.В.	69
		ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ Жугрова Е.С.	70
		ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ Жуков А.С., Болехан А.В., Богданова Е.Г., Аржавкина Л.Г., Протасов О.В.	71

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОЦЕНКЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В АРКТИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ Жуков А.С., Болехан А.В., Богданова Е.Г., Аржавкина Л.Г., Протасов О.В.	72	РИСК РАЗВИТИЯ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА Иванов В.С., Ведмецкая А.М., Иванов С.Н., Думбадзе Р.Д., Киселева Е.С., Смирнов В.В.	77
ЧАСТОТА ВЕРОЯТНОЙ САРКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И ЕЕ СВЯЗЬ С ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ Запарина Д.Н., Сафонова Ю.А.	72	ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ Игнатенко Е.А.	77
ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФЕНОМЕНОМ ПОСТУРАЛЬНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ТАХИКАРДИИ Заяц А.Н., Жалевич Е.В., Кравчук Л.В.	73	ОЦЕНКА ДИНАМИЧЕСКОГО (ДИСПАНСЕРНОГО) НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Кадырова Д.А., Хакимова Ш.Н.	79
МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ АГЛОМЕРАЦИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Зверева О.Н.	74	ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ Кадырова Д.А., Хакимова Ш.Н.	79
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА Зверева О.Н., Зверева О.Н.	74	ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ ФИБРОЗА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Карпова И.С., Ванкович Е.А., Боровая Т.В.	80
ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ У ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ РФ Зверева О.Н.	75	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Касимова М.Б., Ешмурзаев А.Т.	81
ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКГ Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Бурханов Э.М., Бахтияров А.Р.	75	СТРУКТУРА ВНЕСКЕЛЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА Касимова М.Б., Хабибуллаева Ш.М.	82
ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Махкамова М.Н.	76	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ Касимова М.Б., Ахмедова Н.А., Мухаматов Р.Н.	82
		ВАРУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ – ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Стребкова Е.А., Савушкина Н.М., Шарапова Е.П., Алексеева Л.И., Лиля А.М.	83

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ Климова Т.С., Овсянников Е.С., Дробышева Е.С., Гречкин В.И.	84	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ДЛЯ ДЕСТРУКЦИИ МИКРОБНЫХ БИОПЛЕНОВ НА МОЧЕВЫХ КАТЕТЕРАХ Конев С.Д.	91
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ Князев И.С., Махмудов Х.Р.	84	ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е.	92
РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ Ковалёва Н.С.	85	УРОВНИ SST2, NT-КОНЦЕВОГО ПРЕДШЕСТВЕННИКА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ Корсакова Д.А., Смирнова М.П., Чижов П.А.	92
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ Кодирова Ш.А.	85	ВИТАМИН D И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Костоева Х.Я., Тополянская С.В., Мацюк Н.В., Налиткина А.А., Прохорова И.Н., Васильева Ю.Ю., Долотказина Е.Н., Лыткина К.А., Мелик-Оганджян Г.Ю., Мелконян Г.Г.	93
ТОЦИЛИЗУМАБ ЭФФЕКТИВНО НОРМАЛИЗУЕТ СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СУБПОПУЛЯЦИЙ ИММУННЫХ КЛЕТОК КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ВОЗРАСТЕ 55-65 ЛЕТ Кожевникова Е.О.	86	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СПОРАДИЧЕСКОГО ПАРКИНСОНИЗМА СТИЛА-РИЧАРДСОНА-ОЛЬШЕВСКОГО Коценко Ю.И.	94
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИПЕПТИДНОГО КОМПЛЕКСА ТИМУСА ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Кожевникова Е.О.	87	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРУДНОДИАГНОСТИРУЕМОЙ И ГЕНЕТИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ МИОДИСТРОФИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СЕКВЕНИРОВАНИЯ ДНК Коценко Ю.И.	96
ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕР- АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА Коломиец В.А., Дуданова О.П., Ларина Н.А., Хилков Т.Н., Шаповалова Я.А.	88	ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Кошлатая О.В., Суджаева О.А., Мещеряков Ю.В., Попель О.Н.	97
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЙ (ВМП) Комаров В.Т., Григорьева О.Г., Хичина Н.С., Фадеева С.С.	89		
ВЛИЯНИЕ ТОЦИЛИЗУМАБА НА УРОВНИ АДИПОЦИТОКИНОВ И ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА-1 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Кондратьева Л.В., Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Диатроптов М.Е., Лисицына Т.А.	90		

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК РАННИХ СТАДИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ Кошлатая О.В., Суджаева О.А., Попель О.Н., Карпова И.С.	98	СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Куприянова А.А., Перцев А.В., Резниченко К.С.	103
ГИПОНАТРИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ Кравченко А.Я., Гаврилова Я.В.	98	РОЛЬ МАРКЕРОВ CD117, CD34 И PGE2 ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЯ Курбанова К.Ш., Азимова Ф.В.	103
ВКЛАД ГИПЕРУРИКЕМИИ В СТРУКТУРУ ПОЛИМОРБИДНОСТИ У РАБОТАЮЩИХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Красивина И.Г., Долгов Н.В., Долгова Л.Н.	99	БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ Куржос М.Н., Тополянская С.В., Пилярова М.Х., Галимбекова М.В., Мельникова К.Д., Бубман Л.И., Елисеева Т.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	104
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА Кружалин Е.Е., Убушаева Д.С., Сахин В.Т., Есипов А.В., Крюков Е.В., Казаков С.П., Сотников А.В., Гордиенко А.В., Рукавицын О.А., Прохорчик А.А., Гуляев Н.И., Калинин А.Г.	100	СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАСТ ИНДУЦИРОВАННОГО ОПП У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И РЕНТГЕН КОНТРАСТНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ Лаврищева Ю.В., Яковенко А.А., Лаврищева Д.К.	105
ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА Кружалин Е.Е., Убушаева Д.С., Сахин В.Т., Есипов А.В., Крюков Е.В., Казаков С.П., Сотников А.В., Гордиенко А.В., Рукавицын О.А., Прохорчик А.А., Гуляев Н.И., Калинин А.Г.	101	РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО- ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Лапик И.А.	106
ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ: АКТУАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ И МЕТОДЫ Куприянова А.А., Перцев А.В., Гречкин В.И.	102	МИКРОНУТРИЕНТНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Лапик И.А., Гаппарова К.М.	107
ДИНАМИКА ПОРАЖЕНИЙ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ Куприянова А.А., Перцев А.В.	102	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ Лапик И.А., Гаппарова К.М.	107
		ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Лапик И.А., Гаппарова К.М.	108
		ЦИТОКИНЫ И ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 И ЯНУС-КИНАЗ У БОЛЬНЫХ РА Лапкина Н.А., Баранов А.А., Колиньюко А.А., Речкина О.П., Абайтова Н.Е.	109

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КОМОРБИДНЫХ ФОРМ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ Лапко И.В.	109	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОСТЕОАРТРИТА Лиля А.М., Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Савушкина Н.М., Шарапова Е.П., Хальметова А.Р., Нестеренко В.А.	117
КРОСС-СЕКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОСВЯЩЕННОЕ ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА Лаптева Е.С., Арьев А.Л.	112	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И РЕМНАНТНОГО ХОЛЕСТЕРИНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Лиля А.М., Щендригин И.Н., Муркамилов И.Т.	118
КОМОРБИДНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Лаптева Е.С., Арьев А.Л.	113	ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ ВНЕПЛАНОВОГО СИНТЕЗА ДНК В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Линцов А.Е., Солиев А.К., Соболев А.В., Плескач Н.М.	119
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ГЕНОДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ Ласточкина Д.В., Виноградов А.В.	114	ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА Логинова О.П., Шевченко Н.И.	120
ПРИМЕНЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ У ДОНОРОВ КРОВИ Ласточкина Д.В., Зенина М.Н., Нуждина М.А., Гришина Г.В., Романенко Н.А., Кроби́нец И.И., Касьянов А.Д.	115	КАЛЬПРОТЕКТИН – ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ИНТЕСТИНАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ Логинова О.П., Шевченко Н.И.	120
ИНКЛИСИРАН В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ Лекарева И.В., Емельянова А.Л.	116	РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУТАМАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ C. DIFFICILE Логинова О.П.	121
СТЕНОКАРДИЯ ВЫСОКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ВСЛЕДСТВИЕ ВАЗОМОТОРНЫХ ИНТРАКОРОНАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИНЫ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Леонова И.А., Захарова О.В., Болдуева С.А., Горайнов А.А.	116	ЦИТОКИНЫ И ХЕМОКИНЫ ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С НА ТЕРМИНАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ФИБРОЗА Любимова Н.Е., Арсентьева Н.А., Бацунов О.К.	122
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ИНФАРКТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ Леонова И.А., Платонова Н.А., Третьякова Н.С., Облавацкий Д.В., Болдуева С.А.	117	ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКОВ Мадаминава С.А., Якубова М.М.	123

ОЦЕНКА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ОЖИРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКОВ Мадамина С.А., Якубова М.М. 124	ИНДЕКС ДИСБИОЗА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ Малаева Е.Г., Стома И.О., Ковалев А.А. 129
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Мазалова А.С., Перцев А.В. 124	ОСОБЕННОСТИ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ Мальцев С.Б., Троцюк Д.В., Медведев Д.С., Добрынин Д.В., Юн Е.С. 130
ДОСТИЖЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ РЕМИССИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ВЫСОКОЙ И УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ УПАДАЦИТИНИБОМ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА: ДАННЫЕ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ МЕЖДУНАРОДНОГО НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ URNOLD Мазуров В.И., Самигуллина Р.Р., Аношенкова О.Н., Баранов А.А., Лапкина Н.А., Семагина О.В., Елифанова О.Е., Шафиева И.А., Колода Д.Е., Сергеева М.С., Магдыч О.В. 125	ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Малюженко А.А., Михайлова Л.В. 131
ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Майко О.Ю., Ибрагимова В.Ю. 126	СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТОМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ДОЗИРОВАНИЕ И ПУТИ ВВЕДЕНИЯ Мамасиддикова С.Б., Мамасиддигов А.А., Хидоятова М.Р. 132
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМАХ Макарова О.В., Столов С.В., Родионова А.Ю. 127	ОБРАЗОВАНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК НЕЙТРОФИЛОВ И МОНОЦИТОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Мамус М.А., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Трофименко А.С. 132
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НДСТ И КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ Максудова О.А. 128	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ОЖИРЕНИЕМ И ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Манюкова Э.Т., Чернеева А.К., Пампуха Е.А. 133
ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ Малаева Е.Г., Стома И.О., Зайцева Л.П. 128	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ Масько М.В., Жигун Е.С. 134
ГОМОЦИСТЕИН У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ Малаева Е.Г. 129	ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАННЕГО ОСТЕОАРТРИТА Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С. 136
	СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Матчанов С.Х., Шаропова А.Т., Бегалиева Ф.У. 136

РИСК РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ И ТАРГЕТНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Махортова С.А., Формозова М.А., Трофимов Е.А.	137	ОЦЕНКА СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКОГО СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА Михайлов Р.Р., Болдуева С.А., Леонова И.А., Лебедева О.К.	143
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Мацкевич С.А., Кожанова И.Н., Романова И.С., Чак Т.А.	138	ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЭТАПЫ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ: ПРОФИЛЬ ОКСИДАЗНОЙ И ДЕГИДРОГЕНАЗНОЙ АКТИВНОСТЕЙ КСАНТИНОКСИДОРЕДУКТАЗЫ КРОВИ Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Спицина С.С., Мамус М.А., Трофименко А.С., Зборовская И.А.	144
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭРУПТИВНОГО КСАНТОМАТОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л.	138	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ В СТАРШЕМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДАХ Морозов А.И.	144
ПРИМЕНЕНИЕ УДАЛЕННОГО МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ОДНОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Меньшикова И.В., Прокофьева Ю.А.	139	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА Морозов А.И.	145
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПОВЕДЕНЧЕСКИМ ТИПОМ А Меркулова А.В., Василенко В.С., Федорец В.Н., Думбадзе Р.Д., Киселева Е.С.	140	МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Морозов А.И.	145
ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА С ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Минушкина Л.О., Павленко М.А., Егорова И.А.	141	ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА СТЕРОИДОГЕНЕЗ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Морозова К.П., Мазуров В.И., Великанова Л.И.	146
ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД-19 Мирахмедова Х.Т., Абдуллаев Ж.У., Саидрасулова Г.Б.	142	ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНЫ ТРУДА. КОРПОРАТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ Муса-Ахматова С.А.	147
ВЛИЯНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ Мирхамидов М.В., Бегалиева Ф.У., Шаропова А.Т., Мамасиддикова С.Б.	142		

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ**

Мусийчук М.М., Гайдукова И.З.,
Мазуров В.И., Инамова О.В. 148

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ
КОМБИНИРОВАННОГО
ХОНДРОПРОТЕКТОРА У ПАЦИЕНТОВ
С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Мухаммадиева С.М., Абдуазизова Н.Х.,
Ширанова Ш.А., Исраилов А.А. 148

**ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫХ
КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ
ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**

Мухаммадиева С.М., Уракова З.У.,
Нормаева Г.Х., Рахимзода Ф.Э. 149

**ВЛИЯНИЕ ОБЩЕПРИНЯТОЙ
ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ
СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ
ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ
СИСТЕМЫ НА ФОНЕ
ПНЕВМОКОНИОЗОВ**

Мякоткина Г.В. 150

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО
ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА
В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ**

Набиева Д.А., Джураева Э.Р.,
Оловиддинова А.А., Реймова Г.А. 150

**ОТДАЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЛИЯНИЯ
МЕТОДОВ СЕНСОМОТОРНОГО
ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗНЫМИ
ДЕФОРМАЦИЯМИ НА ФОНЕ
БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

Назарова К.М., Васильева В.А.,
Марченкова Л.А., Налобина А.Н. 151

**ЛЕГОЧНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ –
КОМПОНЕНТ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Неженцева А.Ю., Перцев А.В. 152

**СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ПСИХИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Нелидова Н.В., Шкарпеткин Ю.А., Ли Н.В.,
Шейшеева Ж.Д., Скворцова Е.С. 152

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ
ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ
СЕВЕРНОГО РЕГИОНА**

Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н.,
Шейшеева Ж.Д., Драгун М.Д. 153

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ФАКТОРОВ РИСКА
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Нестерова А.М., Савицкая Н.Н.,
Саперкин Н.В. 154

**ДЕГЕНЕРАТИВНО-
ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПОЗВОНОЧНИКА, ПАТОГЕНЕЗ,
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Никитина В.В., Гусева В.Р. 154

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

Никитина С.Н., Минушкина Л.О.,
Егорова И.А. 155

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
АВТОРСКОГО МОБИЛЬНОГО
ПРИЛОЖЕНИЯ «ИНСУЛЬТДА
ЁРДАМ» У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ
ПАЦИЕНТОВ, С НАРУШЕНИЕМ
МЕЛКОЙ МОТОРИКИ**

Нишонов Ю.У. 156

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ
ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ:
РЕЗУЛЬТАТЫ 34-ЛЕТНЕГО
ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Новикова М.С., Минушкина Л.О.,
Затейщиков Д.А., Боева О.И., Аллазова С.С.,
Шилов Е.М., Котенко О.Н. 157

**ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ
ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Нуритдинова Н.Б., Шоалимова З.М.,
Махмудова М.С. 158

**ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Нуритдинова Н.Б., Шоалимова З.М.,
Махмудова М.С. 158

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ Овсянников Е.С., Петрова Н.А., Фейгельман С.Н.	159	ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ COVID-19 НА БАЗЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЕЙ ТREC/KREC Останкова Ю.В., Горбунова А.Ю., Сайтгалина М.А.	164
ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СТАДИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА Овсянников Е.С., Фейгельман С.Н., Ярмонова Ю.Н., Алферова И.П.	159	ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: ЧАСТОТА, ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ Панарина И.В., Кравченко А.Я.	165
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ДОРСОПАТИЯМИ Овсянникова С.В., Горелик С.Г.	160	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В., Четина Е.В., Авдеева А.С., Лила А.М., Насонов Е.Л.	166
ПРЕФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА Олесин А.И., Константинова И.В., Тютелева Н.Н., Зуева Ю.С.	161	СВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНО- МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ Панова Е.И.	166
ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ К ПРИЕМУ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА КОМОРБИДНОСТИ, ПОЛА И ВОЗРАСТА Орленко М.С., Павлова Е.Ю.	162	АФАВР У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Папичев Е.В., Полякова Ю.В., Ахвердян Ю.Р., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В.	167
ОПЫТ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Орлов М.М., Орлов М.А., Фомичев В.В.	162	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОНЛАЙН АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ Паринская Ю.Р., Обласова Д.А., Бредихина Е.В., Торсукова А.Р.	167
НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ДЦП: ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ Османов Э.А., Власенко С.В., Лёвин Г.В.	163	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ОБЗОР КЛЮЧЕВЫХ РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ Партави М.С., Шаропов С.Д., Радман С.Ф.	168
ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ РАЗЛИЧНОГО ТИПА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ Османов Э.А., Власенко С.В., Непейпиво М.В.	164	ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, СПУСТЯ 4-6 МЕСЯЦЕВ: СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МНОГОСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ДАННЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Первак М.Б., Герасименко В.В.	169

ВЛИЯНИЕ ВЭБ ИНФЕКЦИИ НА УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФфуЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ Перфильева М.Ю., Соцкая Я.А. 170	ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Петрова В.Б., Петрова А.И., Осадчук М.О., Чернов Р.В. 176
ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ОЖИРЕНИЕМ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ Перфильева М.Ю. 171	КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВСПЫШКИ ЭШЕРИХИОЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ Петрова М.В. 177
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Перфильева М.Ю. 172	ВИТАМИН D И МАРКЕРЫ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ Пилярова М.Х., Тополянская С.В. 178
АНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Перцева М.В., Перцев А.В. 173	ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ НЕВРИНОМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ:ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Пилярова М.Х., Тополянская С.В., Куржос М.Н., Сентюрина А.М., Васильева Ю.Ю., Долотказина Е.Н., Мелик-Оганджян Г.Ю., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. 179
ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ Петрова Н.А., Овсянников Е.С., Фейгельман С.Н. 173	ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ВОЗМОЖНОСТИ РИТМ-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ Позднякова Н.В., Денисова А.Г. 179
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ТРАНЗИТОРНЫМ НАРУШЕНИЕМ ПАМЯТИ Петрова В.Б., Петрова А.Б., Петрова А.И., Шумков В.А. 174	ПРЕДИКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В ОБЛАСТИ СТОПЫ Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Гордеева С.Е., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В. 180
МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «GERIATR» ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Петрова В.Б., Петрова А.И., Козлова Е.Д., Лаптева Е.С. 174	ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2022-2024 ГОДАХ Попова Н.В., Поддубная Т.Б., Галабуева М.С., Сугарова Ф.В., Мальцева М.А., Ерина О.З. 181
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПОДБОРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ Петрова В.Б., Петрова А.И., Запаприна Д.Н., Пустовалова М.А. 175	АНАЛИЗ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Поротикова В.С. 182

ХАРАКТЕРИСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СТАДИЯМ

Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А.,
Мамадалиева М.А. 183

ОСОБЕННОСТИ МРТ-ИЗМЕНЕНИЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ НА РАННИХ СТАДИЯХ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Пулатова Ш.Б., Музафарова Л.А. 183

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Радионов В.Г., Лохматова И.А.,
Шварёва Т.И., Хайминов Е.М. 184

К ВОПРОСУ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОСИФИЛИСА

Радионов В.Г., Шварёва Т.И.,
Хайминов Е.М., Лохматова И.А. 185

РОЛЬ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА СИФИЛИС В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Радионов В.Г., Хайминов Е.М.,
Шварёва Т.И., Лохматова И.А. 185

ОЦЕНКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Рахматуллаева Г.К., Максудова О.А. 186

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, МЕЛАТОНИН И БЕССОННИЦА

Резова Н.В., Шкатова Я.С. 187

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СНИЖЕНИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Репина Ю., Хвашевская Г.М.,
Сасинович Е.И. 187

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОСАРКОПЕНИИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Романова М.А., Тополянская С.В.,
Кошурников Д.С., Пилярова М.Х., Бубман Л.И.,
Лыткина К.А., Мелик-Оганджян Г.Ю.,
Мелконян Г.Г. 188

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КАК МЕНЯЕТСЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Романчук Л.Н. 189

ИНТЕНСИВНАЯ И РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Росстальная А.Л., Сабиров Д.М.,
Дадаев Х.Х., Тахиров А.У. 190

ПОЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ И НАРУШЕННЫМ КАРКАСОМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Росстальная А.Л., Рахимов Р.О.,
Дадаев Х.Х. 191

АУТОИММУНИТЕТ К СУПЕРОКСИДИДИСМУТАЗЕ И ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Русанова О.А., Емельянова О.И.,
Трофименко А.С., Спицина С.С.,
Русанов Д.П. 192

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ: ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОГО РАСПОЗНАВАНИЯ

Рыжачкина А.С., Махнов А.П. 192

КРИСТАЛЛИЧЕСКАЯ ГОЛОВОЛОМКА: ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ БОЛЕЗНИ ДЕПОНИРОВАНИЯ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ

Савельева Ю.О. 193

ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ В ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Савушкина И.А., Овсянников Е.С. 194

COVID-19 И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК

Савушкина И.А., Овсянников Е.С. 195

**МР-Т2 КАРТИРОВАНИЕ ХРЯЩА
У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ
КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ РАЗЛИЧНОЙ
ДЛИТЕЛЬНОСТИ**

Савушкина Н.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А.,
Стребкова Е.А., Кашеварова Н.Г., Хальметова А.Р.,
Кудинский Д.М., Шарапова Е.П.,
Колесникова К.В., Лиля А.М. 196

**ВЗАИМОСВЯЗЬ
МНОЖЕСТВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ХРЯЩА
С ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЦИТОКИНАМИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ
КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ
НЕБОЛЬШОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ**

Савушкина Н.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А.,
Стребкова Е.А., Кашеварова Н.Г., Хальметова А.Р.,
Шарапова Е.П., Самаркина Е.Ю., Авдеева А.С.,
Диатроптов М.Е., Лиля А.М. 196

**КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ
У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ
СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

Сагатова Д.Р. 197

**НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ
СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ
СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

Сагатова Д.Р. 197

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ
КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Сагатова Д.Р., Набиева Д.А.,
Абдуазимова Н.Х., Ташпулатова М.М. 198

**ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО
ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ
НЕАЛКОГОЛЬНЫМ
СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ФОНЕ
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА**

Саламех К.А. 199

**КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ
В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.
ФОКУС НА САРКОПЕНИЮ**

Сафонова Ю.А., Дьячкова-Герцева Д.С. 199

**ЧАСТОТА ВТОРИЧНОГО
АМИЛОИДОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ
АРТРИТЕ, ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ
И АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ
СПОНДИЛИТЕ В РФ**

Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф. 200

**ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА
У ПАЦИЕНТОВ С СРК**

Свердлова В.А., Ермолаева Л.Г.,
Балукова Е.В., Климчук А.В. 200

**ОСОБЕННОСТИ
КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
В СОВРЕМЕННОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Селютин Е.Л., Перцев А.В. 201

**ИТОГИ ПИЛОТНОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ
ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ
МИОКАРДА ВНУТРИКОРОНАРНЫМ
ВВЕДЕНИЕМ ЛЕВОКАРНИТИНА
ПРИ ЧКВ У ПАЦИЕНТОВ
С ОКС СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Семиголовский Н.Ю., Гуслев А.Б.,
Козаев А.В., Семёнова И.Г.,
Бердикулова Т.Т., Горохов А.А. 201

**ОСОБЕННОСТИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ И ОСНОВНЫХ ВИДОВ
ОБМЕНА У МУЖЧИН
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА
В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ**

Сергеев А.С., Дыдышко В.Т. 202

**КЛИНИЧЕСКАЯ РЕМИССИЯ
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО
НАБЛЮДЕНИЯ**

Сергеев Г.Р., Емельянов А.В.,
Лешенкова Е.В., Знахуренко А.А. 203

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМОМ:
О ЧЕМ ВАЖНО ПОМНИТЬ?**

Сергеева-Кондраченко М.Ю. 204

**МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ**

Сергеева-Кондраченко М.Ю. 204

**АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ
У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ**

Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В.,
Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р.,
Заводовский Б.В. 205

ПОКАЗАТЕЛИ СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАНОВУЮ ЭНДОВАСКУЛЯРНУЮ КОРОНАРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ Сидорова Ю.Ю., Разин В.А., Мохаммед Д.А. 206	РОЛЬ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) Смирнова А.Е. 211
ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А. 207	ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ИХ СВЯЗЬ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА Смыслова Т.С. 212
СИСТЕМА МОНИТОРИНГА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А. 207	ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ В КОМПЛЕКСЕ ФАКТОРОВ И МОДИФИКАТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА Соловей С.П., Митьковская Н.П., Денисевич Т.Л., Колядко М.Г., Огурцова С.Э. 212
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А. 208	ПАЦИЕНТ С БОЛЕЗНЬЮ ФОРЕСТЬЕ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА Солодовникова С.В., Данилова О.И., Шпигун Н.В. 213
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА И ЭНДОКРИНОЛОГА Слюсаренко Д.А., Некрасова Н.Б. 208	ВЛИЯНИЕ АНТИТЕЛ К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ НА ЕГО АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ Спицина С.С., Емельянова О.И., Русанова О.А., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Трофименко А.С. 214
ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ ПРЕМЕНОПАУЗЫ КАК РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ Смирнов В.В., Иванов С.Н., Иванов В.С., Азыдова Г.В. 210	ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ПОЧЕЧНОГО КРИЗА Старовойтова М.Н. 215
ПРИМЕНЕНИЕ АГОНИСТА ГПП-1 СЕМАГЛУТИДА И МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 2 ОЖИРЕНИЕМ И АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ Смирнов В.В., Иванов В.С., Карповская Е.Б., Федосеева В.В. 210	ПОЛ-АССОЦИИРОВАННЫЕ РАЗЛИЧИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА Старченко А.Д., Лискова Ю.В., Рожков В.О., Варфоломеев С.А. 216

ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ФЕНОТИПА ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Стребкова Е.А., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г.,
Савушкина Н.М., Шарапова Е.П.,
Хальметова А.Р., Колесникова К.В.,
Самаркина Е.Ю., Алексеева О.Г.,
Алексеева Л.И., Лиля А.М. 217

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ ФЕНОТИПЕ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Стребкова Е.А., Таскина Е.А.,
Кашеварова Н.Г., Савушкина Н.М.,
Шарапова Е.П., Хальметова А.Р.,
Михайлов К.М., Демин Н.В.,
Алексеева Л.И., Лиля А.М. 218

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, СРАВНЕНИЕ ВОЛН 2020-2021 И 2022-2023 ГОДОВ

Стрельцова В.В., Антипова Е.П. 218

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2022-2024 ГОДАХ

Стрижаков М.А., Якимова Е.А.,
Алексеева О.В., Старковская Н.Ю.,
Дзагкоев С.Е., Цвелёва Н.И. 219

ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Суджаева О.А., Колядко М.Г.,
Русских И.И., Кошлатая О.В.,
Попель О.Н. 220

ГЕМОСТАЗ И ТЯЖЕСТЬ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ

Суджаева О.А., Карпова И.С.,
Колядко М.Г., Русских И.И.,
Кошлатая О.В. 221

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Султанова М.Х. 221

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Султанова М.Х., Хидоятова М.Р. 222

АНЦА-НЕГАТИВНЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗА, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Супрун М.Д., Толбеева М.С.,
Ковалева Л.А., Решетняк Т.М. 222

ВАКЦИНАЦИЯ ГРИППА – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Суркова Е.М., Перцев А.В. 223

МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (СРБ, САА) У ПАЦИЕНТОВ С АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С НЕАКТИВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СТАТУСОМ БОЛЕЗНИ

Суханина А.Ю., Салугина С.О.,
Федоров Е.С., Торгашина А.В., Авдеева А.С.,
Диатроптов М.Е. 224

ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМБИНАЦИЙ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ H.PYLORI У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА

Тагаева М.Х., Исмаилова Ф.Р.,
Бахранова Д.Ф. 224

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Тагаева М.Х., Арипова Н.Н.,
Бахранова Д.Ф. 225

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Танрыбердиева Т.О. 225

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ Танрыбердиева Т.О.	226	НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПЕРИКАРДА Тедеев Т.Г., Гуляев Н.И., Румянцева А.М., Бабенко И.Ю., Мирзоев Н.Т.	230
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГРИНШПАНА-ПОТЕКАЕВА Таскаева Д.Г., Ефанова Е.Н., Тихомирова А.Н.	226	НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПЕРИКАРДА Тедеев Т.Г., Бабенко И.Ю., Румянцева А.М., Гуляев Н.И., Крузалин Е.Е.	231
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОАКТИВНОГО КОНЦЕНТРАТА МЕЛКОЙ МОРСКОЙ РЫБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Савушкина Н.М., Алексеева Л.И., Лиля А.М.	227	АССОЦИАЦИЯ ЭКЗЕМЫ И ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА Тихомирова А.Н., Ефанова Е.Н., Таскаева Д.Г., Нелидова Н.В.	231
ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ С НЕБОЛЬШОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ (МЕНЕЕ 5 ЛЕТ) Таскина Е.А., Стребкова Е.А., Кашеварова Н.Г., Савушкина Н.М., Шарапова Е.П., Хальметова А.Р., Демин Н.В., Алексеева Л.И., Лиля А.М.	227	ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: НЕЗАМЕТНОЕ, НО СМЕРТЕЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ Толипов У.У., Толипова Д.Х., Бекенова Г.Т.	232
ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Татур А.К., Перцев А.В.	228	ПОНИМАНИЕ АРИТМИЙ И НАРУШЕНИЙ ПРОВОДИМОСТИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Толипов У.У., Толипова Д.Х., Джураева Э.Р.	233
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТАЮЩИХ В ГОРНО-МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ Ташмухамедова М.К.	229	РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И МРТ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Толипов У.У., Толипова Д.Х.	233
СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ПОДАГРОЙ Ташпулатова М.М., Набиева Д.А., Алиева К.К., Зияева Ф.К.	229	ПАТОЛОГИЯ 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., Долотказина Е.Н., Мелик-Оганджян Г.Ю., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	234
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДАГРЫ Ташпулатова М.М., Набиева Д.А., Алиева К.К., Сагатова Д.Р.	230	ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ Тополянская С.В., Кошурников Д.С., Антонова Е.В., Куржос М.Н., Пилярова М.Х., Бубман Л.И., Рачина С.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	235

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ РАНЕНИЯМИ Тополянская С.В., Пилярова М.Х., Костоева Х.Я., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	236	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОКАШЛЕВЫХ СРЕДСТВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ СУХОГО КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.	241
ДОПЛЕРОГРАФИЯ СОСУДОВ ПОЧЕК В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.	236	ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СУХОГО КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ COVID-19 Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.	242
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.	237	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ COVID-19, ОСНОВАННАЯ НА СПЕКТРАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ ЗВУКОВ КАШЛЯ Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С., Гречкин В.И.	243
ИЗМЕНЕНИЯ СЕКРЕЦИИ ТРАНСФЕРРИНА У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ В СТАДИИ ОЖГОВОГО ШОКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ Убушаева Д.С., Кружалин Е.Е., Сахин В.Т., Есипов А.В., Крюков Е.В., Казаков С.П., Сотников А.В., Гордиенко А.В., Рукавицын О.А., Прохорчик А.А., Гуляев Н.И., Калинин А.Г.	238	ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ОСТЕОАРТРИТА Филимонова О.Г., Борисова Т.Н., Лесовая Н.А.	243
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ВОЗНИКАЮЩИЕ СЛОЖНОСТИ? Уразгильдеева С.А.	238	МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОД МАСКОЙ ОСТЕОПОРОЗА Флейшман А.В., Беляева Е.А.	244
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ИЛ-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Урасов Д.С.	239	ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Фролова К.В., Симион А.Ю., Овсянников Е.С., Симион К.А.	245
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ИЛ-6 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Урасова Т.И.	239	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СКАНИРОВАНИЯ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ ОЦЕНКЕ СТАНДАРТНЫХ ЗОН РЕНТГЕНОВСКОЙ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ Фролова Ю.С., Полякова Ю.В., Катасонова В.А., Драгунова Д.С.	246
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ПНЕВМОНИЯ Усанина А.Н., Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н., Герасимова Н.В.	240	ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНЫХ КОМПОНЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА Хабарова А.В.	247
СПОНТАННАЯ РЕМИССИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Федосеева В.В., Смирнов В.В.	241		

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Хабарова А.В., Соцкая Я.А.	248	ТЕРАПИЯ БЕВАЦИЗУМАБ- ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЗИЦИИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ Хлямов С.В., Маль Г.С.	252
РАННИЙ ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ БОЛИ Хальметова А.Р., Лиля А.М., Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Савушкина Н.М., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Алексеева О.Г., Глухова С.И.	248	ВЛИЯНИЕ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НА ТЕРАПИЮ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Хлямов С.В., Маль Г.С.	253
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА РАННЕЙ СТАДИИ Хальметова А.Р., Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Савушкина Н.М., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Кудинский Д.М., Лиля А.М.	249	ТЕРАПИЯ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЗИЦИИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ Хлямов С.В.	254
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГАСТРОПАТИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ Хамраев А.А., Алиева К.К., Амиркулова Ф.Д.	249	КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ ПРИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ Ходжанова Ш.И., Аляви А.Л.	255
ФАКТОРЫ РИСКА НПВС-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ Хамраев А.А., Алиева К.К., Амиркулова Ф.Д.	250	ТРАВЛЯ ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ В МЕДВУЗЕ: ОПРОС ВРАЧЕЙ Хоманов К.Э., Серебровская О.Л., Артюхов И.В., Буева В.В., Нагорняк Д.А., Неволин А.О., Тарноруцкая А.В., Торунова Е.Р.	256
СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ Хамраев А.А., Ахмедова Н.А., Темирова М.Б.	251	ПРОГРАММА ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И НЕУДАЧ Хохлова Ю.В.	257
ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО СТАТУСА ИНДЕКСА КРЕБСА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ COVID-19 НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН Хасанова Ш.А.	251	ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ Хоченкова А.Е., Беляева Е.А.	257
		ГИПЕРУРИКЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ – АКЦЕНТ НА КОМОРБИДНОСТЬ Цинзерлинг А.Ю., Гайдукова И.З., Мазуров В.И., Инамова О.В., Петрова М.С.	258
		КАРДИАЛЬНАЯ МАСКА ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ Чепчерук О.Г., Воеводина А.А., Малахова М.А.	259

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ С СУБОПТИМАЛЬНЫМ ПИКОВЫМ ИНСПИРАТОРНЫМ ПОТОКОМ Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Соболев А.Д., Захарова А.И., Никашин А.Н.	259	СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК Шаповалова А.Б., Худайкулова Н.А., Фейзуллаева Л.М.	266
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ХОБЛ, ПРИБЫВШИХ ИЗ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Черников А.Ю., Бирюков Д.А., Ширяева Д.А.	260	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Шаповалова И.А.	267
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОВАРИАНТА SARS-COV-2 Чернов В.С., Козлов К.В., Патлусов Е.П., Архипова А.С.	261	ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ Шатохина Я.П., Никонова Е.М., Коваленко Ю.А.	268
КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЕЙ СТЕАТОЗА И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЧРЕЗКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ ПЕЧЕНИ Чернов В.С., Козлов К.В., Патлусов Е.П.	262	ВОЗМОЖНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА – СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ И ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР Шашко К.С.	269
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (SARS-COV-2) Чернов В.С., Патлусов Е.П., Козлов К.В., Архипова А.С.	263	НОРМАЛИЗАЦИЯ РИТМА ДЕФЕКАЦИИ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ Шемеровский К.А., Кантемирова Р.К., Селиверстов П.В., Васильев В.В.	269
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ ПОСЛЕ ФРАКЦИОННОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА Чернышов Д.В., Жуков А.С., Плахов В.Н., Ключникова Л.П., Болехан А.В., Богданова Е.Г.	264	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАИМНОЙ СВЯЗИ РАЗЛИЧНЫХ ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФИБРОЗА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ СТЕАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА Шиповская А.А., Дуданова О.П., Ларина Н.А., Курбатова И.В.	270
РАННИЙ ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Шалыгина М.В., Волков А.В., Попкова Т.В.	265	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВНУТРЕННЯЯ ПАТОЛОГИЯ Шишкин А.Н.	271

ОЖИРЕНИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Шишкин А.Н.	272	ВАЛИДАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Юдкина Н.Н., Волков А.В.	278
УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И НЕЙРОПЕПТИД Y Шкатова Я.С., Резова Н.В.	272	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ И МЕМАНТИНА НА МОТОРНУЮ АФАЗИЮ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Юсупов А.У., Киличев И.А.	279
ТРЕНИРОВКА ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ Шкатова Я.С., Резова Н.В.	273	СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В Якимович С.Е.	279
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ Шомин А.В., Сережина Е.К., Обрезан А.Г.	274	БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И АДИПОНЕКТИН У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ, ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? Яковенко А.А., Лаврищева Ю.В.	280
АТЕРОСКЛЕРОЗ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ Шомин А.В., Сережина Е.К., Обрезан А.Г.	275	АЦИЛ-ГРЕЛИН – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ПАТОГЕНЕЗЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ Яковенко А.А., Лаврищева Ю.В.	281
КОРРЕЛЯЦИИ ТРИГЛИЦЕРИДОВ С ПАРАМЕТРАМИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ Шомин А.В., Сережина Е.К., Обрезан А.Г.	275	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ И ВЫПИСКЕ ПАЦИЕНТОВ С ХСН Яковлева М.В., Токмачев Р.Е., Овсянников Е.С.	282
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ Щербакова Л.Э., Шапран А.А.	276	СИНДРОМ РЕЙНО КАК ПРЕДИКТОР СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА Янин А.С., Беляева Е.А.	282
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕНРАЛИЗУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Щербанев К.Г., Грабовецкая Ю.Ю.	276	ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА СТЕРДЖА-ВЕБЕРА Ярошенко Ю.Э., Коценко Ю.И.	283
СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ – ОБРАЗЕЦ ХУДШЕГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Юдкина Н.Н., Волков А.В.	277		

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ,
СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Яценко В.Ю., Перцев А.В. 284

ВОЗМОЖНОСТИ
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ
КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ

Яцына И.В., Шеенкова М.В. 284

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием
БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

ISBN 978-5-6051524-5-3

Технический партнер:
ООО «Ай Си Эс»



Технические редакторы:
Бобровник Е.А., Сгибнева А.С.
Дизайн, верстка:
Куделина Т.П.

Подписано в печать 08.04.2025
Формат 60х90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс Нью Роман»
Печать офсетная. Тираж 500 экз.