



ISSN 2410-5155 (Online), ISSN 2311-4495 (Print)

Трансляционная Медицина

Translational Medicine

Научно-практический рецензируемый медицинский журнал

ТЕЗИСЫ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ИННОВАЦИИ
В ЭНДОКРИНОЛОГИИ-2025»

24-26 апреля 2025 года
Санкт-Петербург

Приложение № 2



ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

УЧРЕДИТЕЛЬ: Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ISSN 2311-4495 (печатная версия)
ISSN 2410-5155 (электронная версия)



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Шляхто Е. В.

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:
Конради А. О.
Галагудза М. М.

ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР
Докшин П. М.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Беленков Ю. Н. (Москва)
Вавилова Т. В. (Санкт-Петербург)
Вебер В. Р. (Великий Новгород)
Волкова Н. И. (Ростов-на-Дону)
Галявич А. С. (Казань)
Гринева (Санкт-Петербург)
Гринштейн Ю. И. (Красноярск)
Даренская М. А. (Иркутск)
Ефремушкина А. А. (Барнаул)
Захарова И. Н. (Москва)
Зенин С. А. (Новосибирск)
Королев Д. В. (Санкт-Петербург)
Кашталап В. В. (Кемерово)
Климонтов В. В. (Новосибирск)
Костарева А. А. (Санкт-Петербург)
Лебедев Д. С. (Санкт-Петербург)
Лопатин Ю. М. (Волгоград)

Макаров С. А. (Кемерово)
Малашичева А. Б. (Санкт-Петербург)
Меликян М. А. (Москва)
Моисеева О. М. (Санкт-Петербург)
Неймарк М. И. (Барнаул)
Никитина И. Л. (Санкт-Петербург)
Протасов К. В. (Иркутск)
Рыжкова Д. В. (Санкт-Петербург)
Рябов В. В. (Томск)
Савченко А. А. (Красноярск)
Садыкова Д. И. (Казань)
Самородов А. В. (Уфа)
Сироткина О. В. (Санкт-Петербург)
Троян В. Н. (Москва)
Усов В. Ю. (Томск)
Чесникова А. И. (Ростов-на-Дону)
Шаповалов К. Г. (Чита)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Ольшанский Б. (США)
Ханссон Г. (Швеция)
Сёберг Г. (Швеция)
Керр Д. (США)
Бакс Ж. (Нидерланды)
Массард Ж. (Франция)
Орлов М. (США)
Содер О. (Швеция)
Феррари Р. (Италия)
Хельманн Р. (Германия)
Сили-Торок Т. (Нидерланды)
Сейерсен Т. (Швеция)
Вааге Я. (Норвегия)
Беркович О. А. (Санкт-Петербург)
Виллевальде С. В. (Санкт-Петербург)
Головкин А. С. (Санкт-Петербург)
Голухова Е. З. (Москва)
Гудкова А. Я. (Санкт-Петербург)
Гурьева И. В. (Москва)
Дземешкевич С. Л. (Москва)
Жлоба А. А. (Санкт-Петербург)
Зазерская И. Е. (Санкт-Петербург)
Заклязьменская Е. В. (Москва)
Звартай Н. Э. (Санкт-Петербург)
Калуев А. В. (Санкт-Петербург)
Карпенко М. А. (Санкт-Петербург)
Карпов Р. С. (Томск)
Козырев С. В. (Санкт-Петербург)
Кухарчик Г. А. (Санкт-Петербург)
Лишманов Ю. Б. (Томск)
Ломиворотов В. В. (Новосибирск)
Мазурок В. А. (Санкт-Петербург)
Маслов Л. Н. (Томск)
Мельниченко Г. А. (Москва)
Михайлов Е. Н. (Санкт-Петербург)
Мосоян М. С. (Санкт-Петербург)
Недошивин А. О. (Санкт-Петербург)
Неймарк А. Е. (Санкт-Петербург)
Поддубный И. В. (Москва)
Пузырев В. П. (Томск)
Салогуб Г. Н. (Санкт-Петербург)
Самочерных К. А. (Санкт-Петербург)
Сидоркевич С. В. (Санкт-Петербург)
Ткачук В. А. (Москва)
Труфанов Г. Е. (Санкт-Петербург)
Фадеев В. В. (Москва)
Чернявский М. А. (Санкт-Петербург)
Шевцов М. А. (Санкт-Петербург)

Свидетельство о рег. ПИ № ФС77-56793 от 29.01.2014 г.

Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Журнал включен в Российский индекс научного цитирования
Журнал включен Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации в «Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук».

Периодичность — 6 выпусков в год. Тираж — 1000 экземпляров.

Тематическая рассылка по специалистам.

Верстка — Л. П. Попова. Корректура — А. В. Медведева

Издатель: ФОНД «ФОНД АЛМАЗОВА»

Адрес редакции и издателя: 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

Телефон: +7(812)702-37-16

Отпечатано в ООО «Типография Принт24»
Санкт-Петербург, ул. Самойловой, 5

18+

Подача рукописей и переписка с авторами, размещение рекламы и подписка —
e-mail: bulleten@almazovcentre.ru

Подписка по каталогу агентства «Роспечать»: подписной индекс 57996

Архив номеров: http://www.almazovcentre.ru/?page_id=20396
http://elibrary.ru/title_about.asp?id=50986

Все права защищены. © 2025.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов

Выход в свет 30.04.2025. Свободная цена

**THE FOUNDER: V. A. Almazov National
Medical Research Centre
Ministry of Health of the Russian Federation**



EDITOR-IN-CHIEF
Evgeny Shlyakhto

DEPUTY EDITORS:
Alexandra Konradi
Mikhail Galagudza

ISSN 2311-4495 (printed)
ISSN 2410-5155 (online)

TECHNICAL EDITOR
Pavel Dokshin

EDITORIAL BOARD:

- Yu. Belenkov (Moscow)
A. Chesnikova (Rostov-on-Don)
M. Dareneskaya (Irkutsk)
A. Efremushkina (Barnaul)
A. Galyavich A. S. (Kazan)
E. Grineva (St. Petersburg)
Yu. Grinshtein (Krasnoyarsk)
V. Kashtalap (Kemerovo)
V. Klimontov (Novosibirsk)
D. Korolev (St. Petersburg)
A. Kostareva (St. Petersburg)
D. Lebedev (St. Petersburg)
Yu. Lopatin (Volgograd)
S. Makarov (Kemerovo)
A. Malashicheva (St. Petersburg)
M. Melikyan (Moscow)
O. Moiseeva (St. Petersburg)
- M. Neimark (Barnaul)
I. Nikitina (St. Petersburg)
K. Protasov (Irkutsk)
V. Ryabov (Tomsk)
D. Ryzhkova (St. Petersburg)
D. Sadykova (Kazan)
A. Samorodov (Ufa)
A. Savchenko (Krasnoyarsk)
K. Shapovalov (Chita)
O. Sirotkina (St. Petersburg)
V. Troyan (Moscow)
V. Usov (Tomsk)
T. Vavilova (St. Petersburg)
N. Volkova (Rostov-on-Don)
V. Weber (Veliky Novgorod)
I. Zakharova (Moscow)
S. Zenin (Novosibirsk)

INTERNATIONAL EDITORIAL

COUNCIL:

- J. Bax (Netherlands)
R. Ferrari (Italy)
G. Hansson (Sweden)
R. Hehlmann (Germany)
D. Kerr (USA)
G. Massard (France)
B. Olshansky (USA)
M. Orlov (USA)
T. Sejersen (Sweden)
G. Sjöberg (Sweden)
O. Söder (Sweden)
T. Szili-Torok (Netherlands)
J. Vaage (Norway)
O. Berkovich (St. Petersburg)
M. Chernyavsky (St. Petersburg)
S. Dzerneshkevich (Moscow)
V. Fadeev (Moscow)
A. Golovkin (St. Petersburg)
E. Golukhova (Moscow)
A. Gudkova (St. Petersburg)
I. Guryeva (Moscow)
A. Kaluev (St. Petersburg)
M. Karpenko (St. Petersburg)
R. Karpov (Tomsk)
S. Kozyrev (St. Petersburg)
G. Kukharchik (St. Petersburg)
Yu. Lishmanov (Tomsk)
V. Lomivorotov (Novosibirsk)
L. Maslov (Tomsk)
V. Mazurok (St. Petersburg)
G. Melnichenko (Moscow)
E. Mikhailov (St. Petersburg)
M. Mosoyan (St. Petersburg)
A. Nedoshivin (St. Petersburg)
A. Neumark (St. Petersburg)
I. Poddubny (Moscow)
V. Puzyrev (Tomsk)
G. Salogub (St. Petersburg)
K. Samochernykh (St. Petersburg)
M. Shevtsov (St. Petersburg)
S. Sidorkovich (St. Petersburg)
V. Tkachuk (Moscow)
G. Trufanov (St. Petersburg)
S. Villevalde (St. Petersburg)
E. Zaklyazmenskaya (Moscow)
I. Zazerskaya (St. Petersburg)
A. Zhloba (St. Petersburg)
N. Zwartau (St. Petersburg)

Registration certificate ПИ № ФС77-56793 on 29.01.2014
issued by Federal Service for Supervision in the Sphere of Communications,
Information Technology and Mass Communications (Roskomnadzor)

The Journal is included in the Russian Citation Index

The journal is listed among Russian peer-reviewed scientific journals approved
by the Higher Attestation Commission of the Russian Ministry of Education
and Science for the publication of major scientific results of theses
for academic degrees of Doctor and Candidate of Sciences.

Periodicity — 6 issues per year. Edition 1000 copies.

Distribution to specialists.

Make-up — L. P. Popova. Proofreader — A. V. Medvedeva

Publisher: FOUNDATION «ALMAZOV FOUNDATION»

Address of editorial office and publishing house:

197341, Saint-Petersburg, Akkuratova str. 2

Tel.: +7(812)702-37-16

Printed by Typography Print24 LLC
5 Samoilova street, St. Petersburg

Manuscript submission and correspondence with authors,
advertising and subscription — e-mail: bulleten@almazovcentre.ru

Subscription on catalogue of Rospechat agency: index 57996

Archive: http://www.almazovcentre.ru/?page_id=20396
http://elibrary.ru/title_about.asp?id=50986

All rights reserved. © 2025.

Full or partial reproduction of materials printed in journal is allowed by the written
permission of publisher.

Editors accept no responsibility for the content of advertising materials.

Published April 30, 2025. Open price

18+

СОДЕРЖАНИЕ

10 КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ

ПАРАМЕТРЫ И МАРКЕРЫ

КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И ПРИ ОЖИРЕНИИ 1-2 СТЕПЕНИ У ПОДРОСТКОВ: СКРЫТАЯ УГРОЗА

Олейник О. А., Самойлова Ю. Г., Подчиненова Д. В.,
Ворожцова И. Н., Бухрякова Д. А., Распутин С. В.

11 АССОЦИАЦИИ ПРОФИЛЯ ЦЕРАМИДОВ

И ПАРАМЕТРОВ ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ

Подчиненова Д. В., Самойлова Ю. Г., Олейник О. А.,
Матвеева М. В., Джепаров Н. Д.

12 НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Малышко М. А., Карлович Н. В., Юрения Е. В.,
Мохорт Т. В.,

13 УЛЬТРАСОМИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ

НЕРВОВ У ПОДРОСТКОВ С СД 1 ТИПА: НОВЫЕ АСПЕКТЫ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Фомина С. В.

14 ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА РЕТРОБУЛЬБАРНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Фомина С. В., Самойлова Ю. Г., Кошмелева М. В.,
Хмелева Е. И., Качанов Д. А.

15 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕРИФИКАЦИИ

ПАТОГЕННОГО ВАРИАНТА ГЕНА RET У ПАЦИЕНТКИ С ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АДЕНОМОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Матвеева М. В., Лян Н. И., Самойлова Ю. Г.,
Шулико Л. М.

16 ТЕРАПИЯ ЛИРАГЛУТИДОМ ОЖИРЕНИЯ

С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ У РЕБЕНКА С ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗОМ 1А ТИПА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).

Мифтахова А. М., Мифтахова А. М.,

17 ЭКСПРЕССИЯ МИКРОРНК-34,

МИКРОРНК-130 И МИКРОРНК-194 В СЛЮНЕ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Вачадзе Т. Д., Самойлова Ю. Г., Матвеева М. В.,
Подчиненова Д. В., Олейник О. А.

18 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

АГРЕССИВНОГО ТЕЧЕНИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СКЕЛЕТА

Князева О. В., Шифман Б. М., Волеводз Н. Н.

19 ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ

ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ремнев А. Г., Олейников А. А., Олейникова М. А.

20 ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ

МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Ковалев А. А., Салов М. А., Старжевская А. В.,
Данилов И. Н.

21 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ

КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Олейников А. А., Ремнев А. Г., Олейников М. А.

22 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПОНТИЙНОГО И ЭКСТРАПОНТИЙНОГО МИЕЛИНОЛИЗА ВСЛЕДСТВИЕ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОНАТРИЕМИИ

Берлович М. С., Эбаноидзе Л. Г., Пигарова Е. А.,
Дзеранова Л. К.

23 КЛИНИЧЕСКИЙ СУЧАЙ ТИРОЗИНЕМИИ

1 ТИПА, МАНИФЕСТИРУЮЩЕЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В ФОРМЕ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОЙ ОСТЕОМАЛЯЦИИ

Берлович М. С., Мамедова Е. О., Смирнов К. В.,
Салахов Р. Р., Хусаинова Р. И., Белая Ж. Е.

24 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТА С АКРОМЕГАЛИЕЙ: ВЛИЯНИЕ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Берлович М. С., Габараева З. А., Пигарова Е. А.,
Дзеранова Л. К., Пржиялковская Е. Г.,
Букацелло Р. С.

**25 НЕФРОГЕННЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ,
ОБУСЛОВЛЕННЫЙ РАНЕЕ НЕ ОПИСАННОЙ
МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ AVPR2**

Берлович М. С., Алейникова Ю. А., Пигарова Е. А.,
Дзеранова Л. К.

**26 УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д У ВЗРОСЛЫХ
ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ**

Ярец Ю. И., Ярец А. А., Бортновский В. Н.

**27 НЕХВАТКА СУБСТРАТА ДЛЯ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ АКТИВНОСТИ НО-СИНТАЗ
ЗАВИСИТ ОТ УРОВНЯ ЦИТРУЛЛИНА
У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

Жлоба А. А., Субботина Т. Ф.

**28 ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
С ПОТРЕБНОСТЬЮ ИНСУЛИНЕ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СКОРОСТИ
КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ**

Шаповалова А. Б., Дмитриев А. В., Худайкулова Н. А.,
Фейзуллаева Л. Мушфиг кызы

**28 ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА
И АКТИВАЦИЯ КЛЮЧЕВОЙ РЕАКЦИИ
БИОСИНТЕЗА КРЕАТИНА, ВЫЯВЛЯЕМАЯ
ПО УРОВНЮ ГОМОАРГИНИНА В КРОВИ**

Субботина Т. Ф., Жлоба А. А.

**30 ГИПONАТРИЕМИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ
ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ
НEDОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТКИ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА
И ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ ВСЛЕДСТВИЕ
ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
ПОЧЕК**

Хагабанова И. С., Хагабанова И. С., Викулова О. К.,
Шамхалова М. Ш., Пигарова Е. А., Мартынов С. А.

**31 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА
НОВООБРАЗОВАНИЙ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ
У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Бегун И. В., Солнцева А. В.

**32 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
И ИНСУЛЬТОМ**

Прекина В. И., Самолькина О. Г., Есина М. В.,

**33 ВЗАИМОСВЯЗЬ КОМПОЗИЦИОННОГО
СОСТАВА ТЕЛА С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ
РИСКАМИ**

Маркина Н. О., Матвеев Г. А., Бабенко А. Ю.

**34 КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СПЯ
И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНЫХ
СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТ**

Шепелькевич Е. А.

**35 ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ,
АССОЦИРОВАННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ,
ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЁННОЙ
ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ**

Жаворонок И. П., Фёдорова Е. В.

**36 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
И ОЖИРЕНИЕМ**

Прекина В. И., Самолькина О. Г., Есина М. В.

**37 АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ГЛИКЕМИИ
У ДЕТЕЙ ПРИ ОБРАЩАЕМОСТИ ДЛЯ
ВЫПОЛНЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ**

Лобашова В. Л., Никитчина Н. С., Дыдышко Ю. В.

**38 ВЛИЯНИЕ НИЗКОУГЛЕВОДНОЙ
и СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ДИЕТЫ НА
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН
С СПЯ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ
КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Васюкова Е. А., Зайкова Е. К., Калинина О. В.,
Горелова И. В., Пьянова И. В., Богатырева Е. В.

**39 КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ
МОНИТОРИНГ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО
ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

Еникеева С. Р., Шаповалова А. Э., Колодкина А. А.,
Нагаева Е. В., Викулова О. К., Безлепкина О. Б.

**40 ЭЛЕКТРОНОМИКРОСКОПИЧЕСКОЕ
ИЗУЧЕНИЕ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ ЭПИФИЗОВ
КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ**

Лисовиченко Е. В., Парамонова Н. М., Гузев М. А.

**41 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЭН
СИНДРОМА: СОЧЕТАНИЯ СИНДРОМА ИЦЕНКО-
КУШИНГА И ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА**

Будул Н. А., Тевосян Л. Х., Крюкова И. В.,
Комердус И. В., Иловайская И. А.

42 АХОНДРОПЛАЗИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ
ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ. ОПЫТ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА
Воронцова И. Г., Петряйкина Е. Е.

43 КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ
ДАПАГЛИФОЗИНА У ЛИЦ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ
ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Евтушенко А. А., Михайличенко Е. С., Приколота А. В.,
Котова К. А., Багрий А. Э.

44 ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АГОНИСТОВ
РЕЦЕПТОРОВ ГЛЮКАГОНО-ПОДОБНОГО
ПЕПТИДА 1 У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА
С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ИЛИ
ОЖИРЕНИЕМ
Сабельникова Я. С.

45 ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА, ОКРУЖНОСТЬ
ТАЛИИ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ:
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ
ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ
Бекезин В. В., Козлова Е. Ю., Козлова Л. В.,
Волкова Е. А., Пересецкая О. В., Демина Е. Г.

46 ДИСПЕРСИОННОЕ КАРТИРОВАНИЕ
ЭКГ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ:
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ
ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ
Бекезин В. В., Козлова Е. Ю., Козлова Л. В.,
Волкова Е. А., Цветная И. Н., Демина Е. Г.

47 РОЛЬ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ
ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ
Лапик И. А., Гаппарова К. М.

48 ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА
ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ
Лапик И. А., Гаппарова К. М.

49 ВИТАМИННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ
С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Лапик И. А., Гаппарова К. М.

50 ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК
ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Евтушенко А. А., Михайличенко Е. С., Голодников И. А.,
Котова К. А.

51 ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА
У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Папичев Е. В., Сивордова Л. Е., Ахвердян Ю. Р.,
Полякова Ю. В., Заводовский Б. В.

52 ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ АДЕНОМ
ГИПОФИЗА
Рында А. Ю., Олюшин В. Е., Ростовцев Д. М.,
Забродская Ю. М., Папаян Г. В.

53 ВЛИЯНИЕ ЗГТ ПРЕПАРАТАМИ
ТЕКСТОСТЕРОНА НА ПРОФИЛАКТИКУ
ОСТЕОПОРОЗА В АНДРОПАУЗЕ
Смирнов В. В., Федосеева В. В., Кабикенова М. К.

54 ОЖИРЕНИЕ И ХРОНИЧЕСКАЯ
ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ
Проконич Д. А., Саприня Т. В.

55 РОЛЬ АГОНИСТА ГПП-1 СЕМАГЛУТИДА
И МЕТФОРМИНА В КОРРЕКЦИИ
АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 2 И ОЖИРЕНИЕМ
Смирнов В. В., Иванов В. С., Карповская Е. Б.,
Федосеева В. В.

56 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
ВЫСОКОЙ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ
ОСТЕОПОРОЗОМ
Сивордова Л. Е., Полякова Ю. В., Папичев Е. В.,
Ахвердян Ю. Р., Заводовский Б. В.

57 КОМБИНИРОВАННАЯ
САХАРОСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И СИНДРОМЕ
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА:
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СОЧЕТАНИЙ
Совпель Я. А., Супрун О. Е., Совпель Я. А.,
Михайличенко Е. С., Пылаева Е. А., Багрий А. Э.

58 САРКОПЕНИЧЕСКОЕ
ОЖИРЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ КАК
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА.
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Сафонова Ю. А.

59 РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ,
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
Синцова С. В., Караваева Н. Г.

60 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ
НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-

**СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И ПЕРЕЛОМОВ
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
2 ТИПА И ОСТЕОПОРОЗОМ**

Попова А. А., Шилов С. Н., Третьяков С. В.,
Яковлева И. В.

**61 БИОМАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ
ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 1 ТИПА: СВЯЗЬ
С ДИАБЕТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

Воробьёва А. П., Быков Ю. В., Массоров В. В.,
Батурина В. А.

**62 ИНСТРУМЕНТЫ ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ**

Петряйкина Е. Е., Тимофеев А. В., Демина Е. С.,
Галимов Р. Р., Колесникова Е. А.

**63 ОТНОШЕНИЕ ПРОИНСУЛИН/С-ПЕПТИД
КАК ИНДИКАТОР ДИСФУНКЦИИ В-КЛЕТОК ПРИ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ПОДРОСТКОВ**

Петряйкина Е. Е., Тимофеев А. В., Демина Е. С.,
Галимов Р. Р., Колесникова Е. А.

**64 ИССЛЕДОВАНИЕ F2 G20210A
ПОЛИМОРФИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ**

Акрамова Н. Т.

**65 ГИСТОСТРУКТУРА ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ У САМЦОВ И САМОК КРЫС
ВИСТАР ПРИ ДИЕТ-ИНДУЦИРОВАННОМ
ВИСЦЕРАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ**

Басалай А. А., Кузнецова Т. Е., Митюкова Т. А.

**66 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО
РИТМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
И ИНСУЛЬТОМ**

Прекина В. И., Самолькина О. Г., Есина М. В.

**67 САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2ТИПА:
АССОЦИАЦИЯ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
С ПОЛОМ И ВОЗРАСТОМ ПАЦИЕНТОВ**

Бедина С. А., Папичев Е. В.

**68 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА НАТРИЙ-
ГЛЮКОЗНОГО КО-ТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА
В КАЧЕСТВЕ РЕНОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Трандафилова М. Н., Стефаненко А. В., П. Алина В.,
Багрий А. Э.

**69 УРОВНИ ПРОЛАКТИНА
И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У ПАЦИЕНТОВ
С COVID-19**

Радионова А. А.

**70 ОЖИРЕНИЕ И РИСК РАЗВИТИЯ
ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Шапошникова Е. В.

**71 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ МОТИВАЦИИ,
СПОСОБСТВУЮЩИХ ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПО ДАННЫМ НЕПРЕРЫВНОГО
МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ КРОВИ**

Быкова Н. М., Варламова С. В., Мергалий Е. А.,
Навтанович Н. А., Ткачева Н. С.

**72 ГОДОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ИНЬЕКЦИЙ
ПАРИКАЛЬЦИТОЛА В ОКОЛОЩИТОВИДНЫЕ
ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
И ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ**

Жулина Е. М., Брыкун М. В., Сапрена Т. В.

**73 ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД
К РИСКУ ОЖИРЕНИЯ**

Шемеровский К. А., Селивёрстов П. В.,
Кантемирова Р. К., Шемеровский К. А.

**74 КРИТИКА КОНЦЕПТА МЕТАБОЛИЧЕСКИ
ЗДОРОВОГО ОЖИРЕНИЯ: ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ
ПРО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СЕКРЕТОРНОГО
ПОТЕНЦИАЛА МОНОЦИТОВ КРОВИ
У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ**

Бограя М. М., Малащенко В. В., Х. Ольга Г.,
Газатова Н. Д., Воронова С. С., Литвинова Л. С.

**75 ОСОБЕННОСТИ СРОКА И СПОСОБА
РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК
С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

Шапошникова Е. В., Менцик М. М., Шагеева Е. В.

**76 ВЛИЯНИЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ
ТЕРАПИИ НА ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ У ЛИЦ
С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
(СД-П), РАЗВИВШИМСЯ ПОСЛЕ АЛКОГОЛЬНОЙ
И БИЛИАРНОЙ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА:
ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Кутя А. Е., Никулин И. Ю., Михайличенко Е. С.,
Кутя А. Е., Пылаева Е. А., Багрий А. Э.

77 ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ
ПРОЛАКТИНОМАХ

Сиднева Ю. Г., Астафьева Л. И., Калинин П. Л.,
Зайцев О. С., Воронина И. А., Клочкова И. С.,
Шкарабо А. Н., Кутин М. А., Бадмаева И. Н.

78 ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЕ
ОЖИРЕНИЕ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ
У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
Клочкова И. С., Астафьева Л. И., Калинин П. Л.,
Кутин М. А., Коновалов А. Н., Шкарабо А. Н.,
Фомичев Д. В., Сиднева Ю. Г.

79 МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ
ФЕОХРОМОЦИТОМА: ТРУДНОСТИ
СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
Малышенко Ю. А., Реброва Д. В., Малышенко Ю. А.,
Митюков А. Е., Воеводина Е. В.

80 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА
ТИРЕОТОКСИКОЗА ПОСЛЕ РАДИОЙОДТЕРАПИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЛИ БОЛЕЗНИ
ГРЕЙВСА

Валуевич В. В., Данилова Л. И., Красько О. В.

81 ОЦЕНКА РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
Есина М. В., Сергеева М. А., Ямашкина Е. И.,
Прекина В. И., Ефремова О. Н., Есин Я. А.

82 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОГО
МОНИТОРИНГА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА
Ярец Ю. И., Величко А. В.

83 ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ
КОЖНОГО КРОВОТОКА КАК НОВЫЙ
ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ
ГИПОТИРЕОЗЕ

Рыжкова Е. Г., Моргунова Т. Б., Амергулов И. И.,
Фадеев В. В.

84 ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО
СТАТУСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ
Г. ГОМЕЛЯ ПО ДАННЫМ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ
ЛАБОРАТОРИИ ГУ «РНПЦ РМИЭЧ»
Ярец Ю. И.

85 РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
АЛЬДОСТЕРОНА, РЕНИНА И АЛЬДОСТЕРОН-
РЕНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ, ВЫПОЛНЕННЫЕ
У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
НАДПОЧЕЧНИКОВ

Ярец Ю. И.

86 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ
ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ
ТЕРАПИИ МЕТФОРМИНОМ

Ямашкина Е. И., Есина М. В., Лобина К. А.,
Вешкина Е. В., Ефремова О. Н., Ямашкин Ю. В.

87 КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ
Есина М. В., Исайкина Н. А., Прекина В. И.,
Ямашкина Е. И., Ефремова О. Н., Романькова В. О.

88 АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
ФЕТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ
С ГЕСТАЦИОННЫМ И ПРЕГЕСТАЦИОННЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.
Конради К. С., Чашина Д. М.

89 ВЕДЕНИЕ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ
БЕРЕМЕННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
1 ТИПА, ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
Конради К. С., Чашина Д. М., Лаврищева Ю. В.,
Дронова А. В.

90 ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ
ПРИ АКРОМЕГАЛИИ: ОСОБЕННОСТИ
ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ
Сиднева Ю. Г., Астафьева Л. И., Калинин П. Л.,
Воронина И. А., Шкарабо А. Н., Кутин М. А.,
Клочкова И. С., Фомичев Д. В., Андреев Д. Н.,
Шарипов О. И., Чернов И. В., Донской А. Д.,
Бадмаева И. Н., Иванов Д. В.

91 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ
АДЕНОМ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ
Погосян К. А., Каронова Т. Л., Цой У. А.,
Гринева Е. Н.

92 ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА
ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА
НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ ЖЕНЩИН
С ОЖИРЕНИЕМ

Швец З. В., Халимов Ю. Ш., Дора С. В., Лискер А. В.,
Семикова Г. В., Погорелова М. А., Мурзина О. С.

приложение 2

апрель

2025

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ «ИННОВАЦИИ В ЭНДОКРИНОЛОГИИ–2025»

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И МАРКЕРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И ПРИ ОЖИРЕНИИ 1-2 СТЕПЕНИ У ПОДРОСТКОВ: СКРЫТАЯ УГРОЗА

Автор: Олейник Оксана Алексеевна, oleynikoa@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Соавторы: Самойлова Ю. Г., Подчиненова Д. В., Ворожцова И. Н., Бухрякова Д. А, Распутин С. В.

Город: Томская обл.

Источник финансирования: Грант РНФ по проекту №23-75-01034 «Использование профилей липидомики для создания прогностической модели реализации фенотипа ожирения у детей и подростков» (Соглашение от 14.08.2023)

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Выявление метаболических маркеров кардиоваскулярного риска у подростков с ожирением целесообразно для осуществления вмешательства еще на стадии функциональных нарушений.

Материалы и методы. В исследование было включено 69 мальчиков и 72 девочки с SDS ИМТ от 2,0 до 3,0, контрольную группу составили 40 мальчиков и 50 девочек без отклонений веса. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществлялось аускультативным/осцилометрическим методом на аппарате «Валента» (Россия) в течение 24–26 часов. Исследование уровня глюкозы и триглицеридов в сыворотке крови проводилось на биохимическом многоканальном анализаторе «Express-550», определение уровня N-концевого фрагмента прогормона натрийуретического пептида (NT-pro-BNP) - методом ИФА. Анализ мобильного пула (липопротеидного и свободножирнокислотного) жирных кислот в сыворотке крови проводилось на хроматомасс-спектрометре Agilent 7000B.

Результаты. На фоне 1-2 степеней ожирения у 67% подростков без отклонений АД при офисных измерениях при использовании СМАД нарушение циркадного ритма САД проявлялись появлением у 25 % мальчиков распределения среднего суточного индекса АД по типу «night-piker», у 11 % девочек - по типу «over-dipper» и у 67 % – «non-dipper» соответственно, тогда как в контрольной группе доля детей с сохранным циркадным ритмом АД не выходило за пределы 75 %.

По результатам проведенного исследования TyG у обследованных подростков с ожирением обоего пола превышал пороговый уровень 4,49 (4,64 [4,36; 4,71] у мальчиков и 4,58 [4,42; 4,68] у девочек) и статистически значимо был выше по сравнению с контролем (4,42 [4,13; 4,58] и 4,27 [4,1; 4,47] соответственно ($p < 0,05$)). NT-pro-BNP2 подтвердил тенденцию к более высокой концентрации и у мальчиков с ожирением (54,50 [31,50; 88,75] пг/мл) по сравнению с контролем 42,00 [31,50; 47,25] пг/мл ($p = 0,056$) и у девочек, где различия носили статистически значимый характер: (71,00 [559,00; 89,50] и 41,00 [33,75; 67,25] пг/мл) в основной и контрольной группах соответственно ($p = 0,023$). По результатам корреляционного анализа были выявлены статистически значимые ассоциации между NT-proBNP и количеством межклеточной жидкости ($r=1,0$, $p < 0,001$), уровнем глюкозы ($r=0,31$, $p = 0,015$) и липопротеидов высокой плотности ($r=-0,92,0$, $p = 0,025$) в подгруппе детей и подростков с изменениями суточного ритма АД по типу «over-dipper» и с отношением полиненасыщенных жирных кислот к насыщенным жирным кислотам ($r=-0,035$, $p = 0,006$) в подгруппе детей и подростков с изменениями суточного ритма АД по типу «non-dipper».

Выводы:

1. Большинство подростков (67 %) с ожирением 1 и 2 степени при суточном мониторировании артериального давления демонстрируют признаки формирования артериальной гипертензии (нарушение циркадного ритма систолического артериального давления и появление у 25 % мальчиков реакции «night-piker», у девочек в 11 % – «over-dipper» и в 67 % – «non-dipper»), сопровождающиеся увеличением TyG, NT-pro-BNP2, даже в отсутствии повышения артериального давления при разовых измерениях.

2. TyG и NT-pro-BNP2 продемонстрировали высокие концентрации у пациентов подросткового возраста с ожирением и могут быть использованы как независимый прогностический параметр риска развития ССЗ при отсутствии дислипидемии в стандартных биохимических исследованиях.

АССОЦИАЦИИ ПРОФИЛЯ ЦЕРАМИДОВ И ПАРАМЕТРОВ ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ

Автор: Подчиненова Дарья Васильевна, darvas_42@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Соавторы: Самойлова Ю. Г., Олейник О. А., Матвеева М. В., Джепаров Н. Д.

Город: Томская обл.

Источник финансирования: исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ по проекту №23-75-01034 «Использование профилей липидомики для создания прогностической модели реализации фенотипа ожирения у детей и подростков» (Соглашение от 14.08.2023)

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель: исследовать взаимосвязи между профилем церамидов и композиционным составом тела у подростков с различной массой тела.

Материалы и методы: было проведено одноцентровое одномоментное исследование, обследованы подростки в возрасте от 10 до 18 лет с различной массой тела. Группу исследования ($n = 20$) составили подростки с избыточной массой тела (МТ) и ожирением (SDS ИМТ от 1,0 и более); условно здоровые подростки с нормальной массой тела были представлены в контрольной группе ($n = 18$). Были измерены антропометрические показатели (рост, вес, индекс МТ) и параметры жировой массы тела методом биомпедансметрии (InBody770).

Анализ церамидов проводили с использованием tandemной масс-спектрометрии (ab Sciex, США; Agilent, США). Для статистического анализа использовалась программа IBM SPSS. Statistics v.20.

Результаты: в основной группе исследования медиана возраста составила 15,0 лет [13,0; 15,8], а в группе контроля 15,2 лет [13,7; 15,9]. Группы статистически значимо не различались по возрасту и полу.

Среди подростков с ожирением отмечалась большая площадь висцерального жира ($p < 0,001$), жировой МТ ($p < 0,001$), индекс жировой МТ ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля.

Были выявлены прямые достоверные ассоциации умеренной силы между жировой МТ и уровнем Cer(d18:0/18:0) ($r = 0,487$; $p = 0,006$), Cer(d18:1/18:0) ($r = 0,425$; $p = 0,032$), Cer(d18:1/20:0) ($r = 0,496$; $p = 0,016$).

Доля жировой МТ продемонстрировала положительные взаимосвязи умеренной силы с концентрацией Cer(d18:0/18:0) ($r = 0,498$; $p = 0,022$), Cer(d18:1/18:0) ($r = 0,413$; $p = 0,034$), Cer(d18:1/20:0) ($r = 0,484$; $p = 0,016$), Cer(d18:2/24:1) ($r = 0,483$; $p = 0,016$).

Положительные статистически значимые корреляции были выявлены между площадью висцерального жира и уровнем Cer(d18:2/14:0) ($r = 0,486$; $p = 0,019$), Cer(d18:0/18:0) ($r = 0,444$; $p = 0,033$), Cer(d18:1/18:0) ($r = 0,408$; $p = 0,043$), Cer(d18:1/20:0) ($r = 0,483$; $p = 0,009$), Cer(d18:2/24:1) ($r = 0,483$; $p = 0,009$).

Для индекса жировой МТ были характерны прямые ассоциации с уровнями Cer(d18:2/14:0) ($r = 0,493$; $p = 0,016$), Cer(d18:0/18:0) ($r = 0,471$; $p = 0,025$), Cer(d18:1/18:0) ($r = 0,415$; $p = 0,018$), Cer(d18:1/19:0), Cer(d18:1/20:0) ($r = 0,487$; $p = 0,019$).

Выводы: полученные данные свидетельствуют о достоверных взаимосвязях между липидомным профилем церамидов и параметрами жировой массы тела у подростков и требуют дальнейшего изучения.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Автор: Малышко Мария Андреевна, doc-malyshko@yandex.ru

Место работы: УЗ «Минский городской клинический эндокринологический центр»

Соавторы: Карлович Н. В., Юрения Е. В., Мохорт Т. В.,

Город: Минская обл.

Источник финансирования: Нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение: Принято выделять несколько нарушений пищевого поведения - ограничительное (ОПП), эмоциогенное (ЭмПП), экстернальное (ЭкПП). ОПП характеризуется целенаправленным чрезмерным ограничением приема пищи. ЭмПП отличается сильной зависимостью от эмоций. При ЭкПП поводом к приему пищи являются различные внешние стимулы.

Цель исследования: оценить пищевое поведение у пациентов с истинной и со стресс-индуцированной гиперпролактинемией.

Материалы и методы: В исследование были включены 103 пациентов с ГП. Всем пациентам был проведен канюлированный тест на пролактин, оценены ИМТ и нарушения пищевого поведения по Голландскому опроснику пищевого поведения (DEBQ).

Методика проведения канюлированного теста: после катетеризации вены устанавливали венозный катетер, забор крови выполняли непосредственно после канюлирования (T0), а затем через 60 мин (T1) и 120 мин (T2). Результаты канюлированного теста расценивали как положительный тест (истинная ГП) при сохранении ГП во всех трех пробах (T0, T1, T2), если ГП сохранялась в T0 и T1 или в T0 или во всех пробах теста значения сывороточной концентрации пролактина были в нормальными, то результаты расценивали как стресс-индуцированную ГП.

Результаты: Среди обследованных было 66 (64,1 %) лиц женского пола и 37 (35,9 %) мужского, средний возраст пациентов составил $27,9 \pm 8,9$ года. В целом по группе стресс-индуцированная ГП была выявлена у 62 (60,2%) vs истинная ГП у 41 (39,8%) пациентов.

По результатам опросника DEBQ ОПП выявлено у 53(51,5%) пациентов, ЭмПП у 37 (35,9%) пациентов, ЭкПП у 46 (44,6%) пациентов.

В целом по группе ожирение и избыточная масса тела встречалась у 31 (30,1%) пациентов, из них у 17 (54,9%) пациентов была стресс-индуцированная ГП и истинная ГП у 14(45,1%) пациентов.

Удельная доля нарушений пищевого поведения у пациентов с ИМТ более 25 кг/см² составила 71% (ОПП), 35,6% (ЭмПП), 41,9%(ЭкПП) vs 43% (ОПП), 36,1% (ЭмПП) и 45,6% (ЭкПП) у пациентов с ИМТ менее 25 кг/см². У пациентов с ожирением и избыточной массой тела ОПП встречалось в 1,7 раза чаще чем у пациентов с ИМТ до 25 кг/см² (р = 0,15) .

У группы пациентов с ИМТ менее 25 кг/см² со стресс-индуцированной ГП ОПП была выявлена в 2,1 раза чаще, чем у пациентов с истинной ГП (67,7% vs 32.3%) (р = 0,2). ЭмПП выявлено в 1,8 раз чаще, чем у пациентов истинной ГП (65,4% vs 34,6%) (р = 0,2) . ЭкПП диагностировано в 1,5 чаще у пациентов со стресс-индуцированной ГП (60,6% vs 39,4%) (р = 0,05).

Выводы: В целом по группе стресс-индуцированная ГП была выявлена у 62 (60, 2%) пациентов. Ожирение и избыточная масса тела встречалась у 31 (30,1%) пациентов. У пациентов с ожирением и избыточной массой тела ОПП встречалось в 1,7 раза чаще чем у пациентов с ИМТ до 25 кг/см². У пациентов с ИМТ менее 25 кг/см² нарушения пищевого поведения выявлялись чаще у пациентов со стресс-индуцированной ГП, чем у пациентов с истинной ГП.

УЛЬТРАСОМИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ У ПОДРОСТКОВ С СД 1 ТИПА: НОВЫЕ АСПЕКТЫ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Автор: Фомина Светлана Викторовна, statfom@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Город: Томская обл.

Источник финансирования: Отсутствие финансирования

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Диабетическая полинейропатия (ДПН) является одним из распространенных осложнений сахарного диабета (СД). Сопровождается функциональными и структурными нарушениями периферических нервов, приводящими к нарушениям чувствительности, болями различной интенсивности, трофическими изменениями кожных покровов. Неинвазивная диагностика изменений периферических нервов у подростков является актуальной задачей.

Ультрасомика (ultrasomics: ultrasound+radiomics) является видом радиомиксного анализа, который позволяет извлекать большое число количественных признаков (радиомиксных показателей) из медицинских изображений с использованием математических алгоритмов. Преобразуя ультразвуковые изображения в многомерные количественные данные, ультрасомика позволяет определить невидимые при стандартном нативном ультразвуковом исследовании признаки изображений, основанные на их текстуре и провести дифференцировку снимков.

Радиомиксный анализ ультразвуковых изображений является перспективным неинвазивным диагностическим инструментом оценки изменений периферических нервов при СД 1 типа.

Цель. Исследование возможностей ультрасомиксного анализа в оценке структуры периферических нервов у подростков с СД 1 типа.

Материалы и методы: Ультразвуковые изображения высокого разрешения четырех локализаций периферических нервов верхних и нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом 1 типа ($n=10$) и контрольной группы ($n=10$). Всего 126 ультразвуковых изображений в серошкольном режиме.

Результаты и обсуждения: В результате математической обработки ультразвуковых изображений были обнаружены 7 устойчивых радиомиксных показателей для каждой из 4-х локализаций нервов. Установлена корреляционная статистически значимая связь ультразвуковых показателей периферических нервов с текстурой УЗ-изображения. Выявленные устойчивые показатели позволили статистически значимо дифференцировать УЗ-изображения пациентов с СД 1 типа от изображений контрольной группы здоровых. УЗ изображения периферических нервов в группе пациентов с СД характеризовались более тонкой структурой, большим количеством зон небольшого размера, большей неоднородностью в узорах текстуры, и большей неоднородностью текстуры в целом.

Выводы: Ультрасомиксный анализ является перспективным диагностическим инструментом в оценке изменений периферических нервов при сахарном диабете 1 типа у подростков. Метод позволяет выявлять различия в текстуре периферических нервов конечностей у подростков с СД 1 типа при сравнении с здоровыми.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика; сахарный диабет; радиомиксный анализ; периферические нервы; подростки.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА РЕТРОБУЛЬБАРНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Автор: Фомина Светлана Викторовна, statfom@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Соавторы: Самойлова Ю. Г., Кошмелева М. В., Хмелева Е. И., Качанов Д. А.

Город: Томская обл.

Источник финансирования: Отсутствие финансирования

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение

Диабетическая ретинопатия (ДР) относится к наиболее часто встречающимся сосудистым осложнениям сахарного диабета (СД) [1]. Поиск новых методов диагностики и персонализированного мониторинга ранних нарушений гемодинамики глаз и орбиты у детей с сахарным диабетом 1 типа являются социально значимой задачей. Ультразвуковая допплерография ретробульбарных сосудов является неинвазивным, безопасным, безболезненным методом диагностики нарушений кровоснабжения глаза и орбиты у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа.

Цель исследования: оценить возможности интегральной шкалы ультразвукового мониторинга изменений ретробульбарного кровотока у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы:

Было обследовано 223 ребенка, в возрасте от 7 до 18 лет. У 173 детей установлен диагноз сахарный диабет 1 типа, с уровнем гликемированного гемоглобина от 7,6% до 10,4%. В контрольную группу без сахарного диабета включены 50 детей. Ультразвуковое исследование (УЗИ) глаз, орбит и ретробульбарных сосудов выполнялось с учетом правил безопасности применения ультразвука в офтальмологии в В-режиме и режиме допплерографии [2, 4]. Статистический анализ был выполнен с помощью программы Statistica 13.3. Уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Ультразвуковая допплерография ретробульбарных сосудов у исследуемых групп пациентов детского возраста, показала наличие значимых изменений, включающих снижение скорости кровотока по центральным артериям сетчатки, задним коротким цилиарным артериям, повышение скорости кровотока по глазным артериям, повышение периферического сопротивления по задним коротким цилиарным и глазным артериям у детей и подростков с СД 1 типа. Данные изменения свидетельствуют о развитии ишемии сетчатки, сосудистой оболочки, и части диска зрительного нерва [3, 5, 6, 7]. Использование интегральной шкалы УЗ-мониторинга позволило персонализировать ретробульбарный кровоток в формате бальной оценки, полностью отражающей ультразвуковую гемодинамику ретробульбарного кровотока у пациента с СД 1 типа в детском возрасте.

Выводы

Интегральная шкала ультразвукового УЗ-мониторинга является эффективным инструментом персонализированной оценки изменений ретробульбарного кровотока у пациентов с сахарным диабетом 1 типа в детском и подростковом возрасте.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕРИФИКАЦИИ ПАТОГЕННОГО ВАРИАНТА ГЕНА RET У ПАЦИЕНТКИ С ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АДЕНОМОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Автор: Матвеева Мария Владимировна, ludmila.shuliko.15@gmail.com

Место работы: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Соавторы: Лян Н. И., Самойлова Ю. Г., Шулико Л. М.

Город: Томская обл.

Источник финансирования: отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Генетически обусловленный медуллярный рак щитовидной железы относится к злокачественным опухолям с плохим прогнозом, и это делает необходимым разработку как новых диагностических методик доклинического выявления заболевания, так и внедрение в лечебную практику эффективных способов, блокирующих развитие опухоли. Нами описан клинический случай верификации экспрессии SPT 24 в нормальных фолликулах и фолликулярной аденоме у пациентки при верификации узлового образования в рамках диспансеризации.

Материалы и методы. На прием к эндокринологу обратилась пациентка 1966 г.р. с жалобами на верификацию узлового образования по данным диспансеризации (объем щитовидной железы 23,1 мл, по задней поверхности правой доли изоэхогенное образование с четкими ровными контурами размером 19 на 13 мм, с коллоидными включениями и наличием периферического локуса кровотока, TIRADS 3, к латеральному краю 6 на 4 мм, с питающим сосудом у основания, TIRADS 2, в центре правой доли коллоидные узлы 8,8 на 4,6 мм, 7,8 на 5,5 мм и мелкие до 6 мм, TIRADS 2, на границе правой доли и перешейка анэхогенное образование с гиперэхогенной периферией 8,6 на 5,8 мм, аваскулярное, TIRADS 2), ранее ультразвуковое исследование щитовидной железы не проводила, других активных жалоб не предъявляла. В анамнезе выявлено самостоятельное использование препарата семаглутид для снижения веса на протяжении 8 месяцев, которые она отменила за 6 месяцев до настоящего обследования. После объективного осмотра было рекомендована оценка кальцитонина (13,6 пг/мл), паратормона (5,52 пмоль/л), метанефрин (48 пг/л), норметанефрин (95,8 пг/мл), биопсия узлового образования (узел по задней поверхности правой доли 19 на 13 мм TIRADS 3), компьютерная томография органов грудной клетки и опорно-двигательного аппарата с контрастированием - очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено, очаг отсеосклероза в левой дуге Th7 позвонка. Также пациентка сдала материал на определение MEN 1, 2A, 2B и семейного рака щитовидной железы – в результате обнаружен патогенный вариант гена RET p.V804M (rs79658334) в гетерозиготном состоянии.

Результаты. В плановом порядке выполнена тиреоидэктомия, видеоассистированная нервосберегающая шейная лимфоаденэктомия (VI уровень шеи). При иммуногистохимическом анализе выявлено антитела к TTF1 – клон SPT24. По данным операционного материала – фолликулярная аденома. В послеоперационном периоде послеоперационный гипопаратиреоз, купированный препаратом кальция. Пациентке даны рекомендации по заместительной гормональной терапии, динамическому наблюдению и обследованию родственников на наличие генетической мутации и при необходимости профилактической тиреоидэктомии.

Заключение. Узловые образования щитовидной железы доминируют по распространенности среди патологий эндокринной системы и встречаются у 4-10% населения разных стран, в связи с чем требуется своевременная диагностика для определения тактики ведения данной группы пациентов. Для установления окончательного диагноза больному проводят постоперационное типирование материала новообразований с помощью гистоморфологического исследования, что значительно повышает информативность и определяют тактику, в том числе при экспрессии патогенных генов.

ТЕРАПИЯ ЛИРАГЛУТИДОМ ОЖИРЕНИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ У РЕБЕНКА С ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗОМ 1А ТИПА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Автор: Миахова Альбина Мавлетьяновна, albinamiftahova91@mail.ru

Место работы: Здоровое поколение

Соавторы: Миахова А. М.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: Выполненная работа не имела финансовой поддержки.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Псевдогипопаратиреоз 1а типа (ПГП1а) — редкое эндокринное заболевание. Метаболические нарушения при ПГП1а связаны с гиперфагией и низким расходом энергии в покое.

Клинический пример. **Мальчик А. (6 лет)** наблюдался у эндокринолога с 4 месяцев. В возрасте 1,5 года на основании обследования (фенотип НОО, резистентность к парагормону с нарушением фосфорно-кальциевого обмена) поставлен диагноз ПГП1а, назначен альфакальцидол, Л-тиroxин. В 4,5 года диагноз ПГП1а подтвержден молекулярно-генетически. Динамика веса: 1,5 года - 21 кг; 2 года- 24 кг; 4 г.- 34,7 кг; 5 лет- 38 кг. В 5,5 лет направлен в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава. Рост 107,7 см, вес 41,2 кг, ИМТ=35,5 кг/м², SDS ИМТ =+4,1. Результаты обследования от 07.2024 г. выявили: дислипидемию (в скобках - референсные значения): ЛПНП 3,09 ммоль/л (1,1-3,0), ЛПВП 0,76 ммоль/л (0,9-2,6), триглицериды (ТГ) 1,9 ммоль/л (0,1-1,7), индекс атерогенности (ИА) 5,18 (до 3); инсулинорезистентность: при оральном глюкозотolerантном teste (ОГTT) инсулин натощак 16,2 мкед/мл, глюкоза натощак 4,3 ммоль/л, глюкоза через 2 часа 7 ммоль/л, К аро 0,27(>0,3), НОМА 3,1(<3,2); синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) средней степени тяжести (индекс апноэ+гипопноэ (ИА) 9,7 эпизодов/час). У пациента сохраняется гиперпаратиреоз (парагормон(ПГ) 160 пг/мл (15-65) и гипотиреоз (тироксин свободный (T4св.) 11,1 пмоль/л (11,5-20,4), тиреотропный гормон (ТТГ) 3,7мЕд/л (0,64-5,76)). С целью снижения темпов прибавки массы тела по решению врачебной комиссии и согласия матери пациента, начата терапия лираглутидом. Лечение: диета; соблюдение режима дня; Альфакальцидол 0,75 мкг/сут; Левотироксин натрия 37,5 мкг/сут; Лираглутид 0,6 мг/сут подкожно (п/к), со 2-ой недели 1,2 мг/сут/п/к.

При выписке основной диагноз: ПГП1а: резистентность к парагормону, морбидное прогрессирующее ожирение. Осложнения: Дислипидемия. СОАС средней степени тяжести. Сопутствующие: Гипотиреоз. Гипертрофия аденоидов. Контроль через 6 месяцев по месту жительства, вес 37,4 кг(- 5кг), ИМТ= 25,97 кг /м², SDSимт=+3,81. Результаты обследования: ЛПНП 2,09 ммоль/л, ЛПВП 1,1 ммоль/л ,ТГ 0,92 ммоль/л, ИА 2,64, ОГTT: инсулин натощак 10,7 мкед/мл, глюкоза натощак 4,7 ммоль/л (ч/з 2 часа 6,2 ммоль/л), Каро 0,44, НОМА 2,23; ПГ 140 пг/мл;T4 св. 14,1 пмоль/л, ТТГ 3,0 мЕд/л. Кардиореспираторный мониторинг ИА 4 эпизодов/час (СОАС легкой степени). В данный момент основной диагноз: ПГП1а: резистентность к парагормону, морбидное ожирение с положительной динамикой. Осложнения: СОАС легкой степени тяжести. Сопутствующие: Гипотиреоз, компенсация. Гипертрофия аденоидов (плановая аденоотомия 03.2025 г.).

Результаты. При комплексной терапии у пациента 6 лет с ПГП1а с лираглутидом в дозе 1,2 мг/сут/п/к за 6 мес. достигнут регресс метаболических нарушений, СОАС, коррекция пищевого поведения и веса. Рекомендовано продолжить терапию в подобранном объеме с мониторингом возможных осложнений терапии.

Заключение. В клиническом примере представлена эффективная медикаментозная коррекция метаболических нарушений. Необходимо дальнейшее изучение применения аналогов глюкагоноподобного пептида-1 в терапии соматогенного ожирения у детей до 12 лет.

ЭКСПРЕССИЯ МИКРОРНК-34, МИКРОРНК-130 И МИКРОРНК-194 В СЛЮНЕ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Вачадзе Тамара Джамбуловна, vtooma@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Соавторы: Самойлова Ю. Г., Матвеева М. В., Подчиненова Д. В., Олейник О. А.

Город: Томская обл.

Источник финансирования: Грант «Использование профилей липидомики для создания прогностической модели реализации фенотипа ожирения у детей и подростков», Российский Научный фонд, 2023 – 2025гг.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель: исследовать уровень экспрессии микроРНК-34а, микроРНК-130 и микроРНК-194 в сыворотке у детей с диагнозом ожирение, а также выявить их связь с клиническими и лабораторными показателями заболевания.

Материалы и методы: Протокол исследования разработан в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 апреля 2016 г. № 200н “Об утверждении правил надлежащей клинической практики” и одобрен Этическим комитетом ФГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России - заключение №9425/1 27.03.2023г. В исследовании приняли участие 90 детей в возрасте 10–17 лет, проживающих в городе Томске. Основную группу составили 60 детей, страдающих избыточной массой тела и ожирением, а контрольную группу — 30 здоровых детей. У всех испытуемых проводились измерения антропометрических параметров с расчетом стандартного отклонения индекса массы тела (SDS ИМТ) согласно программе WHO Anthro Plus. Анализ крови включал определение концентрации глюкозы, активности ферментов аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), уровня триглицеридов, общего холестерина, липопротеинов высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), а также инсулина, лептина, глюкагоноподобного пептида-1,2 (ГПП-1,2) и общего пула жирных кислот. Дополнительно выполнялось исследование образцов слюны для оценки уровня экспрессии микроРНК. Композиционный состав тела оценивался с использованием анализатора Inbody 770. Для обработки полученных данных применялось статистическое программное обеспечение IBM SPSS Statistics 19.0.0 (русская версия, США).

Результаты: у участников с избыточной массой тела и ожирением зарегистрировали более высокий уровень инсулина - 17,2 [12,7;27,5] ($p=0,015$), общего холестерина - 4,2 [3,8; 4,6] ($p = 0,001$). При сравнительном анализе пула жирных кислот верифицированы статистически значимые различия: докозапентаеновая кислота ($p=0,000$), гамма-линоленовая кислота ($p=0,000$), дигомо-гамма-линоленовая кислота ($p=0,001$), арахидоновая ($p=0,000$), пальмитолеиновая ($p=0,012$), олеиновая ($p=0,017$), эйкозатриеновая ($p=0,015$), пальмитиновая ($p=0,000$), стеариновая ($p=0,008$), арахиновая ($p=0,009$), бегеновая ($p=0,012$), маргариновая ($p=0,004$), омега-3-жирные кислоты ($p=0,000$), омега-6-жирные кислоты ($p=0,000$), полиненасыщенные жирные кислоты (0,000), мононенасыщенные жирные кислоты ($p=0,001$), насыщенные жирные кислоты ($p=0,000$). В ходе исследования выявлено снижение уровня экспрессии микроРНК-130 в слюне детей с ожирением (1,1 [0,01;2,93]) по сравнению с показателями контрольной группы (72,6 [0,07;215,7], $p=0,005$). Установлена связь данного показателя с уровнем холестерина в сыворотке крови ($r = - 0,87$; $p < 0,05$). Интересно, что у мальчиков с ожирением наблюдалось 19,3-кратное повышение уровня экспрессии микроРНК-130 (1,37 [1,37;1,37]) в сравнении с контрольной группой (0,07 [0,07;1,07], $p=0,005$). В то же время у девочек с ожирением данный показатель оказался сниженным в 105,8 раза относительно контрольной группы ($p=0,0001$). Также было зафиксировано увеличение уровня экспрессии микроРНК-194 у девочек с ожирением в 3,4 раза (156,04 [156,04;156,04]) по сравнению с контрольной группой (46,4 [46,4;46,4], $p=0,004$).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о снижении экспрессии микроРНК-130 у детей с ожирением, значительных различиях в уровне этого показателя между мальчиками и девочками, а также об увеличении экспрессии микроРНК-194 у девочек с ожирением. Данные изменения могут быть связаны с развитием ожирения у детей и, возможно, представляют собой перспективные биомаркеры для раннего выявления метаболических нарушений и оценки риска их развития.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АГРЕССИВНОГО ТЕЧЕНИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СКЕЛЕТА

Автор: Князева Ольга Викторовна, knyazeva.olga@endocrincentr.ru

Место работы: ФГУ НМИЦ эндокринологии

Соавторы: Шифман Б.М., Волеводз Н.Н.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: личные средства автора

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение: Фолликулярный рак является вторым по частоте вариантом рака щитовидной железы (РЩЖ) после папиллярного рака и одна из его особенностей – склонность к гематогенному распространению. Последнее обуславливает то, что костные метастазы в три раза чаще встречаются при фолликулярной карциноме (7–28%), чем при папиллярной карциноме (1–7%). Хотя общая частота метастазов в костях при дифференцированном РЩЖ составляет всего 2–13%, метастазы в этой подобласти чрезвычайно значимы, поскольку 10-летняя выживаемость при их наличии драматически падает до 13–21%. Интересно, что у 1 % пациентов с фолликулярным раком отдаленные метастазы могут быть выявлены в качестве первого проявления заболевания, особенно в пожилом возрасте, который в свою очередь является еще одним фактором неблагоприятного прогноза

Материалы и методы: описание клинического случая пациента 70 лет, проходившей обследование и лечение в ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» (ЭНЦ)

Результаты: Из анамнеза известно, что в октябре 2022 года пациент наблюдался у травматолога, по поводу патологического перелома плечевой кости. В ноябре 2023 года снова появились боли в левом плече, болезненная припухлость, по данным МРТ диагностирована опухоль плечевой кости р. 49x57x75 мм. В феврале 2024 года выполнено ПЭТ/КТ, где обнаружены очаги гиперфиксации РФП в ЩЖ, в области выявленной опухоли, и в других костях скелета. Выполнена биопсия опухоли плечевой кости: метастаз РЩЖ фолликулярно-папиллярного строения, данные подтверждены по ИГХ. Пациенту выполнена резекция проксимального отдела плечевой кости с эндопротезированием сустава. При открытой биопсии - метастаз папиллярного РЩЖ. Пациент обратился в ЭНЦ с целью поиска первичного очага. По УЗИ множественные узлы ЩЖ максимальным размером до 2.4 см - TR 4, л/у не изменены, по данным ТАБ - Bethesda IV. Пациенту выполнена тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией. По данным морфологического исследования: в правой доле - фолликулярная аденома. В левой доле инкапсулированный узел 2,2 см, множественные участки грибовидной инвазии в собственную капсулу и капсулу доли, без признаков экстрапарактиоидного распространения, участки подозрительные в отношении сосудистой инвазии. Признаков лимфатической и периневральной инвазии не обнаружено. Заключение: Широко инвазивный подтип фолликулярной карциномы левой доли ЩЖ. Фолликулярная аденома правой доли ЩЖ. По данным ИГХ диагноз подтвержден. По КТ ОГК – без очаговой патологии. Пациенту назначена терапия левотироксином в супрессивной дозе, золендроновая кислота (с целью уменьшение болевого синдрома, и профилактики дальнейшего метастатического поражения и улучшения репарации костной ткани), выполнена РЙТ. На фоне 4-недельной отмены левотироксина: ТГ 3321 нг/мл, АТ к ТГ - 34,4 МЕ/мл (<115); ТТГ – 47,8 мМЕ/л. По данным сцинтиграфии диагностированы включения РФП в лобной кости, правой лопатки, в области грудного и поясничного отдела позвоночника, в проекции подвздошной кости слева

Заключение: Наличие метастазов РЩЖ в кости резко ухудшает показатели выживаемости пациентов. Данный клинический случай демонстрирует распространенный вариант фолликулярного РЩЖ с множественными поражениями скелета из-за отсроченной диагностики первичного очага. Однако хирургическое лечение, с последующим проведением РЙТ, гормональная терапия в супрессивном режиме, а также применение золендроновой кислоты повышают шансы на благоприятный исход и способствуют улучшению качества жизни пациента

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Автор: Ремнев Андрей Геннадьевич, 685143@mail.ru

Место работы: санаторий Барнаульский

Соавторы: Олейников А. А., Олейникова М. А.

Город: Алтайский край

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Ключевая роль в развитии и прогрессировании неврологических проявлений остеохондроза, возможно, принадлежит AGE - гетерогенной группе соединений, образующихся в результате необратимой неферментативной реакции, известной как гликирование, между редуцирующими углеводами и свободными аминогруппами белков, липидов, нуклеиновых кислот (Bettiga A., Fiorio F., Di Marco F., et al., 2019).

Цель исследования. Разработать реабилитационную программу лечения неврологических проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника в пожилом возрасте у больных СД.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 67 больных сахарным диабетом (СД) 2 типа (СД2) с неврологическими проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночника в возрасте от 62 до 74 лет. Применили парентеральное введение озонокислородной смеси, паравертебрально симметрично на уровне L1-S1 позвонков (3-4 точки на сеанс, по 1,0 мл смеси, ежедневно, 10 дней). Кроме того, использовали электропунктуру с воздействием на биологически активные точки: E32-36; V22-29, 30-35, 53-54; VB 27-30; T2-5. На сеанс - 3-4 точки с 2-х сторон.

Результаты. После лечения у больных степень болевых ощущений значительно уменьшилась или исчезала. Для контроля результатов лечения применяли тест ходьбы на 50 м. Кроме того, для контроля результатов лечения применяли ультразвуковое исследование поясничного отдела позвоночника, КТ, МРТ. Пациенты были исследованы 2 раза. Первое исследование при обращении, перед началом лечения, второе исследование по окончании сеансов электропунктуры – через 10-14 дней. Результаты теста ходьбы на 50 м - до лечения $36,1 \pm 5,8$ с ($M \pm SD$), после лечения - $27,3 \pm 5,7$ с ($M \pm SD$). Модель была значимой ($p < 0,01$). Пациенты с СД подвержены риску развития заболеваний опорно-двигательного аппарата, связанных с гипергликемией, повышенным содержанием конечных продуктов гликирования, воспалительных цитокинов и нарушениями соединительной ткани (Lichtenstein A., Tiosano S., Comaneshter D., et al., 2018). AGE оказывают серьёзное негативное воздействие на базальную мембрану многих внутренних органов, а также на хрящевую часть суставных поверхностей (Arkkila P.E., Gautier J.F., 2003). Существует несколько изменений, связанных с AGE, таких как повышение склонности к остеопорозу и нарушение целостности хрящевой ткани (Courties A., Gualillo O., Berenbaum F., Sellam J., 2015). Как правило, AGE вызывают структурные нарушения коллагеновых и других белков, которые постепенно приводят к развитию остеопороза и остеоартрита.

Выводы. Применяемая реабилитационная программа способствовала уменьшению болевого синдрома, восстановлению подвижности поясничного отдела позвоночника, повышению устойчивости пациентов пожилого возраста, сокращению времени прохождения дистанции 50 м, повышению уверенности в ходьбе на дистанцию прохождения до усиления болевого синдрома. Наши результаты подтверждают воспроизведимость теста с ходьбой на 50 м, этот тест полезен в качестве метода оценки способности к ходьбе пожилых людей с СД2.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ.

Автор: Ковалев Александр Андреевич, uathr@mail.ru

Место работы: ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

Соавторы: Салов М. А., Старжевская А. В., Данилов И. Н.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель: Оценка преимущества выбора малоинвазивных операций для лечения пациентов с феохромоцитомами больших размеров (более 5 см)

Методы исследования: База данных пациентов, прооперированных по поводу феохромоцитомы надпочечника на отделении хирургических методов лечения онкологических больных в период с января 2018 г по март 2025 г была сформирована с помощью программы Microsoft Excel 2013г. Были проанализированы такие показатели как пол, возраст, ИМТ пациента, сторона поражения, размер образования, выбранный доступ, время операции, наличие интраоперационных осложнений и представлены в виде статистического отчета созданного с помощью программы StatSoft STATISTICA 10.

Полученные результаты: На базе нашего отделения за указанный период прооперировано 56 случаев феохромоцитом, из них размер образования более 5 см был в 29 случаях (52%). Малоинвазивные методы в группе больших образований были применены в 27 (93%) случаях, из них в 2 случаев была выполнена конверсия доступа в связи с развитием интраоперационных осложнений (III степень по Clavien-Dindo), и в 1 случае оперативное вмешательство было остановлено на этапе мобилизации образования в связи с развитием нарушений ритма и нестабильной гемодинамики (IV степень по Clavien-Dindo). Данный пациент был прооперирован отсрочено после стабилизации состояния и дополнительной предоперационной подготовки открытым доступом. В группе пациентов с малоинвазивными оперативными вмешательствами отмечалось более короткое время оперативного пособия (на 51% меньше), количество койко-дней стационарного лечения (малоинвазивный доступ 4,5 койко-дня против 11,5 койко-дней при открытой операции), так же стоит отметить, что такие операции лучше переносятся самими пациентами в плане интенсивности болевого синдрома, ранней активизации, разрешения пареза кишечника, начала энтерального питания, более короткого периода реабилитации и косметического эффекта.

Выводы: Оперативное лечение заболеваний надпочечников бурно развивается, в том числе, благодаря малоинвазивной эндовидеохирургии. Среди эндовидеохирургических методов могут быть использованы лапароскопические или роботизированные технологии. Универсального метода хирургического лечения нет. Для каждого пациента решение принимается индивидуально в зависимости от сопутствующей патологии, характеристик опухоли, индивидуальной анатомии и других факторов, связанных с пациентом, а так же предпочтений и навыков хирурга. Малоинвазивная адреналэктомия безопасна и ее следует предпочесть открытой адреналэктомии, за исключением определенных показаний, таких как очень большие или злокачественные опухоли, потенциально инфильтрирующие соседние органы, противопоказания к карбоксiperitoneуму и других причин, связанных с сопутствующими коморбидными состояниями. Залог успешного лечения пациента с феохромоцитомой больших размеров это не только индивидуальный подход в плане выбора оперативного приема, технические аспекты операции, но и достаточная предоперационная подготовка.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Автор: Олейников Андрей Александрович, aaoleynic@mail.ru

Место работы: Алтайский государственный медицинский университет

Соавторы: Ремнев А. Г., Олейников М. А.

Город: Алтайский край

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Пациенты с сахарным диабетом (СД) имеют повышенный риск заболеваний опорно-двигательного аппарата, в том числе, позвоночника. В результате хронической гипергликемии происходит изменение метаболизма коллагена у людей с СД. В начале заболевания происходят распад коллагена и образование его специфической формы, которая накапливается в тканях и тормозит синтез нормального коллагена.

Цель исследования. Разработка и практическое применение способа консервативного лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 37 больных СД 2 типа (СД2) в возрасте от 29 до 52 лет с грыжами поясничных межпозвонковых дисков L4-L5, L5-S1 от 5 до 8 мм. С целью консервативного лечения пациентов этой группы в санатории «Барнаульский» был разработан способ консервативного лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков (патент на изобретение RU 2368401).

Сущность этого способа заключается в том, что лечение грыж поясничных межпозвонковых дисков включает проведение медикаментозной противоболевой блокады и электрическую стимуляцию места введения анестетика импульсным электрическим током. Способ лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков осуществляется следующим образом. Пациент находится в положении лежа на животе. Осуществляют противоболевую блокаду при патологии спинного мозга и позвоночника области межпозвонковых отверстий поясничных позвонков соответствующего сегмента с наличием грыжи межпозвонкового диска. После этого отделяют шприц от канюли иглы, при этом игла остается в теле пациента. Затем к игле присоединяют анод. На заднюю поверхность голени устанавливают поверхностный электрод, который подключают к катоду. После подключения всех электродов осуществляют электрическую стимуляцию импульсным электрическим током частотой 50 Гц, сила тока 10-15 мА, длительность электрического импульса 0,2 мс, продолжительность процедуры 8-10 мин ежедневно, на курс лечения 10-12 процедур.

Результаты. В результате проведенного лечения у большинства больных (30 — 81,1%) был достигнут стойкий выраженный (подтвержденный при дальнейших динамических исследованиях) положительный результат. У 5 (13,5%) больных выраженность положительного эффекта была меньше, либо эффект лечения продолжался меньшее количество времени и требовалось проводить дополнительные курсы лечения. 2 больных (5,4%) субъективно не отмечали улучшения, в то время как результаты контрольных исследований свидетельствовали об уменьшении выраженности грыжевого выпячивания. Применение нового способа консервативного лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков не выявило случаи ухудшения состояния больных, как клинических, так и морфо-функциональных.

Выводы. Использование нового способа консервативного лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков позволяет обеспечить лечение больных СД2 с грыжами поясничных межпозвонковых дисков. Результатом этого лечения является устранение болевого синдрома, уменьшение объема грыжи диска, восстановление корешковой проводимости.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПОНТИЙНОГО И ЭКСТРАПОНТИЙНОГО МИЕЛИНОЛИЗА ВСЛЕДСТВИЕ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОНАТРИЕМИИ

Автор: Берлович Мария Сергеевна, berlovichmaria@gmail.com

Место работы: ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Соавторы: Эбаноидзе Л. Г., Пигарова Е. А., Дзеранова Л. К.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: Работа выполнена без спонсорской поддержки

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель: Осмотический демиелинизирующий синдром (ОДС) – ургентное состояние, возникающее на фоне нарушений водно-электролитного баланса вследствие быстрой коррекции гипонатриемии. В рамках ОДС различают центральный pontинный миелинолиз (ЦПМ) и экстрапонтинный миелинолиз (ЭПМ), характеризующиеся демиелинизацией в области моста и белого вещества больших полушарий головного мозга соответственно. Клинические проявления могут варьировать от легкого трепора и дизартрии до дисфагии, нарушений сознания и дыхания, требующих проведения реанимационных мероприятий. Представленный клинический случай демонстрирует негативные последствия быстрой коррекции тяжелой гипонатриемии с развитием жизнеугрожающих состояний - ЦПМ и ЭПМ и подчёркивает широкий спектр неврологических дефектов, связанных с ОДС, которые могут имитировать острые сосудистые события.

Материалы и методы: описание клинического случая.

Результаты: Пациентка П., 18 лет, после удаления стебельной краинифарингиомы в 2018 г. диагностирован пангипопитуитаризм. Инициирована заместительная гормональная терапия с достижением медикаментозной компенсации центрального несахарного диабета, вторичного гипокортицизма, гипотиреоза и гипогонадизма. В 2020 г., на фоне приема десмопрессина, 0,1 мг 2 р/сут отмечалось появление диспепсических расстройств (рвота, диарея), что привело к снижению уровня натрия крови до 105 ммоль/л (136-145). Экстренно по жизненным показаниям госпитализирована в реанимационное отделение в состоянии комы, где по причине резкой смены осмотического градиента и быстрой терапии хронической тяжелой гипонатриемии развилось осложнение - ЦПМ и ЭПМ, двусторонний надъядерный парез мимической, жевательной и бульбарной мускулатуры, тетраплегия. Ввиду снижения витальных функций установлены трахеостома и гастро-стома с дальнейшим удалением после нормализации сознания. По данным МРТ подтвержден синдром осмотической демиелинизации, визуализирован патологический сигнал от базальных ядер и ствола головного мозга. В 2022 г. психоневрологом диагностировано депрессивное расстройство тяжелого течения, протекающее с астеническими проявлениями и нарушением экспрессивности речи, назначены нейролептики. При динамической МРТ от 2023 г. наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения очага миелинолиза. Данных за наличие центрального несахарного диабета на фоне отсутствия патогенетического лечения аналогами вазопрессина не получено: натрий 142,3 ммоль/л (136-145), удельный вес мочи по Зимницкому 1008 – 1020 г/л. В настоящее время пациентка проходит курс психосоциальной реабилитации, наблюдается частичное восстановление мнестических и речевых функций.

Выводы: Повышение осведомленности врачей различных специальностей о риске развития ОДС с целью предотвращения чрезмерной терапии, а также тщательный мониторинг в сочетании с многопрофильной программой нейрореабилитации обеспечат улучшение показателей выживаемости и снижение инвалидизации пациентов, восстанавливающихся после перенесенной тяжелой гипонатриемии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СУЧАЙ ТИРОЗИНЕМИИ 1 ТИПА, МАНИФЕСТИРУЮЩЕЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В ФОРМЕ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОЙ ОСТЕОМАЛЯЦИИ

Автор: Берлович Мария Сергеевна, berlovichmaria@gmail.com

Место работы: ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Соавторы: Мамедова Е. О., Смирнов К. В., Салахов Р. Р., Хусаинова Р. И., Белая Ж. Е.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: Работа выполнена без спонсорской поддержки

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель. Тирозинемия 1 типа (гепаторенальная тирозинемия, НТ-1) – это редкое генетическое заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленное мутацией в гене фермента фумарилацетоацетатгидролазы (*FAH*), приводящая к аномальному накоплению тирозина и его метаболитов, которые обладают цитотоксичностью. При несвоевременной диагностике и отсутствии патогенетического лечения заболевание приводит к прогрессирующему поражению печени, почек и тяжелой неврологической симптоматике. НТ-1 клинически может проявляться в разные возрастные промежутки – от раннего неонатального периода (наиболее агрессивная форма) до школьного возраста (медленно прогрессирующее заболевание). Мы представляем клинический случай НТ-1, манифестирующей в молодом возрасте в форме гипофосфатемической остеомалляции.

Материалы и методы. Описание клинического случая.

Результаты. Пациентка Т. с 19 лет стала отмечать слабость в ногах, болезненность в области реберно-грудинных сочленений, тазовых костей, тазобедренных суставов, коленных суставов, стопах без клинически значимого улучшения на фоне приема обезболивающей терапии. В возрасте 24 лет впервые выявлены гипофосфатемия, переломы метафизов бедренных костей, плюсневых костей обеих ног. Рост пациентки 150 см, масса тела — 46 кг. В анамнезе раннее закрытие большого родничка, позднее прорезывание молочных зубов при нормальном развитии. При поступлении в ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» в возрасте 24 лет пациентка жаловалась на мышечную слабость, шаркающую походку, боли в костях и суставах. Выявлены гипофосфатемия до 0,54 ммоль/л (0,74-1,52), гиперфосфатурия (ТРП 54%), а также повышение щелочной фосфатазы до 176 МЕ/л (40-150), гипоурикемия, глюкозурия и протеинурия. Рентгенологически выявлены остеопения, множественные компрессионные переломы позвонков (Th1,4,5-10, L5), проксимальных метафизов бедренных костей, плюсневых костей обеих стоп. ФРФ-23-секретирующие опухоли были исключены с помощью сцинтиграфии с ^{99m}Tc-Тектротидом. Инициирована терапия альфафакальцидолом и препаратом фосфора. В связи с подозрением на синдром Фанкони было проведено полноэкзомное секвенирование, выявлена компаунд-гетерозиготная мутация в гене *FAH* (NM_000137.4 c.374C>T/c.192G>T), что подтвердило диагноз НТ-1. При дальнейшем обследовании выявлены признаки макроузлового цирроза, очагового образования S8 печени, без признаков гепатоцеллюлярной карциномы. Пациентке показана терапия нитизиноном, низкобелковая диета, исключение продуктов, богатых тирозином и фениналанином.

Выводы. НТ-1 является редким заболеванием, требующим ранней диагностики для предотвращения развития серьезных осложнений. Скрининг новорожденных на тирозинемию не осуществляется в мировом масштабе, несмотря на его критическое значение для своевременной диагностики и медицинского вмешательства. Представленный клинический случай демонстрирует, что НТ-1 может проявляться у пациентов молодого возраста в виде гипофосфатемической остеомалляции.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТА С АКРОМЕГАЛИЕЙ: ВЛИЯНИЕ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Автор: Берлович Мария Сергеевна, berlovichmaria@gmail.com

Место работы: ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Соавторы: Габараева З. А., Пигарова Е. А., Дзеранова Л. К., Пржиялковская Е. Г.,

Букацелло Р. С.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: Работа выполнена без спонсорской поддержки

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель. Акромегалия - это нейроэндокринное заболевание, характеризующееся гиперсекрецией гормона роста (ГР), который оказывает анаболическое действие на различные органы и ткани и может напрямую или опосредованно через инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1) приводить к развитию эндотелиальной дисфункции, что тесно связано с развитием сердечно-сосудистых и кардиальных осложнений.

Материалы и методы. Описание клинического случая.

Результаты. Пациент 54 лет с акромегалией поступил в ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» с целью подтверждения ремиссии заболевания после перенесенного трансназального транссфеноидального удаления аденомы гипофиза с целью подтверждения ремиссии заболевания. Среди сопутствующих патологий отмечалось наличие инфекционного спондилодисцита за 2 месяца до госпитализации, который стал причиной повышения температуры тела у пациента во время обследования. Спондилодисцит Th6-7, Th9-11, L3-5 был выявлен с помощью МРТ. Антибактериальная терапия проводилась, однако не дала клинического эффекта в отношении температурной реакции. Ревматологом диагностирован недифференцированный спондилодисцит, HLA B27 неассоциированный. Назначена терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) - без клинически значимой динамики. В отделении нейроэндокринологии выявлено повышение уровней маркеров воспалительного процесса: СОЭ 62 мм/час, ферритин 316.1 нг/мл, СРБ 272 мг/л, при нормальном уровне прокальцитонина. Учитывая наличие гематогенной инфекции, выполнена эхокардиография (ЭХО-КГ): на передней створке митрального клапана подозрение на наличие наложений (вегетация?). Проведена чрезпищеводная ЭХО-КГ: подтверждено наличие вегетации, митральная регургитация тяжелой степени. Проведен бактериальный посев крови с определением чувствительности к антибактериальной терапии. Обнаружение E. Faecalis послужило основанием для назначения линизолида на срок 2 месяца, что дало положительный терапевтический эффект. В дальнейшем была выполнена замена митрального клапана.

Для подтверждения ремиссии акромегалии были определены уровни гормонов: ИФР-1 составил 179.2 нг/мл (104-230), СТГ — 6.79 нг/мл (0.4-3.6). Однако интерпретация этих результатов усложнялась из-за наличия сопутствующей бактериальной инфекции. Также вероятность ложноположительного результата при определении уровня СТГ в ходе орального глюкозотolerантного теста была высока. По МРТ головного мозга с контрастным усилением - остаточная аденоматозная ткань. Офтальмологически данных за оптико-хиазмальный синдром получено не было. При обследовании в динамике после нивелирования воспалительного процесса отмечено повышение уровня ИФР-1 до 276 нг/мл, отсутствие подавления СТГ в ходе ОГTT, в связи с чем назначена терапия октреотидом.

Выводы. Острый воспалительный процесс может влиять на показатели биохимических маркеров акромегалии и их интерпретацию, в связи с чем пациентам показано обследование в динамике.

НЕФРОГЕННЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ РАНЕЕ НЕ ОПИСАННОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ AVPR2

Автор: Берлович Мария Сергеевна, berlovichmaria@gmail.com

Место работы: ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Соавторы: Алейникова Ю. А., Пигарова Е. А., Дзеранова Л. К.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: Работа выполнена без спонсорской поддержки

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель. Нефрогенный несахарный диабет (ННД) – это орфанное заболевание, клинически проявляющееся выраженной жаждой и экскрецией большого количества разведенной мочи. Наследственный ННД ассоциирован с мутациями в генах *AVPR2* и *AQP2*. Мы представляем вашему вниманию клинический случай ННД у пациента с мутацией гена *AVPR2* (гемизиготная мутация c.587T>C p.Phe196Ser), ранее не описанной в литературе.

Материалы и методы. Описание клинического случая.

Результаты. Пациент К., 29 лет, обратился в ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» с жалобами на жажду, полиурию до 15 литров в сутки, никтурию. Несахарный диабет (НД) был установлен пациенту в возрасте 3 лет на фоне выраженного синдрома полиурии-полидипсии и пробы с сухоедением. В последующем была инициирована терапия десмопрессином без клинического эффекта. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) данных за нарушение центральных структур головного мозга получено не было. На фоне декомпенсации ввиду отсутствия лечения НД в ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» проведена пробы с десмопрессином, по результатам которой прироста осmolальности мочи выявлено не было (62 мOsm/kg). При секвенировании гена *AVPR2*, выявлена гемизиготная транзиция, замена цитозина на тимин, в экзоне 2 в положении 587 (c.587T>C), что привело к замене аминокислоты фенилаланин (Phe) на серин (Ser) в положении 196 молекулы белка-рецептора (p.Phe196Ser). Данная мутация ранее не описана в медицинской литературе, характеризуется яркой клинической картиной. Таким образом диагноз ННД был подтвержден генетически, рекомендован приём гидрохлоротиазида в дозе 25 мг утром и вечером совместно с препаратами калия под контролем диуреза и электролитов. Через 2 недели терапии пациент отметил снижение чувства жажды, объем выделяемой жидкости значительно сократился. Однако, в связи с возникшим чувством дискомфорта, «покалывания» за грудиной, гипокалиемией, пациент самостоятельно отменил прием препаратов, после чего уровень калия в крови нормализовался и исчезли неприятные ощущения за грудиной. Симптомы ННД вернулись. Учитывая развитие гипокалиемии на фоне гидрохлоротиазида, несмотря на прием препаратов калия, в стационаре была инициирована терапия нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) без значимого клинического эффекта. Принято решение возобновить терапию гидрохлоротиазидом в уменьшенной вдвое суточной дозе (25 мг) совместно с препаратами калия. Также к терапии добавлен калийсберегающий диуретик (амилорид) в дозе 5 мг в сутки. Наблюдение за пациентом продолжается.

Выводы. ННД – редкое заболевание с социальной значимостью. Своевременная правильная диагностика позволяет не только избежать тяжелых осложнений и начать адекватное лечение, но и значительно повысить уровень жизни пациента. Настороженность врачей первичного звена при наличии синдрома полидипсии-полиурии, грамотная маршрутизация пациента и междисциплинарный подход крайне актуальны в диагностике и лечении пациентов с ННД.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Автор: Ярец Юлия Игоревна, artyut@mail.ru

Место работы: Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека

Соавторы: Ярец А.А., Бортновский В.Н.

Город: Гомельская обл.

Источник финансирования: Отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Выполнен ретроспективный анализ сывороточных концентраций витамина Д за период 2023–октябрь 2024 года с учетом сезона года и принятой интерпретации значений. Уровень витамина Д (аналит – 25(OH)Д, анализатор Architect i 2000, Abbott Laboratories, США) был определен в крови 11276 взрослых лиц в возрасте от 25 до 65 лет (женщин – 6765, мужчин – 4511). В исследование не включались лица, имеющие заболевания и патологические состояния, непосредственно приводящие к развитию недостаточности / дефицита витамина Д, и составляющие группу высокого риска.

Исследование выполняли в централизованной клинико-диагностической лаборатории ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека».

Большинство значений – 36,2% (n=4082) находились в пределах ≥ 20 и < 30 нг/мл, что соответствовало недостаточности витамина Д. С высокой частотой – 28,7% (n=3236) встречались значения 25(OH)Д, указывающие на дефицит витамина Д: от 10 до 20 нг/мл. Аналогичной была частота встречаемости целевых значений витамина от 30–60 нг/мл: 27,8% (n=3135). В 6,1% случаев (n=688) определялся выраженный дефицит витамина Д (менее 10 нг/мл). Редко обнаруживались значения витамина Д, превышающие 60 нг/мл – 1,2% (n=135). Наиболее высокими значения витамина Д были в период лета (n=4403): 26,3 (20,2; 33,2) нг/мл, наименьшими – в периоды зимы (n=2325): 20,4 (14,0; 28,0) нг/мл ($p < 0,001$). Весной (n=2233) и осенью (n=2215) значения витамина Д составили 21,1 (14,6; 29,9) нг/мл и 25,0 (18,8; 32,7) нг/мл, соответственно ($p < 0,001$). Выраженный дефицит витамина Д (менее 10,0 нг/мл) наиболее редко, в 2,3% случаев (n=101), встречался летом, наиболее часто в 11,3% (n=263) случаев – зимой ($\chi^2 = 241,8$; $p < 0,001$). Летом реже выявлялся дефицит витамина Д – в 22,1% случаев (n=971), тогда как зимой и весной частота его встречаемости составляла 36,7% (n=853) и 36,1% (n=842), соответственно ($\chi^2 = 164,9$; $p < 0,001$). Целевые уровни витамина Д (30–60 нг/мл), чаще наблюдались летом, у 32,8% обследуемых (n=1340), что можно объяснить воздействием солнца. Частота регистрации целевых значений витамина Д зимой и весной оставалась низкой – 19,5% (n=453) и 23,7% (n=552), соответственно ($\chi^2 = 93,3$; $p < 0,001$).

Таким образом, детализация распределения клинически значимых значений витамина Д в зависимости от сезона года позволяет дополнить фундаментальные знания о влиянии климатогеографических факторов на здоровье людей и будет иметь социально-гигиеническое значение для организации мероприятий, предупреждающих формирование витамин-дефицитных состояний.

НЕХВАТКА СУБСТРАТА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ АКТИВНОСТИ НО-СИНТАЗ ЗАВИСИТ ОТ УРОВНЯ ЦИТРУЛЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Автор: Жлоба Александр Анатольевич, zhlobaaa@1spbgu.ru

Место работы: ПСПбГМУ им И.П. Павлова

Соавторы: Субботина Т. Ф.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: Госзадание:«Рациональная лекарственная и биологическая противомикробная терапия инфекций, обусловленных мультирезистентными микроорганизмами у онкогематологических пациентов и реципиентов трансплантации гемопоэтических стволовых клеток»

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Пациенты с повышенным индексом массы тела (ИМТ) и артериальной гипертензией (АГ), характеризуются значительными отклонениями маркеров липидного обмена и нарушением функции почек, как фильтрационной, экскреторной, так и метаболической. Цитруллин (Цит) в организме человека, метаболизируясь в почках, обеспечивает синтез аргинина (Арг) более чем на 80 %, и обеспечивает субстратом различные NO-синтазы.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении показателя метаболической дисфункции почек Цит у пациентов с АГ в зависимости от возраста ИМТ.

Материал и методы. Наряду данными клинико-лабораторного обследования изучены показатели содержания Цит и Арг и других аминокислот у пациентов обоего пола ($n=78$, мужчин- 25, женщин- 53) с АГ, ИМТ = 28,4 (24,4-33,0) кг/м² и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) не менее 15 мл/мин/1,73 м².

Результаты. Нами показано, что в обследованной когорте пациентов наблюдается повышение содержания в крови Цит: 57,4 (43,7 - 70,1) мкМ относительно порога отсечения равного 53 мкМ, для групп обоего пола. Обнаружено, что уровень Цит отрицательно коррелировал с СКФ, ($n=78$, $R= -0,49$, $p=1x10^{-6}$). У лиц с ИМТ выше 25 кг/м² ($n=31$) и уровнем Цит 60,4 (46,6 – 69,7) мкМ эта ассоциация усиливалась: $R= -0,66$, $p=1x10^{-6}$.

По сравнению с Цит и Арг другие аминокислоты, например, аминокислота серин, не обнаружили каких-либо существенных корреляций с ИМТ. Таким образом, показатель уровня Цит у пациентов с повышенным ИМТ является критерием нарушения метаболической функции почек по поддержанию гомеостаза Арг за счет Цит.

Обсуждение. Пополнение количеств Арг за счет Цит зависит от экспрессии двух ферментов в проксиимальных канальцах почек - аргининосукиннатсинтетазы (КФ 6.3.4.5) и аргининосукиннатлиазы (КФ 4.3.2.1). Повышение же уровня Цит в кровотоке зависит от снижения активности этих энзимов и переносчика Цит в клетки главным образом путем базолатерального транспорта в клетки проксиимальных канальцев. У лиц с повышенным ИМТ эндотелиальная дисфункция может зависеть от нарушения пути превращения Цит в Арг в тканях почек, являясь межорганным метаболическим нарушением, посредством которого возникают неблагоприятные сердечно-сосудистые исходы.

ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА С ПОТРЕБНОСТЬЮ ИНСУЛИНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

Автор: Шаповалова Анна Борисовна, annashapovalova@yandex.ru

Место работы: ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Соавторы: Дмитриев А. В., Худайкулова Н. А., Фейзуллаева Л. Мушфиг кызы

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель исследования. Оценить состояние липидного обмена у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с потребностью в инсулине в зависимости от скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Материалы и методы. Обследовано 32 пациента (м-10, ж-22) с СД 2 типа на постоянной инсулинотерапии (ИТ), госпитализированных по неотложным показаниям (гипертонический криз, кетоацидоз, гипогликемия, декомпенсация сердечной недостаточности (СН) и др.). Ср. возраст - $68,9 \pm 3,38$ лет. Обследуемые разделены на две группы: группа 1 (19 чел.) - с нормальной СКФ, группа 2 (13 чел.) - с низкой СКФ (без дialisса). 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. Ожирение 1 и 2 степени (ВОЗ) – более трети больных, ожирение 3 ст. (ВОЗ) – один случай. Ср. уровень глюкозы при поступлении – $21,68 \pm 1,91$ ммоль/л, у пятой части больных – выше 30 ммоль/л. Ср. значение гликированного гемоглобина (HbA1c) – $11,3 \pm 0,91\%$. При поступлении в 43% случаев – кетоацидоз, у троих – рецидивирующая гипогликемия. Более 50% имели поздние осложнения СД (полинейропатия, микро- и макроангиопатии). Более 60% страдают гипертонической болезнью 3 стадии, у 55% – ИБС, постинфарктный кардиосклероз, у 25% – тяжелые нарушения ритма и проводимости, у 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 СКФср. – $90,74 \pm 4,05$ мл/мин/м кв. в группе 2 – $38,68 \pm 4,45$ мл/мин/м кв. (ниже 50 мл/мин/м кв. – почти у 50%) ($p_{1,2} < 0,05$). Диагноз хронической болезни почек (ХБП) 2-4 стадии ранее установлен у 54% больных со сниженной СКФ. Ср. уровни HbA1c были выше 10% в обеих группах и достоверно не различались ($p_{1,2} > 0,05$). Уровни АД в обеих группах были высокими и существенно не различались (САД₁ - $141,67 \pm 8,05$, САД₂ - $150,45 \pm 10,75$ мм рт.ст., $p_{1,2} > 0,05$). Сердечно-сосудистые события в анамнезе отмечались более чем у 50% больных. Дислипидемия при поступлении выявлена в 65% случаев. Уровни общего холестерина (общХС), ХС-ЛПНП были выше у пациентов с нормальной СКФ ($6,94 \pm 1,31$ против $4,89 \pm 0,54$ ммоль/л и $3,12 \pm 0,58$ против $2,72 \pm 0,42$ ммоль/л соответственно, $p_{1,2} > 0,05$). Уровни триглицеридов и коэффициент атерогенности (КА) были в этой группе в два раза выше ($3,83 \pm 1,04$ против $1,94 \pm 0,25$ ммоль/л и $7,0 \pm 2,06$ против $3,98 \pm 0,8$ соответственно, $p_{1,2} < 0,05$).

Выводы: 1. Тяжелое нарушение функции почек выявлено у трети пациентов со сниженной СКФ. 2. Дислипидемия выявлена у большинства больных с СД 2 типа с потребностью в инсулине. 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.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И АКТИВАЦИЯ КЛЮЧЕВОЙ РЕАКЦИИ БИОСИНТЕЗА КРЕАТИНА, ВЫЯВЛЯЕМАЯ ПО УРОВНЮ ГОМОАРГИНИНА В КРОВИ

Автор: Субботина Татьяна Федоровна, subbotina2002@mail.ru

Место работы: ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова; ФМИЦ им. В.А. Алмазова

Соавторы: Жлоба А. А.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: Исследование выполнено в рамках государственного задания МЗ РФ «Рациональная лекарственная и биологическая противомикробная терапия инфекций, обусловленных мультирезистентными микроорганизмами у онкогематологических пациентов и реципиентов трансплантации гемопоэтических стволовых клеток»

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Одним из ведущих факторов риска осложнений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является повышение индекса массы тела (ИМТ). Из метаболических факторов риска большое количество исследований посвящено гомоаргинину (гАрг), в особенности у пациентов со сниженной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ). Считается, что гАрг является дополнительным продуктом реакции, катализируемой ферментом аргинин:глицинамидотрансферазой (АГАТ, КФ 2.1.4.1), секрецируемым в кровь из почек и некоторых других органов наряду с предшественником креатина – гуанидинуксусной кислотой (ГУК). Обычно нарушение метаболических функций почек сопровождается снижением образования эндогенного креатина. Уровень гАрг в крови на фоне повышения ИМТ до настоящего времени не изучен.

Цель исследования заключалась в изучении уровня гАрг у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от ИМТ и наличия/отсутствия сахарного диабета 2 типа (СД2).

Методы. Обследовано 130 пациентов с АГ (60 мужчин и 70 женщин) в возрасте 54 (39 – 64) лет с ИМТ 27,4 (24,3- 30,7) кг/м² и СКФ 74,4 (63,1 - 88,7) мл/мин*1,73 м². Среди этих пациентов основную подгруппу (n=98) составили лица без СД2. Уровень гАрг в плазме определяли методом ВЭЖХ.

Результаты. У большинства пациентов уровень гАрг был ниже порогового диагностического уровня 1,69 мкМ и составил 1,43 (1,13 – 1,85) мкМ. Корреляция уровня гАрг с ИМТ отличалась высокой значимостью: Rs = 0,412 (p=0,00036). В подгруппе пациентов без СД2 эта корреляция была ещё более значимой: Rs = 0,453 (p=0,00028), а в подгруппе пациентов с СД2 она не обнаружена, несмотря на то, что ИМТ у них был выше (p=0,00034), а уровень гАрг при СД2 был ниже, составляя 1,30 (1,05 - 1,76) мкМ. Таким образом, активация АГАТ у пациентов с повышенным ИМТ и СД2 не наблюдалась.

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что в жировой ткани может происходить усиление экспрессии АГАТ при отсутствии перехода в состояние СД2. Это подтверждается некоторыми исследованиями жировой ткани как источника субстрата для биосинтеза креатина. Нами показано, что у лиц с повышенным ИМТ наблюдается прямая ассоциация ИМТ с уровнем гАрг.

Выводы. У пациентов с повышенным ИМТ обнаружена активация АГАТ- ключевого ферmenta биосинтеза креатина. До настоящего времени это не учитывалось при интерпретации уровня гАрг у пациентов с ожирением. Это следует учитывать при интерпретации показателя гАрг, поскольку традиционно высокий его уровень оценивается как благоприятный признак, а низкий – рассматривается в качестве фактора риска острых сердечно-сосудистых осложнений.

ГИПОНАТРИЕМИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Автор: Хагабанова Илона Сафраиловна, khagabanova2000@mail.ru

Соавторы: Хагабанова И. С., Викулова О. К., Шамхалова М. Ш., Пигарова Е. А., Мартынов С. А.

Место работы: НМИЦ Эндокринологии

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: ПРИ ПОДДЕРЖКЕ: Исследование проведено в рамках выполнения Государственного задания Минздрава РФ № 123021000038-6.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение:

Сахарный диабет 1 типа (СД1) и хроническая надпочечниковая недостаточность (ХНН) — частые компоненты аутоиммунных полигландулярных синдромов, нередко сочетающиеся друг с другом и другими иммуноопосредованными патологиями. СД1, как правило, манифестирует первым, выступая маркером системного аутоиммунного процесса, а присоединение ХНН на его фоне часто сопровождается атипичным течением, затрудняющим своевременную диагностику. Особую сложность представляют пациенты с множественными коморбидными состояниями, такими как терминальная хроническая болезнь почек (ХБП) и иммуносупрессия после трансплантации органов, которые могут маскировать или усугублять эндокринные нарушения.

В данном клиническом случае описана пациентка с СД1, ХБП в посттрансплантационном периоде (после аллотрансплантации почки), получавшая трёхкомпонентную иммуносупрессивную терапию, у которой развилась ХНН с нетипичными проявлениями: рецидивирующими гипогликемиями и выраженной гипонатриемией. Цель публикации — акцентировать внимание на сложностях диагностики надпочечниковой недостаточности у пациентов с СД1 и коморбидной иммуносупрессией, а также подчеркнуть необходимость активного скрининга аутоиммунных эндокринопатий в данной группе.

Описание клинического случая:

Пациентка 57 лет, СД1 с 10 лет (в течение 47 лет), терминальная ХБП (трансплантация почки в 2013 г.), получающая иммуносупрессивную терапия (метилпреднизолон, циклоспорин, миофеноловая кислота) поступила в стационар с жалобами на ежедневныеочные гипогликемии на фоне привычных доз инсулинотерапии, когнитивные нарушения (снижение памяти, апатия, эмоциональная лабильность). Точкой старта ухудшения общего самочувствия явилась перенесенная бактериальная кишечная инфекция с гипонатриемией (124 ммоль/л), сохраняющейся на момент госпитализации (127 ммоль/л). Лабораторно получен кортизол сыворотки, соответствующий серой зоне (317,4 нмоль/л при РИ 171-536). Назначение флудокортизона и коррекция доз гидрокортизона привели к нормализации натрия (136,5 ммоль/л) и исчезновению гипогликемий.

Обсуждение новизны и важности клинического случая:

Гипогликемии на фоне СД1 редко ассоциированы с ХНН и первоочередным является исключение переродировки инсулина. Иммуносупрессия и ХБП, в свою очередь, маскировали электролитные нарушения, так как низкие дозы глюкокортикоидов частично компенсировали дефицит кортизола. Дебютировавшей симптоматикой ХНН явились гипогликемии и когнитивный дефицит в сочетании с электролитными нарушениями. В роли триггера проявления латентной ХНН выступила кишечная инфекция, а гиповолемия, в свою очередь, усилила электролитный дисбаланс. Таким образом, стойкая гипонатриемия в сочетании с рецидивирующими гипогликемиями и снижением потребности в инсулине у пациентов с СД1 требует исключения надпочечниковой недостаточности. Данный случай подчеркивает важность мультидисциплинарного подхода и активного скрининга на ХНН при нетипичном течении диабета.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Автор: Бегун Игорь Васильевич, begun_igor@mail.ru

Место работы: ГУ РНПЦ ДОГИ

Соавторы: Солнцева А.В.

Город: Минская обл.

Источник финансирования: Нет финансирования

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель

Оценить возможности и ограничения УЗИ в диагностике новообразований эндокринных органов у детей на этапе поступления в онкологическую клинику с учетом преобладающих нозологических форм и возрастных особенностей.

Методы

В ходе ретроспективного анализа данных УЗИ у 138 пациентов в возрасте (от 0 до 18 лет) с подозрением на новообразования эндокринных органов оценены возможности дифференциальной диагностики опухолевых и опухолеподобных процессов. Общая точность УЗИ в дифференцировке новообразований и опухолеподобных процессов рассчитана как доля правильных результатов (истинно положительных и истинно отрицательных) от общего числа исследований. На основании заключительных клинических диагнозов установлены преобладающие нозологические формы для каждого органа. Оценены возможности и ограничения метода с учетом возрастных и анатомических особенностей ребенка

Полученные результаты

Щитовидная железа (n=26). УЗИ продемонстрировало высокую чувствительность в выявлении узлов (95%), однако дифференциация доброкачественных и злокачественных процессов оставалась затруднительной. Наиболее частой патологией оказался узловой зоб (54% случаев), тиреоидит (22%), реже подтверждался папиллярный рак (14%). Паращитовидные железы (n=15). УЗИ позволило выявить 74% новообразований. Наиболее характерными оказались аденоны (70%), реже наблюдалась гиперплазия (14%). Атипичное расположение оставалось существенным ограничением.

Надпочечники (n=44). Точность УЗИ в диагностике новообразований надпочечников составила 85%. Преобладающей нозологической формой стала нейробластома (62%), реже встречались феохромоцитомы (14%) и аденоны (12%). Нейробластомы превалируют у детей до 5 лет. Поджелудочная железа (n=16). Точность УЗИ в выявлении опухолевой патологии составила 80%, однако визуализация затруднялась при метеоризме или ожирении. Преобладающей формой новообразований, относящимся к функциональным нейроэндокринным опухолям, была инсулинома (50%), реже встречалась гастринома (20%). У детей новообразования поджелудочной железы имели менее выраженные клинические симптомы, что у ряда пациентов определяло патологию, как случайно выявленную во время УЗИ.

Половые железы (n=37). Точность УЗИ в диагностике новообразований половых желез достигла 90%. У девочек наиболее часто диагностировались тератомы яичников (40%) и кисты (30%), а у мальчиков — герминогенные опухоли яичек (50%) и лейдигомы (20%). У детей и подростков новообразования половых желез могут иметь различные клинические проявления.

Выводы

УЗИ является методом выбора для первичного скрининга и диагностики новообразований эндокринных органов у детей на этапе поступления в специализированный стационар. Для уточнения диагноза и планирования лечения необходимо комбинировать его с другими методами визуализации (МРТ, КТ) и гистологическим исследованием. Учет возрастных анатомических особенностей детей при интерпретации результатов УЗИ остается важным аспектом для повышения точности диагностики.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ИНСУЛЬТОМ

Автор: Прекина Валентина Ивановна, urekina@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Соавторы: Самолькина О. Г., Есина М. В.,

Город: Мордовия

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель. Изучить нарушения липидного обмена у больных сахарным диабетом (СД) и ишемическим инсультом (ИИ).

Методы исследования. Обследовано 108 больных с острым ишемическим инсультом, мужчин - 41 (39,4%) и женщин - 63 (60,6%). Основную группу (ОГ) ставили 24 пациента с СД 2 типа, средний возраст $66,7 \pm 2,3$ лет, группу контроля (ГК) – 84 больных с инсультом без СД, средний возраст $60,2 \pm 1,3$. Показатели липидов плазмы крови оценивали по результатам анализов при поступлении. Типы (фенотипы) гиперлипидемий определяли по классификации D. Fredrickson и ВОЗ, за отклонение от нормы принимали следующие значения липидов: общего холестерина (ОХС) >5 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) $>1,7$ ммоль/л, холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) $<1,2$ ммоль/л у женщин и <1 ммоль/л у мужчин, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) >3 ммоль/л. Снижение уровня ХС ЛПВП обозначали как гипо-альфа-липопротеинемию.

Полученные результаты. В общей группе дислипидемии выявлены у 85 (78,7%) больных, преобладал II тип – у 53 (49,1%), в том числе Па тип – у 42 (38,9%), IIб - у 11 (10,2%). Изолированная гипертриглицеридемия (IV тип) регистрировалась в 22 (20,4%) случаев, гипо-альфа-липопротеинемия встречалась в 32 (29%) случаев, из них в 10 (9,2) - изолированная и в 22 (20%) в сочетании с другими типами. В ОГ частота выявления дислипидемий была в 1,44 раза выше ($P < 0,05$) чем в ГК- у 21 (87,5%) и 51 (60,7%) соответственно. В ОГ несколько чаще встречались Па и изолированная гипертриглицеридемия: в 13 (54,2%) и 6 (33,3%) случаев соответственно против 29 (34,5%) и 16 (19,1%) соответственно в ГК. Средние значения некоторых показателей липидов плазмы были выше у больных ОГ: ОХС на 21,7% ($P < 0,05$) ($6,29 \pm 0,16$ против $5,17 \pm 0,21$ ммоль/л в ГК), ХС ЛПНП на 19,9% ($P < 0,05$) ($4,46 \pm 0,24$ против $3,72 \pm 0,15$ ммоль/л в ГК), ТГ на 62% ($P < 0,05$) ($1,72 \pm 0,21$ против $1,06 \pm 0,11$ ммоль/л в ГК). Межгрупповых различий уровней ХС ЛПВП не выявлено. Отмечена прямая корреляционная связь тяжести инсульта и уровня глюкозы плазмы крови ($r = 0,273$; $P < 0,05$), тяжести инсульта и уровня ХС ЛПНП ($r = 0,268$; $P < 0,05$).

Выводы. В проведенном исследовании у больных с острым ишемическим инсультом распространенность нарушений липидного обмена составила 78,7%. Чаще регистрировался II фенотип гиперлипопротеинемии. При наличии СД распространенность дислипидемий повышалась 1,44 раза и увеличивалась тяжесть гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии. Выявлена положительная корреляционная связь тяжести инсульта с уровнями глюкозы и ХС ЛПНП.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РИСКАМИ

Автор: Маркина Наталья Олеговна, nataegor25@gmail.com

Место работы: НИЛ предиабета и метаболических нарушений

Соавторы: Матвеев Г. А., Бабенко А. Ю.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: грант Министерства образования и Науки соглашение № 075-15-2022 от 20.04.2022 г.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель: изучить взаимосвязь композиционного состава тела (соотношение жировой, мышечной и костной массы) с кардиометаболическими рисками (артериальная гипертензия, дислипидемия, инсулинорезистентность, степень ожирения и др.).

Материалы и методы: В исследование были включены 107 пациентов с ожирением (26% мужчин, 74% женщин), средний возраст 39 ± 11 лет, ИМТ 36 ± 5 кг/м². Оценка метаболических параметров проводилась с помощью липидограммы, уровня глюкозы, инсулина натощак с расчетом индекса НОМА (индекса инсулиновой резистентности) и индекса НОМА В (индекс секреции инсулина), мочевой кислоты, С-реактивного белка, антропометрии с оценкой окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ). Оценка композиционного состава тела выполнялась с использованием рентгеновской денситометрии в режиме «Total body».

Результаты: Окружность талии (ОТ) продемонстрировала положительную корреляцию с массой как жировой ткани туловища ($r=0,5422$, $p<0,05$), так и мышечной ткани туловища ($r=0,4423$, $p<0,05$). Помимо этого, выявлены значимые взаимосвязи между систолическим артериальным давлением (САД) и диастолическим артериальным давлением (ДАД) с жировой массой туловища ($r=0,22$, $p=0,035$ и $r=0,33$, $p=0,001$ соответственно), а также с мышечной массой туловища ($r=0,218$, $p=0,03$ и $r=0,27$, $p=0,008$). Кроме того, обнаружены положительные ассоциации уровня глюкозы (ммоль/л) с общим процентом жировой ткани (ЖТ) туловища ($r=0,26$, $p=0,006$), общей массой ЖТ ($r=0,225$, $p=0,017$), общим процентом ЖТ ($r=0,2$, $p=0,03$) и андрогенным (висцеральным) процентом ЖТ ($r=0,26$, $p=0,006$). Гликерованный гемоглобин также показал тенденцию к положительной связи с процентом андрогенной ЖТ ($r=0,22$, $p=0,03$). Что касается липидограммы, такие показатели, как общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), а также триглицериды (ТГ), коррелировали с отношением андрогенного процента ЖТ к гиноидному ($r=0,2$, $p=0,018$; $r=0,2$, $p=0,03$; $r=0,272$, $p=0,004$; $r=0,271$, $p=0,004$ соответственно).

Выводы: Проведенное исследование выявило значимые взаимосвязи между композиционным составом тела и кардиометаболическими рисками у пациентов с ожирением. ОТ коррелирует как с объемом жировой, так и с мышечной ткани туловища, что указывает на ее ограниченную специфичность в оценке именно абдоминальной ЖТ. Артериальное давление (САД и ДАД) демонстрирует связь как с жировой, так и с мышечной массой туловища, подчеркивая отличие этих взаимосвязей от метаболических параметров, таких как глюкоза и липиды, которые преимущественно ассоциированы с жировой тканью. Уровень глюкозы и гликерированного гемоглобина взаимосвязаны как с общим содержанием ЖТ, так и, в большей степени, с содержанием андроидного жира, тогда как показатели липидограммы (ОХ, ЛПНП, ТГ) связаны, в основном, с объемом андроидного жира. Полученные данные подчеркивают важность учета не только общего количества жировой ткани, но и ее распределения, а также роли мышечной массы в оценке кардиометаболических рисков у пациентов с ожирением.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СПЯ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Автор: Шепелькевич Екатерина Андреевна, kate.shepelkevich@gmail.com

Место работы: БГМУ

Город: Минская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – хроническое метаболическое и репродуктивное заболевание, ассоциированное с сердечно-сосудистыми, гинекологическими, психологическими и онкологическими рисками. Распространенность заболевания в популяции варьируется в пределах 8-21%, что делает СПЯ самым распространенным эндокринным заболеванием у женщин репродуктивного периода.

Цель: оценить частоту встречаемости, фенотипическую принадлежность, клинико-лабораторные и коморбидные особенности у пациенток с СПЯ, наблюдавшихся в УЗ «Минский городской клинический эндокринологический центр».

Материалы и методы. Выполнено одномоментное ретроспективное исследование, включившее 147 женщин, находящихся на диспансерном наблюдении в УЗ «Минский городской клинический эндокринологический центр» с диагнозом СПЯ в течение 2024-2025 года. Объект исследования – женщины с диагнозом СПЯ. Предмет исследования – фенотипическая принадлежность, клинико-лабораторные и инструментальные данные.

Результаты и их обсуждение. Проанализированы данные 147 женщин с диагнозом СПЯ. Средний возраст пациентов составил 24,5 (22-29,25) лет. Частота встречаемости фенотипа А составила 60,54% (89), фенотипа В – 11,56% (17), С – 2,04% (3), D – 25,85% (38). Медиана ИМТ 23,06 (20,2-27,1), при этом избыточная масса тела составила 36,18% (55), из которых ожирение – 15,13% (23).

При оценке критериев постановки диагноза нарушение менструального цикла было подтверждено у 95,39% (145) женщин, возраст первой менструации – 13 (12-14) лет, максимальная задержка составила 90 (60-150) дней. Клиническая гиперандрогения установлена у 25,17% (37) пациентов, при этом гирсутизм – 7,89% (12), алопеция – 4,61% (7), акне – 11,84% (18). Повышение уровня общего тестостерона характерна для 71,53% (103), медиана – 0,59 (0,46-0,75) нг/мл. Увеличение объема яичников более 10 см³ по данным УЗИ выявлена у 77,69% (101), наличие 20 и более фолликулов – 12,21% (16). Средний объем правого яичника 12,6 (9,6-16) см³, левого яичника – 11,3 (9,13-14,52) см³.

При оценке лабораторных показателей медиана гликемии составила 4,9 (4,6-5,2) ммоль/л, при этом повышение более 6,1 ммоль/л – 5,5% (6). ПГТТ был проведен 23,16% (22) пациентам, повышение уровня гликемии зафиксировано у 13,04% (3). Средний уровень общего холестерина составил 5,21 (4,42-6,03) ммоль/л, повышение показателя у 50,6% (42) женщин. Уровень ЛПНП составил 3,1 (2,3-3,76) ммоль/л, показатель повышен у 65,96% (31). Оценка триглицеридов показала средний уровень 1,06 (0,78-1,69), повышен у 22,78% (18). Средний уровень ФСГ составил 5,66 (4,86-6,74) мМЕд/мл, ЛГ – 10,85 (7,14-15,53) мМЕд/мл, пролактина – 491 (340,1-784,95) мкМЕд/мл. Оценка уровня АМГ была проведена у 23 (15,65%) женщин, медиана составила 9,36 (5,97-11,82) нг/мл.

При оценке коморбидных состояний было установлено наличие гинекологической патологии у 32,24% (49) женщин, психологические нарушения в анамнезе были выявлены у 7,98% (12).

Выводы. Результаты проведенного одномоментного ретроспективного исследования позволили установить процентное соотношение фенотипов пациенток с СПЯ, оценить наличие нарушений углеводного и липидного обмена, наличие коморбидных состояний у женщин молодого возраста, что подтверждает клиническую значимость проведения скрининга на наличие сопутствующей патологии.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ

Автор: Жаворонок Ирина Петровна, iri8308@yandex.ru

Место работы: Институт физиологии НАН Беларусь

Соавторы: Фёдорова Е. В.

Город: Минская обл.

Страна: Беларусь

Город: Минск

Источник финансирования: Задание 4.1.1.3 «Оценка влияния обогащенной тромбоцитами плазмы, суспензии митохондрий и мезенхимальных стволовых клеток на ноцицептивную чувствительность, стимуляцию ангиогенеза и репаративные процессы в ишемизированной ткани при экспериментальной диабетической ангиопатии». Государственная программа научных исследований НАН Беларусь «Трансляционная медицина», подпрограмма «Экспериментальная медицина». Город проживания: г. Минск, Республика Беларусь

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Применение обогащённой тромбоцитами плазмы в настоящее время является одной из перспективных процедур в восстановлении тканей.

Цель исследования. Проведение экспериментальных исследований по изучению эффективности применения обогащённой тромбоцитами плазмы для регенерации экспериментальных трофических язв, ассоциированных с сахарным диабетом.

Методы исследования. Экспериментальные трофические язвы, ассоциированные с сахарным диабетом, моделировали у крыс Wistar на задней конечности путем лигирования и иссечения участка бедренной артерии с последующей инъекцией 0,1 мл 9%-й уксусной кислоты и индукцией диабета посредством внутривенного введения стрептозоцина (S0130 Streptozocin, Sigma) в дозе 45 мг/кг. Обогащенную тромбоцитами плазму получали из цельной крови путём двойного центрифугирования. Гистологическую оценку проводили на препаратах, окрашенных гематоксилином-эозином. Иммуногистохимическое исследование проводили с применением первичных антител к клеткам эндотелия капилляров CD31, к гладкомышечному α -актину α -SMA артериол, а также к рецептору сосудистого эндотелиального фактора роста 2 типа (VEGFR-2). Статистическую обработку проводили в OriginPro 9.1 и Statistica 10.0.

Результаты исследования. Применение обогащённой тромбоцитами плазмы для коррекции трофических язв, ассоциированных с сахарным диабетом, приводило к уменьшению воспалительной инфильтрации поврежденных тканей, снижению признаков ишемии мышечных волокон на фоне неоваскуляризации сосудисто-нервных пучков. Экспериментальные трофические язвы, ассоциированные с сахарным диабетом, сопровождались выраженным снижением плотности α -SMA+ сосудов и CD31+ капилляров и увеличением количества VEGFR-2+ миоцитов с мембранный локализацией маркера и эндотелиоцитов ($p=0,04$), что свидетельствует о наличии явных альтеративных процессов в тканях. После введения обогащённой тромбоцитами плазмы в зону повреждения отмечали увеличение α -SMA+ артериол, CD31+ капилляров, увеличение количества VEGFR-2+ миоцитов с цитоплазматической экспрессией маркера, а также VEGFR-2+ сосудов, что свидетельствует о наличии ангиогенного потенциала у исследуемой субстанции.

Выводы. Обогащенная тромбоцитами плазма при коррекции экспериментальных трофических язв, ассоциированных с сахарным диабетом, оказывала протекторное действие, которое выражалось в уменьшении признаков воспаления и атрофии, а также в стимуляции неоваскулогенеза.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Прекина Валентина Ивановна, urekina@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Соавторы: Самолькина О. Г., Есина М. В.

Город: Мордовия

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель. Изучить вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением.

Методы исследования. Обследовано 68 больных с АГ мужчин - 34 (50%) и женщин - 34 (50%) в возрасте 46-69 лет (средний возраст $59,24 \pm 1,17$). Основную группу (ОГ) ставили 20 больных с ожирением с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² (средний возраст - $62,30 \pm 2,51$), группу контроля (ГК) – 48 больных с нормальной массой тела (ИМТ 19,0-24,9 кг/м²) и избыточным питанием (ИМТ 25–29,9 кг/м²) (средний возраст $56,22 \pm 2,12$). Критерий исключения: фибрилляция предсердий, прием антиаритмических препаратов. Холтеровское мониторирование проводилось с использованием системы «МИОКАРД-ХОЛТЕР» в течение 24 часов. Оценивали среднесуточную, минимальную, максимальную частоту сердечных сокращений (ЧСС), временные показатели ВСР (SDNN, SDNNi, SDANNi, rMSSD, PNN50). Автоматический анализ интегрального заключения ВСР проводился методом «анализа коротких участков», разработанным Г.В. Рябыкиной и А.В. Соболевым. Циркадный индекс (ЦИ) рассчитывали, как отношение средней дневной частоты сердечных сокращений (ЧСС) к средней ночной ЧСС. За нормальный циркадный профиль ритма ЧСС принимали ЦИ 1,24-1,44; за ригидный – ЦИ <1,2 и за сниженный – ЦИ 1,2-1,23.

Полученные результаты. Минимальная, и среднесуточная ЧСС у больных ОГ были выше, чем в ГК и составили соответственно $61,51 \pm 1,73$ против $52,62 \pm 2,34$ ($P < 0,05$), $79,51 \pm 1,27$ против $69,31 \pm 2,13$ ($P < 0,05$). Различий по максимальной ЧСС не выявлено. Были снижены временные показатели больных ОГ такие, как SDNN – $104,01 \pm 8,02$ против $127,67 \pm 4,81$ мс ($P < 0,05$), SDNNi – $40,50 \pm 2,60$ против $52,30 \pm 3,05$ ($P < 0,05$). Другие временные показатели ВСР существенно не отличались от таковых ГК. При оценке ВСР методом «анализа коротких участков» количество пациентов с нормальной ВСР в ОГ было меньше чем в ГК в 3,13 раза ($P < 0,05$) и составило 4 (20%) против 30 (62,5%) в ГК. Количество больных с умеренно сниженной и резко сниженной ВСР в ОГ было больше и составило соответственно в 10 (50%) и 6 (30%), а в ГК – 11 (22,9%) и 7 (14,6%) случаев. ЦИ ЧСС в ОГ был ниже и составил 1,14 против 1,19 в ГК ($P < 0,05$). Количество больных с ригидным ЦИ в ОГ было больше – 11 (55%) против 10 (20,8%) в ГК ($P < 0,05$). Циркадная изменчивость параметров сердечного ритма является оригинальным проявлением ВСР и отражает функциональные резервы сердечно-сосудистой системы при адаптации к суточному циклу свободной активности. Указанные изменения могут отражать снижение адаптационных механизмов организма при ожирении.

Выводы. По результатам исследования выявлено снижение ВСР и циркадного профиля ЧСС у больных с АГ и ожирением в сравнении с пациентами без ожирения. Возможным механизмом выявленных нарушений может быть вегетативная дисфункция с преобладанием симпатического звена регуляции. Можно предположить, что при оценке ВСР более чувствительными временными показателями являются SDNN, SDNNi, а также оценка ВСР методом «анализа коротких участков».

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОБРАЩАЕМОСТИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Автор: Лобашова Вероника Львовна, slavyjanochk@yahoo.com

Место работы: ГУ РЦМРИБ

Соавторы: Никитчина Н. С., Дыдышко Ю. В.

Город: Минская обл.

Источник финансирования: отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность. По данным ВОЗ, сахарным диабетом (СД) страдает каждый 500-й ребенок и каждый 200-й подросток. При этом в ближайшие годы прогнозируется увеличение заболеваемости СД среди детей и подростков на 70%. Учитывая широкое распространение, тенденцию к «омоложению» патологии, бессимптомное течение на доклинической стадии и тяжесть осложнений, проблема гипергликемии и СД диабета у детей требует междисциплинарного подхода.

Цель: оценить встречаемость параметры гликемии в разных возрастных группах детей при проведение гематологического исследования по направлениям врачей различных специальностей.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов до 18 лет, обратившихся для выполнения гематологического исследования в Городскую поликлинику №1 г. Пинска в течение 2024 года. Данное учреждение здравоохранения (УЗ) оказывает медицинскую помощь взрослым и работает в составе УЗ «Пинская центральная поликлиника». Уровни гликированного гемоглобина (HbA1c) от 4 до 5,7 % и гликемии натощак (ГН) 3,9 – 5,5 ммоль/л учитывались как соответствующие норме, гипергликемия – HbA1c в пределах от 5,7 до 6,5%, ГН 5,6 – 6,0 ммоль/л.

Результаты и их обсуждение. В течение 2024 года гематологическое исследование было выполнено у 2147 детей, из которых большинство составили подростки в возрасте с 14 до 18 лет 40,4% (n=867) и младшие школьники с 6 до 10 лет – 25,1 % (n=538). Также были дети раннего возраста - до 3 лет (0,8%, n=17, среди которых 3 грудничка), дошкольники с 3 до 6 лет (19,3%, n=415) и школьники с 10 до 14 лет (14,4%, n=310). Повседневное большинство составили дети города - 96,2% (n=20265), дети из сельской местности только 3,8% (n=82). Преобладали мальчики - 51,7% детей (n=1111), девочек – 48,3% (n=1036). Только в 13 случаях (0,6%) дети направлялись врачами общей практики, в 99,4% назначения были сделаны педиатрами.

Гликемия натощак была определена в 90,7% случаев (n=1947), среднее значение составило $4,47 \pm 0,42$ ммоль/л, HbA1c исследован у 8% детей (n=172). При этом среди детей сельской местности HbA1c выполнен у 41,5% (n=34) направленных детей, ГН у 51,2% (n=42), среди горожан HbA1c был исследован у 6,7% направленных (n=138), ГН у 92,3% (n=1905). В 84,2% (n=1785) значения ГН и HbA1c были в референтных значениях нормы, гипергликемия отмечена у 1,0% (n=21), параметры соответствовали СД у 5,1% (n=109). В 9,6% (n=204) отмечены значения ГН ниже нормы референса с долей 28,6% у детей раннего возраста, 21,1% с 3 до 6 лет и 10,2% с 6 до 10 лет. Статистически значимо реже в возрасте с 14 до 18 лет выявлены низкие значения ГН – 4,9% (n=42, $\chi^2=15,40$, p=0,001).

Выводы. Выявлены доли лиц со значениями тощакой гликемии ниже нормы референса с достоверными преобладанием среди детей младшего возраста по сравнению с подростками $\chi^2=15,40$, p=0,001). Установлены различия по направлениям на исследование HbA1c с преобладанием назначений детям в сельской местности ($\chi^2=1620,56$, p<0,001).

ВЛИЯНИЕ НИЗКОУГЛЕВОДНОЙ И СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ДИЕТЫ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С СПКЯ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Автор: Васюкова Елена Андреевна, elenavasukova2@gmail.com

Место работы: ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Соавторы: Зайкова Е. К., Калинина О. В., Горелова И. В., Пьянова И. В., Богатырева Е. В.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: государственное задание № 25, регистрационный номер 121031100288-5

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение: Синдром поликистозных яичников (СПКЯ)- распространенное эндокринное заболевание у женщин репродуктивного возраста, характеризующееся нарушением менструального цикла, ановуляцией и метаболическими изменениями. Коррекция образа жизни, включающая диетотерапию, является основным подходом в лечении СПКЯ. Низкоуглеводная и средиземноморская диеты демонстрируют потенциал в улучшении метаболических и репродуктивных показателей у женщин с СПКЯ, однако недостаток рандомизированных исследований, сравнивающих их влияние на восстановление овуляции, подчеркивает необходимость дальнейших исследований в этой области.

Цель: Целью исследования было сравнить влияние низкоуглеводной и средиземноморской диеты на восстановление овуляции у женщин с СПКЯ.

Материалы и методы: В исследование были включены 86 пациенток с СПКЯ. Диагноз СПКЯ устанавливали в соответствии с критериями, пересмотренными Роттердамским консенсусом в 2003 г. Все пациентки были рандомизированы на две группы: группе 1 рекомендовалось соблюдение низкоуглеводной диеты ($N=44$), группе 2 - средиземноморской диеты ($N=42$). Оценка овуляции проводилась через 3 месяца соблюдения диеты при помощи мониторинга фолликулогенеза ультразвуковым методом с использованием трансвагинального датчика мощностью 8 МГц. Овуляция подтверждалась либо при полном исчезновении ранее обнаруженного доминантного фолликула, либо превращением его в желтое тело. Также характерным признаком овуляции являлось появление небольшого количества жидкости в дугласовом пространстве.

Результаты: Анализ динамики восстановления овуляции проводился в подгруппах женщин с исходным отсутствием овуляции на момент включения в исследование. В группе 1, где применялась низкоуглеводная диета, из 41 женщины с ановуляцией восстановление овуляции было зафиксировано у 9 пациенток, что составило 22 % от общей численности данной подгруппы. В группе 2, где использовалась средиземноморская диета, из 34 женщин с исходным отсутствием овуляции восстановление было отмечено у 16 пациенток, что соответствует 47 % от исходной подгруппы. Сравнительный анализ показал, что средиземноморская диета статистически значимо превосходила низкоуглеводную по эффективности в восстановлении овуляции ($p=0,028$).

Выводы: Средиземноморская диета обладает более выраженным положительным влиянием на восстановление овуляции у женщин с СПКЯ по сравнению с низкоуглеводной диетой.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Автор: Еникеева Софья Рустэмовна, enikeevasofi@gmail.com

Место работы: ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ

Соавторы: Шаповалова А. Э., Колодкина А. А., Нагаева Е. В., Викулова О. К., Безлепкина О. Б.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель. Оценить структуру и демографические показатели преждевременного полового развития (ППР) у детей по данным Эндокарты «Преждевременное половое развитие» ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» (ЭНЦ).

Введение. ППР встречается с частотой 1:5000-1:10000 по данным зарубежной литературы, в 10-25 раз чаще среди девочек. ППР может быть обусловлено органическими и генетическими причинами, в большинстве случаев установить этиологию ППР не удается (идиопатическое ППР). Крупные исследования этиологической структуры ППР, возраста манифестиации заболевания по данным отечественной литературы отсутствуют, что определяет актуальность исследования.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась деперсонифицированная база данных Эндокарт «Преждевременное половое развитие» медицинской информационной системы ЭНЦ, выгрузка от 31.12.2024. В анализ включены пациенты, находившиеся на обследовании в институте детской эндокринологии ЭНЦ с установленным диагнозом гонадотропинзависимого ППР за период 2012-2024 гг. Описательная статистика количественных признаков представлена медианами с расчетом 1-го и 3-го квартиля. Для сравнения двух независимых групп использован критерий Манна-Уитни, нулевая гипотеза отклонялась при $p<0.05$.

Результаты. Анализ включил 447 пациентов из 73 регионов Российской Федерации (РФ), из них мужского пола 74 человека (16.5%), женского – 373 (83.5%), соотношение 1:5. Хронологический возраст установления диагноза (далее – возраст) в общей группе составил 7.0 лет [5.0; 7.0], у девочек 7.0 лет [6.0; 7.0], у мальчиков 6.0 лет [4.0; 8.0], $p=0.946$. В структуре причин ППР выделены 4 группы: 1) идиопатическое ППР ($N=288$, 64.4%, возраст 7.0 лет [6.0; 8.0]), 2) ППР вследствие органического поражения ЦНС и последствий его лечения ($N=121$, 27%, возраст 6.0 лет [4.0; 8.0]), 3) наследственно-обусловленное ППР ($N=17$, 3.8%, возраст 6.0 лет [1.8; 7.0]), 4) ППР вследствие других причин ($N=21$, 4.6%, возраст 6.8 лет [5.0; 7.0]). Различие групп по возрасту статистически не значимы, $p=0.678$. Наследственные причины ППР включали синдром Темпла, вариантные замены генов, ассоциированных с нейроэндокринными механизмами работы гипotalамо-гипофизарно-гонадной оси – *MKRN3*, *KISS1R*, *NPFFR1*, *NR3C1*, *TRPS1*, *TSC2*, *MAPK8IP3*. Среди других причин развития ППР, указанных у 13 пациентов, значились: длительная декомпенсация врожденной дисфункции коры надпочечников (7 пациентов, 53.8%), образования надпочечников ($N=2$, 15.4%), образования яичек (Лейдигома, $N=2$, 15.4%), ХГЧ-секретирующие образования яичников ($N=1$, 7.7%), последствия тяжелой черепно-мозговой травмы ($N=1$, 7.7%).

Выводы. Современные методы диагностики, в том числе генетические, способствуют установлению точной причины заболевания. Преобладание идиопатического ППР по нашим данным (64,4%) требует проведения дальнейших исследований.

Ключевые слова: *преждевременное половое развитие, дети, идиопатическое преждевременное половое развитие, наследственные формы, опухоли ЦНС*

ЭЛЕКТРОНОМИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ ЭПИФИЗОВ КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ.

Автор: Лисовиченко Екатерина Витальевна, lis.432303@gmail.com

Место работы: ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

Соавторы: Парамонова Н. М., Гузеев М. А.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Эпифиз — это нейроэндокринный орган, который секретирует несколько важных гормонов, но главным образом гормон мелатонин.

Основной функцией мелатонина является регуляция циркадных ритмов, оказывающая влияние на работу вегетативной сердечно-сосудистой и гипоталамо-гипофизарно-гонадной систем. Кроме этого, он является антиоксидантом с широким спектром активности, адаптогеном, антидепрессантом, геропротектором. Имеются данные о действии мелатонина, подавляющем рост опухолей. Учитывая роль мелатонина в различных процессах жизнедеятельности в норме и при различных патологических состояниях, интерес вызывает изучение особенностей постнатального развития эпифиза и становление его в ряду органов эндокринной системы.

С целью исследования динамики ультраструктурного развития эпифиза с 1 по 14 день новорожденности крыс использовали метод трансмиссионной электронной микроскопии. После декапитации выделенные эпифизы фиксировали сложной смесью глутарового и параформальдегида, приготовленной на 0,1M какодилатном буфере. После дополнительной фиксации 1% четырехокиси осмия, материал дегидратировали этиловым спиртом и ацетоном (с контрастированием 3% уранилацетатом). Заливали смесью аралдитов. Ультратонкие срезы толщиной в 50нм изготавливали с помощью ультратома Leica EM UC7 (Германия). Срезы изучали и фотографировали на трансмиссионном электронном микроскопе Hitachi7800 (Япония), предоставленном ЦДТИ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».

У крыс первых суток жизни в паренхиме эпифиза наблюдали преобладание недифференцированных клеток — пинеалобластов. Ультраструктура межклеточных капилляров также отражала незрелость органа. Процесс развития эпифиза отмечали по морфологическому изменению органелл основной массы клеток, по изменению характера их межклеточных контактов. С возрастом животных наблюдали начало дифференциации клеток и, по-видимому, проявление процессов инволюции некоторых межмембранных коммуникаций. Согласно результатам наших исследований дифференциация пинеалобластов и превращение в зрелые пинеалоциты начинается достаточно рано. На ранних сроках в этих клетках в больших количествах появляется эндоплазматический ретикулум и митохондрии, что свидетельствует о высокой синтетической активности в раннем постнатальном периоде. Обнаружение нами не описанных ранее структур в составе незрелой эпифизарной паренхимы, требует дальнейших, более детальных исследований, включая морфометрический анализ, и, возможно, дополнительных методологических подходов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЭН СИНДРОМА: СОЧЕТАНИЯ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА И ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Автор: Будул Наталья Александровна, budulroma@yandex.ru

Место работы: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владими爾ского

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение: Синдром Иценко-Кушина крайне редко встречается в сочетании с первичным гиперпаратиреозом. Большинство случаев МЭН синдрома обусловлено аденомами околощитовидных желез, гипофиза и энтеропанкреатическими опухолями.

Цель: представление и анализ клинического случая синдрома Иценко-Кушина (СИК) в сочетании с первичным гиперпаратиреозом (ПГПТ).

Материалы и методы: клинический случай описан на основании жалоб, анамнеза, лабораторно-инструментальных данных.

Результаты и обсуждение: пациентка А. 69 лет, в 2024г обратилась в КДЦ МОНИКИ к эндокринологу с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника. Из анамнеза известно, что с 2014 года пациентка наблюдалась по поводу сахарного диабета 2 типа, принимает метоформин 2000 мг в сутки. Также, в 2020г при обследовании в связи с болями в спине по данным МРТ ОБП и забрюшинного пространства выявлено образование левого надпочечника размерами 2,2x2,5x2,6 см. При дальнейшем дообследовании у эндокринолога выявлено снижение концентрации АКТГ до 1,4 пг/мл (7,2-63,6), ренин, альдостерон в крови и катехоламины в суточной моче (метанефрин, норметанефрин) были в пределах референсных интервалов, свободный кортизол в суточной моче – 214 мкг/сут (4,3 - 176), кортизол в слюне (в 23:00) – 6,35 нг/мл (менее 2,28), кортизол в ходе МДП1 – 529 нмоль/л, калий – 4,2 ммоль/л. Из анамнеза известно, что повышение уровня ПТГ было отмечено еще в 2016 году. При обращении отмечались повышенные концентрации ПТГ 9,49 пмоль/л (1,7-6,4), альбумин-скорректированного кальция 2,64 ммоль/л (2,1-2,55), уровень кальция ионизированного составлял 1,31 ммоль/л (1,12-1,3), витамина D 46,3 нг/мл, креатинина 83 мкмоль/л, СКФ ЕРI 62 мл/мин/1,73м², фосфора 0,7 ммоль/л (0,8-1,45), щелочной фосфатазы 60 ед/л (30-120), кальция в суточной моче 6,9 ммоль/сут (2,50-7,50). Была проведена проба с альфа-калльцидолом, по результатам которой диагностирован ПГПТ. В ходе амбулаторного дообследования по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявлена клиновидная деформация тела L1 позвонка, по данным рентгеновской денситометрии значения Т-критерия составили -1,2 SD в позвоночнике, -1,9 SD в шейке бедренной кости, -1,8 SD в проксимальном отделе бедра, -4,0 SD в 1/3 лучевой кости. По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) выявлена гиперплазия правой околощитовидной железы (ОЩЖ), по данным сцинтиграфии – образование правой ОЩЖ.

Учитывая наличие гормонально-активных образований двух эндокринных желёз, клинически был установлен диагноз МЭН синдрома. В связи с выявленным при обследовании высоким хирургическим риском была рекомендована консервативная тактика ведения.

Выводы: описан редкий клинический случай: сочетания ПГПТ и синдрома Иценко-Кушина. Клинический случай демонстрирует позднюю диагностику, которая привела к развитию осложнений. Ранняя диагностика МЭН синдрома позволяет проводить своевременное лечение, что улучшает прогноз заболевания.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, синдром Иценко-Кушина, МЭН синдром.

АХОНДРОПЛАЗИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ. ОПЫТ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Автор: Воронцова Инна Геннадьевна, vorontsova-inna@mail.ru

Место работы: РДКБ

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: нет

Петряйкина Е.Е.^{1,2,3}; Воронцова И.Г.^{1,3}

¹Российская детская клиническая больница – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России; ²ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»;

³Кафедра эндокринологии Института охраны материнства и детства ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель исследования:

Оценка проводимой патогенетической терапии за период с 2022–2024гг., у детей в возрасте от 2 до 14 лет, с диагнозом ахондроплазия.

Ведение: Ахондроплазия Q 77.4 МКБ-10 - скелетная дисплазия, наиболее распространенная форма хондродисплазии, является аутосомно – доминантным заболеванием, с характерной мутацией p. G380R. В 80% случаев мутация de novo. Распространенность: 1:16670 – 1:27780 новорожденных (2008г). Причина: гетерозиготная активирующая мутация рецептора фактора роста фибробластов 3-го типа (FGFR3). Диагноз устанавливается на основании характерных клинических и рентгенологических данных исследований, но самым достоверным является молекулярно-генетическое исследование.

Материалы и методы: Проанализированы результаты патогенетической терапии за период с 2022 - 2024гг., у детей в количестве 84 человек в возрасте от 2 до 14 лет, проживающих в регионах Российской Федерации. Анализ антропометрических данных проводился на момент очного приёма, а также по представленной медицинской документации в рамках системы ТМК Минздрава РФ.

Результаты:

Под наблюдением находилось 84 пациента, которые получают патогенетическую терапию восоритидом в дозе 15мкг/кг массы тела, в виде ежедневных подкожных инъекций в течение 2 лет. При старте терапии все пациенты имели выраженную задержку роста, так у девочек SDS роста: - 4,32, у мальчиков SDS роста: - 4,06. На фоне терапии продолжительностью два года отмечается положительная динамика SDS роста девочек: - 3,84, SDS роста мальчиков: - 3,5. ($p<0.0005$). При этом скорость роста как у девочек, так и у мальчиков за второй год терапии статистически значимо нарастает относительно первого года, так за первый год терапии скорость роста - 4,95 см/год; за второй год терапии скорость роста - 5,5 см/год ($p = 0,048$). При оценке SDS ИМТ, за второй год терапии, отмечается планомерное уменьшение показателя SDS ИМТ, при этом темпы были одинаковы ($p = 0,982$). Прирост костного возраста за второй год оказался статистически значимо меньше ($p<0,0005$).

Выводы:

По результатам 2-летней патогенетической терапии восоритидом получен положительный ростовой эффект от лечения. Рассчитанные по критерию Уилкоксона различия SDS роста достоверны ($p<0.0005$). Показано, что данная тенденция характерна при более низких стартовых SDS роста и может свидетельствовать, о наличие точки «оптимального стартового SDS роста» около (-3).

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ДАПАГЛИФОЗИНА У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Автор: Евтушенко Александра Андреевна, wizard0595@bk.ru

Место работы: Цгкб№1

Соавторы: Михайличенко Е. С., Приколота А. В., Котова К. А., Багрий А. Э.

Город: Донецкая Народная Республика

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность: Пациенты с сахарным диабетом (СД) 2 типа на 1/3 чаще страдают от фибрилляции предсердий (ФП), чем пациенты без СД в анамнезе. Ингибиторам натрий-глюкозного ко-транспортера-2 (ИНГК-2) отводится большая роль в лечении больных с СД 2 типа, расширяются показания к применению, однако комбинация СД 2 типа и ФП у пациентов требуют тщательного подбора терапии и определения места для ИНГК-2.

Цель оценка влияния дапаглифлозина на частоту пароксизмов ФП у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы: Сравнительное исследование проводилось у 68 больных с СД 2 типа с пароксизмальной формой ФП, возрастом 42-78 лет, стратегией было восстановление и удержание синусового ритма. Пациенты рандомизированы на 2 группы: 37 человек (1-я группа) получали комбинацию метформина (1000 мг/сутки), и дапаглифлозина (10 мг 1р/сутки), а 31 человек из 2-й группы - метформин (1000 мг/сутки), и препараты сульфанилмочевины (глиметирид 1 мг/сутки; гликлазид 30 мг/сутки). Продолжительность наблюдения $11,4 \pm 5,9$ месяцев. У всех больных оценивали жалобы и анамнез, обследовали объективно, измеряли уровни артериального давления (АД), проводили стандартные клинические и биохимические исследования. Выполнялась электрокардиография, эхокардиография. Статистическую обработку выполняли с использованием лицензионного пакета Statistica for Windows release 4,3 (StatSoft, Inc.1993) с применением модуля «Basic statistics and tables».

Результаты: дапаглифлозин благоприятно влиял на факторы, способствующие восстановлению и удержанию синусового ритма: снижение индекса массы тела (ИМТ), АД и уровней гликированного гемоглобина (HbA1C), увеличению фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), а также уменьшению индекса объема левого предсердия (ЛП). Выраженный благоприятный эффект наблюдался у пациентов 1-ой группы: случаи рецидивов ФП оказалось статистически значимо реже (8 случаев (21,6%) против 15 – (48,4%), $p < 0,05$), благоприятная динамика размера ЛП (Δ индекса объема ЛП $-9,7 \pm 2,1$ мл/м², и $-4,3 \pm 1,4$ мл/м² соответственно, $p < 0,01$); В ходе наблюдения отмечено достоверное снижение уровня HbA1C в 1-ой группе на $1,05 \pm 0,25\%$, во 2-ой группе - $0,62 \pm 0,18\%$ от исходного, статистической значимости не достигло, различия между группами по Δ этого показателя были достоверным ($p < 0,01$); снижение уровней АД $-8,3 \pm 2,4/4,1 \pm 0,7$ мм рт.ст. и $-4,7 \pm 0,3/1,5 \pm 0,2$ мм рт.ст., соответственно, ($p < 0,01$). В процессе наблюдения в обеих группах отмечено увеличение уровня ФВ на $5,82 \pm 1,13\%$ и $3,17 \pm 0,49\%$ соответственно, однако достоверность достигнута только в 1 группе ($p < 0,05$); различия между группами также оказались статистически значимыми ($p < 0,01$).

Выводы: Дапаглифлозин у больных с СД 2 типа и пароксизмальной ФП демонстрирует хороший профиль безопасности и переносимости, достоверно снижает частоту пароксизмов ФП, ассоциируется с уменьшением размера ЛП и увеличению ФВ ЛЖ, способствует улучшению контроля гликемии, снижению АД, ИМТ, независимо от исходных уровней HbA1C, ФВ ЛЖ, ИМТ, наличия ХСН и ее функционального класса.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ ГЛЮКАГОНО-ПОДОБНОГО ПЕПТИДА 1 У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Сабельникова Яна Сергеевна, yana.sabelnikova@ro.ru

Место работы: ФНМФО ВО ДонГМУ им.М.Горького Минздрава России

Город: Донецкая Народная Республика (ДНР)

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Сочетание сахарного диабета (СД) 2 типа и ожирения нередко отмечается у одного и того же человека, является важной коморбидной проблемой современной медицины. Наличие этих двух состояний значительно ухудшает прогноз, взаимно отягощает течение каждого из них.

Цель исследования. У больных, имеющих СД 2 типа в сочетании с избыточной массой тела или ожирением, оценить предварительные результаты применения агонистов рецепторов глюкагено-подобного пептида-1 (ГПП-1).

Материалы и методы. В проспективное клиническое исследование были включены 12 человек (7 женщин и 5 мужчин, средний возраст $66,4 \pm 12,2$ лет), имеющих СД 2 типа в сочетании с избыточной массой тела или ожирением. Средняя давность СД была 7 лет. В дополнение к адекватной физической нагрузке и диетотерапии всем пациентам был назначен агонист рецепторов ГПП-1 семаглутид в дозе $0,25\text{--}1,0$ мг подкожно 1 раз в неделю. В 7 случаях препарат использовался в комбинации с метформином, в 5 – в комбинации с препаратами и аналогами инсулина. Период наблюдения составил 3 месяца. В течение времени наблюдения всем пациентам производили биохимические исследования: глюкозу крови, гликированный гемоглобин (HbA1c), общий холестерин (OХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), проводили измерение окружности талии (OT), индекса массы тела (ИМТ), систолического артериального давления (САД). Статистическая обработка выполнялась в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. Применение агонистов рецепторов ГПП-1 переносилось удовлетворительно, ни в одном из случаев не возникло необходимости в их отмене. Уровни глюкозы крови в среднем снизились с $10,3 \pm 2,8$ ммоль/л до $8,4 \pm 2,1$ ммоль/л, HbA1c с $7,8 \pm 1,8$ % до $6,2 \pm 2$ %, снижение уровней OХС и ЛПНП – с $8,3 \pm 2,2$ ммоль/л до $4,5 \pm 1,5$ ммоль/л и $4,2 \pm 1,9$ ммоль/л до $3,8 \pm 1,3$ ммоль/л, уменьшение OT составило с $116,2 \pm 4,5$ см до $112,8 \pm 3,7$ см, изменение ИМТ составило с $36,9 \pm 1,14$ кг/м² до $34,1 \pm 0,97$ м², уровни САД снизились с $145,3 \pm 18,1$ мм рт.ст. до $136,3 \pm 12,6$ мм рт.ст. Различия показателя (разница между конечным и начальным значениями) для всех этих показателей между разными периодами исследования были достоверны, $p < 0,05$.

Выводы. У исследуемой категории пациентов переносимость представленного режима дозирования агонистов рецепторов ГПП-1 была удовлетворительной. Отмечалось благоприятное влияние на общее состояние пациентов, а также на исследуемые биохимические показатели крови, уровни АД, ОТ и ИМТ.

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА, ОКРУЖНОСТЬ ТАЛИИ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ: ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Бекезин Владимир Владимирович, smolenskbvv@yandex.ru

Место работы: Смоленский государственный медицинский университет

Соавторы: Козлова Е.Ю., Козлова Л.В., Волкова Е.А., Пересецкая О.В., Демина Е.Г.

Город: Смоленская обл.

Источник финансирования: собственные средства университета

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Изменения обменных процессов и окислительного метаболизма на фоне избытка жировой ткани в детском возрасте могут служить ранними маркерами метаболических рисков (нарушение липидного и углеводного обменов) в последующие возрастные периоды.

Цель: провести множественный корреляционный анализ (r) у школьников между антропометрическими параметрами и показателями окислительного метаболизма с целью уточнения их взаимосвязей и роли в патогенетических механизмах на фоне избытка жировой массы.

Материалы и методы. Комплексное обследование школьников проводилось в Центре здоровья детей ОГБУЗ ДКБ г. Смоленска в рамках профилактических осмотров. Методом случайной выборки в исследование были включены 64 школьника (11-15 лет) с индексом массы тела (ИМТ, кг/м²) более + 2 SDS ИМТ с учетом возраста и пола. Обследование школьников включало антропометрию (вес, рост, ИМТ (кг/м²), окружность талии (ОТ, см)); лазерную допплеровскую флюметрию (ЛДФ) и лазерную флуоресцентную спектроскопию (ЛФС) кожи в области предплечья на анализаторе «Лазма ПФ» (Россия). Оценивали относительную амплитуду флуоресценции никотинамиддинуклеотида (Анадн (A460/A365), усл. ед.), учитывающую оптические особенности ткани области исследования; а также показатель окислительного метаболизма (ПОМ, усл. ед.), связывающий нутритивную составляющую перфузии крови (Мнутр.) и амплитуду флуоресценции кофермента НАДН (Анадн). Исследования проводили в одинаковых условиях в течение 4 минут в области правого предплечья.

Результаты. Выявлена слабая прямая корреляционная связь между ИМТ и ОТ, с одной стороны, и базовыми параметрами окислительного метаболизма (А 365, А 460, ПОМ) - с другой. При этом более тесная корреляционная связь регистрировалась между ИМТ и А 365/ А 460 (0,367/0,282; $p<0,05$), по сравнению с коэффициентом корреляции (r) между ОТ и А 365/ А 460 (0,215/ 0,252; $p<0,05$). ИМТ, характеризующий в целом состояние нутритивного статуса, оказывает более сильное влияние, чем окружность талии (характеризует накопление абдоминальной жировой ткани), на состояние окислительного метаболизма у детей с ожирением и его увеличение способствует повышению базовых параметров окислительного метаболизма, что можно рассматривать как компенсаторный механизм (в том числе, играющий определенную роль в поддержании хронического воспаления при избытке жировой массы). При этом отрицательная корреляционная связь была выявлена между ИМТ и параметром окислительного метаболизма Анадн (A460/A365) – относительной амплитудой флуоресценции никотинамиддинуклеотида (НАДН), учитывающей оптические особенности ткани области исследований (- 0,359, $p<0,05$; между ОТ и Анадн корреляционная связь не регистрировалась). Различий в силе корреляционных связей между ИМТ и ОТ, с одной стороны и показателем окислительного метаболизма (ПОМ – интегральный показатель, учитывающий состояние окислительного метаболизма и миокроциркуляции) – с другой, выявлено не было (0,300 и 0,307 соответственно, $p<0,05$).

Заключение. Таким образом, проведенный корреляционный анализ выявил влияние на состояние параметров окислительного метаболизма у детей с ожирением окружности талии и индекса массы тела. Увеличение показателя окислительного метаболизма на фоне избытка жировой массы тела может быть обусловлено, в том числе, развитием персистирующего хронического воспаления - одного из ведущих механизмов поддержания как ожирения, так и кардиоваскулярных и метаболических рисков.

ДИСПЕРСИОННОЕ КАРТИРОВАНИЕ ЭКГ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ: ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Бекезин Владимир Владимирович, smolenskbvv@yandex.ru

Место работы: Смоленский государственный медицинский университет

Соавторы: Козлова Е.Ю., Козлова Л.В., Волкова Е.А., Цветная И.Н., Демина Е.Г.

Город: Смоленская обл.

Источник финансирования: собственные средства университета

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Изучение взаимных влияний электрофизиологического состояния сердца и параметров окислительного метаболизма в организме на фоне избытка жировой массы позволяет выявить патогенетические механизмы метаболических рисков и определить подходы к их коррекции.

Цель: изучить особенности корреляционных взаимоотношений между параметрами дисперсионного картирования ЭКГ и базовыми показателями окислительного метаболизма у детей с ожирением.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 126 детей школьного возраста в Центре здоровья детей ОГБУЗ ДКБ г. Смоленска в рамках профилактических осмотров. Методом случайной выборки в исследование были включены 45 школьников (10-15 лет) с индексом массы тела (ИМТ, кг/м²) в пределах $\geq +2$ SDS ИМТ с учетом возраста и пола. Комплексное обследование школьников включало антропометрию (вес, рост, ИМТ (кг/м²), окружность талии (ОТ, см)), а также лазерную допплеровскую флюметрию и лазерную флуоресцентную спектроскопию кожи в области предплечья на анализаторе «ЛАЗМА ПФ» (Россия). Оценивали относительную амплитуду флуоресценции никотинамидадениндинуклеотида ($A_{надн}$ (A460/A365), усл. ед.), учитывающую оптические особенности ткани области исследования; а также показатель окислительного метаболизма (ПОМ, усл. ед.), связывающий нутритивную составляющую перфузии крови ($M_{нутр}$) и амплитуду флуоресценции кофермента НАДН ($A_{надн}$). Исследования проводили в одинаковых условиях в течение 4 минут в области правого предплечья. По данным дисперсионного картирования ЭКГ («КардиоВизор-Обс» (Россия)) определяли индекс «Миокард» (%) и индекс «Ритм» (%).

Результаты. Выявлена корреляционная связь между ИМТ и ОТ, а также параметрами окислительного метаболизма, с одной стороны, и параметрами дисперсионного ЭКГ картирования (индекс «Ритм», индекс «Миокард») – с другой. При этом более тесная корреляционная связь регистрировалась между ИМТ и индекс «Ритм»/ индекс «Миокард» (0,292/0,361; $p<0,05$) по сравнению с коэффициентом корреляции (r) между ОТ и параметрами дисперсионного картирования ЭКГ (0,218/-; $p<0,05$). Множественные достоверные ($p<0,05$) корреляционные связи выявлялись только между индексом «Ритм» и показателями окислительного метаболизма: A365 ($r=0,351$), Анадн ($r= -0,221$) и ПОМ ($r=0,334$). Корреляционных связей между индексом «Миокард» и показателями окислительного метаболизма выявлено не было. Увеличение индекса «Ритм» сопровождалось активацией окислительного метаболизма, о чем свидетельствует прямая корреляционная связь с интегральным параметром ПОМ, учитывающим, в том числе, состояние микроциркуляции.

Заключение. Таким образом, проведенный множественный корреляционный анализ у детей с ожирением выявил достоверные связи между индексом «Ритм» и окислительным метаболизмом, включая интегральный параметр ПОМ. Активация окислительного метаболизма регистрируется на фоне роста индекса «Ритм», определяемого по данным дисперсионного картирования ЭКГ.

РОЛЬ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Автор: Лапик Ирина Александровна, lapik_@inbox.ru

Место работы: ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»

Соавторы: Гаппарова К. М.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

За последние десятилетия распространение ожирения увеличилось до уровня эпидемии. Основу лечения данного заболевания составляет диетотерапия. Однако при разработке сбалансированного питания для пациентов с ожирением часто не учитываются результаты молекулярно-генетических исследований с оценкой полиморфизма генов, принимающих участие в регуляции энергетического обмена.

Цель исследования: разработка и оценка эффективности диетотерапии у пациентов с ожирением на основе изучения полиморфизма rs9939609 гена FTO.

Материалы и методы: в исследование было включено 90 пациентов с ожирением I–III степени. Пациентам было проведено генотипирование с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени и использованием TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК. В зависимости от генотипов гена FTO пациенты с ожирением получали различную диетотерапию и были разделены на следующие группы: пациенты с генотипами T/T и A/T в течение 3 недель получали стандартную диету с пониженной калорийностью, а пациенты с генотипом A/A – персонализированную диету. Энергетическую ценность персонализированного рациона определяли индивидуально, исходя из данных, полученных методом непрямой калориметрии. На фоне проводимой терапии оценивали показатели состава тела методом биомпедансометрии. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы SPSS Statistics 21,0.

Результаты: по результатам исследования установлено, что у носителей генотипа A/T на фоне диетотерапии наблюдалось незначительное снижение жировой массы с $66,3 \pm 2,2$ до $66,7 \pm 2,1$ кг, достоверное снижение мышечной массы с $39,1 \pm 1,4$ до $36,2 \pm 1,3$ и жидкости с $51,7 \pm 1,6$ до $49,0 \pm 1,5$ кг ($p < 0,005$), у пациентов с генотипом A/A было отмечено достоверное снижение жировой массы тела с $87,8 \pm 4,3$ до $82,0 \pm 3,9$ кг, жидкости с $72,6 \pm 2,3$ до $68,2 \pm 1,8$ кг ($p < 0,005$) и незначительное снижение мышечной массы с $49,4 \pm 1,9$ до $48,9 \pm 2,0$ кг, а у пациентов с генотипом T/T на фоне лечения наблюдалось достоверное снижение жировой массы тела с $36,4 \pm 1,4$ до $34,0 \pm 1,2$ кг, жидкости с $36,8 \pm 0,9$ до $35,1 \pm 0,7$ кг ($p < 0,005$), незначительное снижение мышечной массы с $28,6 \pm 0,8$ до $28,3 \pm 0,8$ кг. На фоне проводимой терапии было установлено, что уменьшение калорийности диеты способствовало снижению массы тела у пациентов с ожирением преимущественно за счет мышечной массы у носителей генотипа A/T, а у носителей генотипов T/T и A/A – преимущественно за счет жирового компонента, поэтому носителям мутантного аллеля A необходим подбор только персонализированной диеты.

Вывод: при составлении рационов питания пациентам с ожирением рекомендовано проведение молекулярно-генетических исследований, что позволит не только выявить лиц с повышенной потребностью в персонализации диетотерапии, но и повысить эффективность лечебных мероприятий при данном заболевании, предотвратив развитие его осложнений.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Лапик Ирина Александровна, lapik_@inbox.ru

Место работы: ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»

Соавторы: Гаппарова К. М.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Стремительно увеличивающееся количество пациентов с ожирением является характерной особенностью нашего времени. Избыточный вес и ожирение являются факторами, способствующими развитию метаболического синдрома, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета второго типа. Для успешного лечения ожирения ключевую роль играет диетотерапия, которая будет наиболее эффективна при индивидуальном подходе. Составление персонализированных рационов питания должно осуществляться на основе изучения энерготрат покоя, скорости окисления белков, жиров и углеводов.

Цель. Изучить особенности метаболического статуса у женщин с ожирением.

Материалы и методы. В исследование включено 100 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 ($1599,6\pm87,2$ ккал) были достоверно ниже, чем у пациенток II группы ($1779,6\pm98,7$ ккал) и I группы ($1984,8\pm19,9$ ккал). При этом скорость окисления белка у пациенток III группы ($10,0\pm0,9\%$) была снижена и достоверно меньше, чем у пациенток II группы ($14,2\pm1,3\%$) и I группы ($19,6\pm1,5\%$). Скорости окисления жиров у пациентов I группы ($44,9\pm6,2\%$), II ($45,4\pm5,0\%$) и III групп ($44,6\pm5,2\%$) 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 ($46,7\pm6,4\%$) была достоверно выше, чем у пациенток II группы ($32,4\pm5,2\%$).

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.

ВИТАМИННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Лапик Ирина Александровна, lapik_@inbox.ru

Место работы: ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»

Соавторы: Гаппарова К. М.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Распространенность морбидного ожирения за последние десятилетия возросла до глобальных масштабов эпидемии. Консервативное лечение часто при морбидном ожирении недостаточно эффективно, в связи с этим данной категории пациентов проводятся бariatрические операции. До проведения хирургического лечения пациентам рекомендована оценка микронутриентного статуса, так как, несмотря на избыточную калорийность рационов питания, для больных морбидным ожирением характерен дефицит микронутриентов. Недостаток витаминов и минеральных веществ, выявленный перед оперативным лечением ожирения, высоко коррелирует с риском дефицита тех же витаминов и минеральных веществ после хирургического вмешательства. Наиболее распространенными осложнениями после бariatрических вмешательств является развитие микро- и макронутриентной недостаточности, что может приводить к тяжелейшим заболеваниям. Например, вероятность дефицитных состояний по белку составляет в среднем до 5%, по железу и кальцию – до 15%, по жирорастворимым витаминам – до 2%. В связи с вышеизложенным, лечебное питание является важным фактором в программах реабилитации пациентов, перенесших бariatрическое вмешательство, и по своему качественному и количественному составу должно восполнять физиологические потребности организма.

Цель. Оценка витаминного статуса пациентов с морбидным ожирением после выполнения бariatрических операций.

Материалы и методы. В исследование включено 15 пациентов с ожирением, находившихся на лечении в отделении реабилитационной диетотерапии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии». Всем пациентам в анамнезе были проведены бariatрические операции. В стационаре пациентам определяли содержание фолата в сыворотке крови микробиологическим методом с использованием наборов «ID-Vit Folic acid» («Immundiagnostik AG», Германия). Для определения концентрации витамина B₁₂ и 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови использовали иммуноферментный метод с помощью наборов «ID-Vit Vitamin B₁₂» («Immundiagnostik AG», Германия) и «25-Hydroxy Vitamin D EIA» («Immunodiagnostic systems», Великобритания). Витамин B2 в сыворотке крови определяли методом титрования рибофлавин-связывающим белком. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 21,0.

Результаты. Содержание фолата в сыворотке крови пациентов составило 15,9±2,2 нг/мл, 25-OH D3 - 14,9±1,6 нг/мл, витамина B12 - 210,4±16,2 пг/мл, витамина B2 - 12,4±0,6 нг/мл.

Вывод: проведенные исследования показали, что для пациентов с морбидным ожирением после проведения бariatрических операций характерно отсутствие оптимальной обеспеченности витамина 25(OH) D3 и B12. До проведения хирургического лечения морбидного ожирения необходима оценка витаминного статуса, что позволит скорректировать имеющийся дефицит витаминов до оперативного вмешательства и предотвратить развитие послеоперационных осложнений у данной категории пациентов.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Автор: Евтушенко Александра Андреевна, wizard0595@bk.ru

Место работы: Цгкб №1

Соавторы: Михайличенко Е. С., Голодников И. А., Котова К. А.

Город: Донецкая Народная Республика

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) актуальная проблема в связи с распространенностью и неблагоприятным влиянием на прогноз. Множество больных ХСН страдает от сахарного диабета 2 типа (СД), что требует изучения лабораторных изменений сердечно-сосудистой системы (ССС).

Цель исследования: изучить лабораторные особенности больных с ХСН и СД 2 типа в сравнении со здоровыми лицами.

Материалы и методы. В проспективном наблюдении участвовали 144 больных 91 (63,2%) мужчины и 53 (36,8%) женщин, средний возраст $66,3 \pm 12,1$ лет, с ХСН II-III функционального класса (ФК) и СД 2 типа, и 35 человек группы контроля без заболеваний ССС и СД. Длительность наблюдения $11,3 \pm 3,2$ месяца. Выполняли сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, клинические и биохимические анализы, в т.ч. гликериллизированный гемоглобин (HbA1C), липидограмму, креатинин с подсчетом скорости клубочковой фильтрации, мочевую кислоту, инсулин, высокочувствительный СРБ, фактор некроза опухоли-альфа (ФНО- α), интерлейкин-6 (IL-6), цистатин C, альдостерон плазмы крови, электрокардиографию и эхокардиографию. Индексы инсулинерезистентности и глюкотоксичности определяли с помощью HOMA (homeostasis model assessment), подсчетом HOMA-IR и HOMA-B. Для обработки данных использовали программу Microsoft Excel 2007.

Результаты. В ходе статистической обработки с применением критерия χ^2 выявлена связь прогрессирования ХСН (декомпенсации и/или ухудшения клинико-инструментальных параметров) с возрастом ($\chi^2 = 10,41$, $p < 0,05$), неустойчивой гликемией ($\chi^2 = 15,73$, $p < 0,01$), наличием фибрилляции предсердий (ФП), исходным уровнем HOMA-IR ($\chi^2 = 16,85$, $p < 0,001$), концентрацией альдостерона ($\chi^2 = 11,14$, $p < 0,05$) и цистатина C ($\chi^2 = 9,48$, $p < 0,05$). У лиц с низкой и промежуточной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) имелась связь прогрессирования ХСН с мужским полом ($\chi^2 = 9,62$, $p < 0,05$), а для больных с сохранной ФВ ЛЖ – с женским полом ($\chi^2 = 8,29$, $p < 0,05$). Факторами риска прогрессирования ХСН у лиц с СД 2 типа были: возраст ≥ 65 лет, пол (мужской при исходной ФВ ЛЖ $\leq 49\%$ и женский при ФВ ЛЖ $\geq 50\%$), слабый контроль гликемии (HbA1C $\geq 8\%$ при >2 измерениях в ходе наблюдения), наличие различных форм ФП, концентрация альдостерона >60 пг/мл, цистатина C $>1,5$ мкг/мл. Средние уровни исследованных биомаркеров (вчСРБ, альдостерон, ФНО- α , IL-6, антиген фактора Виллебранда) у больных с ХСН и СД 2 типа оказались достоверно выше в сравнении со здоровыми лицами. У больных с ХСН ФК III в сравнении с ФК II, а также при низкой ФВ ЛЖ в сравнении с промежуточной и сохранной ФВ ЛЖ отмечалась более высокая концентрация биомаркеров, имелась отчетливая связь с давностью СД, контролем гликемии, индексами инсулинерезистентности и глюкотоксичности, структурно-функциональными особенностями ССС.

Выводы. Полученные данные отражают важную роль провоспалительных и профибротических факторов в прогрессировании ХСН у лиц с СД 2 типа, что должно быть учтено при стратификации риска прогрессирования, а также выборе оптимальной медикаментозной терапии.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Автор: Папичев Евгений Васильевич, E_papichev@mail.ru

Место работы: ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»

Соавторы: Сивордова Л. Е., Ахвердян Ю. Р., Полякова Ю. В., Заводовский Б. В.

Город: Волгоградская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Остеопороз (ОП) – одно из наиболее частых и тяжелых осложнений ревматоидного артрита (РА), так как в его патогенезе важную роль играют провоспалительные цитокины, приводящие, кроме прочего, к нарушениям костного обмена. При этом, в практической деятельности врача-ревматолога большее внимание уделяется контролю за основным заболеванием, что, в итоге, приводит к гиподиагностике ОП и повышению риска развития остеопоротических переломов. Представляется важным поиск дополнительных факторов риска, которые могут ассоциироваться с наличием ОП у пациентов с РА, для повышения выявляемости и качества терапии данного осложнения.

Цель. Определить наиболее значимые факторы риска ОП у пациенток с РА.

Материалы и методы. В исследование было включено 88 женщин с РА. Критериями исключения были: наличие сахарного диабета 2 типа, цирроз печени, гепатокарцинома, уровень аланиновой аминотрансферазы ≥ 3 верхним границам нормы. Путем сбора анамнеза оценивалась терапия глюкокортикоидами (ГК): кумулятивная доза, продолжительность лечения и доза на момент исследования. Всем пациенткам проводилось общеклиническое клинико-лабораторное исследование, определение показателей, ассоциированных с костным обменом (25-гидроксикальциферол (25(OH)D), С-терминальный телопептид коллагена I типа (CTX-1), N-терминальный пропептидпроколлагена I типа (P1NP)), рентгенография пораженных суставов и двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA) на аппарате GE Lunar DPX pro. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ “Statistica 10”. Результаты приведены в виде отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (95% ДИ).

Результаты. Остеопороз был выявлен у 41 пациентки (46,6%). Шанс наличия ОП был выше у лиц более старшего возраста (ОШ 1,06(1,02-1,11)), с меньшим индексом активности DAS28 (ОШ 0,64 (0,42-0,97), суммарной длительностью приема ГК (ОШ 1,01 (1,00-1,03)) и длительностью приема ГК более 3-х месяцев (в дозе равной или более 5 мг в пересчете на преднизолон) (ОШ 11,4(3,46-37,95)). При этом, вероятность наличия остеопороза не зависела от уровня 25(OH)D, СTX-1 и P1NP, дозы ГК, принимаемых на момент исследования, кумулятивной дозы ГК. После коррекции ОШ (корОШ) по возрасту, индексу активности и длительности приема ГК более 3х месяцев (суммарная длительность приема была исключена из анализа, так как коррелировала с возрастом пациентов) значимыми фактора оказались: более старший возраст (корОШ 1,06 (1,01-1,11) и длительность приема ГК более 3-х месяцев (корОШ 8,80(2,47-31,3)).

Заключение. У пациенток с РА, вероятность наличия ОП ассоциируется с возрастом и длительностью приема ГК более 3-х месяцев. При этом, такие лабораторные маркеры как 25(OH)D, СTX-1 и P1NP не повышали вероятность выявления ОП.

ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА.

Автор: Рында Артемий Юрьевич, artemii.rynda@mail.ru

Место работы: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова - филиал ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова

Соавторы: Олюшин В. Е., Ростовцев Д. М., Забродская Ю. М., Папаян Г. В.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность. Несмотря на множество хирургических и технологических достижений, хирургия аденомы гипофиза по-прежнему сопровождается значительными показателями неполной резекции опухоли, в основном из-за трудностей в дифференциации опухолевой ткани от нормальной ткани гипофиза. Некоторые индукторы флуоресценции недавно были исследованы в качестве интраоперационных контрастных веществ в хирургии гипофиза.

Цель. Целью данного исследования является оценка фактических знаний о полезности таких флуорофоров с особым акцентом как на фармакокинетике, так и на фармакодинамике гипофиза, а также изучения возможности флуоресцентной хирургии аденомы гипофиза с хлорином еб.

Материалы и методы. Мы рассмотрели текущую литературу об использовании флуорофоров в хирургии гипофиза и сообщили о первом полностью эндоскопическом опыте у пациента с аденомой гипофиза с хлорином еб (фотодитазина) производства ООО «ВЕТА-ГРАНД» (Россия), на базе РНХИ им. проф. А.Л. Поленова. Препарат хлорин еб вводили внутривенно, в дозе 1мг/кг, растворенный в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида с обернутой темной бумагой флаконом, за 2 часа до предполагаемой этапа операции по удалению опухоли. Для эндоскопического контроля у всех пациентов обеих групп использовали эндоскоп (Karl Storz, Германия) со специальным источником света (D-light C; Karl Storz), и систему камер (Karl Storz). В эндоскопе использовали режим D-light, который позволял переключаться между режимами источника белого и синего света с помощью соответствующего полосового фильтра на пути передачи света. Система фильтров возбуждения и обнаружения позволяла передавать достаточно синего света, чтобы красная флуоресценция эндогенных флуорофоров и неспецифическая флуоресценция подавлялась, в результате чего нормальная ткань визуализировалась как синяя.

Результаты. Исследования, изучающие использование 5-АЛК, сообщают о противоречивых результатах в применении флуорофоров при хирургии аденом гипофиза. При использовании нами хлорина еб в хирургии аденомы отмечалось значимое накопления флуоресцента в ткани аденомы (3 балла из 5 по интенсивности флуоресценции, где 1 нет флуоресценции, а 5 интенсивная флуоресценция). Анализ интраоперационного биопсийного материала из флуоресцентных участков показал высокую специфичность накопления флуоресцента в ткани аденомы, относительно нормальной ткани гипофиза. Интраоперационная флуоресцентная картина позволяла достоверно четко идентифицировать ткань опухоли от нормальной ткани гипофиза. Хлорин еб показал обнадеживающие результаты относительно специфичности при идентификации опухолевой ткани при новообразованиях головного мозга.

Анализ литературы показал, что флуоресцеин натрия и 5-АЛК показали также многообещающие результаты в дифференциации опухолевой ткани от нормальной ткани гипофиза. Помимо дозы и времени введения флуоресцента, гистологическая изменчивость интерстициального пространства и плотность сосудов играли решающую роль в оптимизации интраоперационного контрастного усиления.

Выводы. Как фармакокинетика, так и фармакодинамика определяют потенциальную полезность флуорофоров в хирургии гипофиза. Флуоресцент хлорин еб показал многообещающий результат, хотя необходимы дальнейшие исследования, в том числе в зависимости от вида гормонального типа аденомы.

ВЛИЯНИЕ ЗГТ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА НА ПРОФИЛАКТИКУ ОСТЕОПОРОЗА В АНДРОПАУЗЕ

Автор: Смирнов Виктор Владимирович, vs@tdom.biz

Место работы: ФГБОУ ВО СПБГПМУ

Соавторы: Федосеева В. В., Кабикенова М. К.,

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: Отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Ключевые слова: Андропауза, ВАД (возрастной андрогенный дефицит), остеопения, остеопороз, ЗГТ (заместительная гормональная терапия), денситометрия, МПК (минеральная плотность костной ткани) гематокрит.

Актуальность: Андрогенный дефицит приводит к развитию остеопении и остеопороза. Андрогены повышают количество и плотность рецепторов к кальцитонину в костях подавляют активность остеокластов. Адекватный уровень тестостерона у мужчин является фактором профилактики остеопороза.

Цель исследования: Изучить эффективность и безопасность ЗГТ на профилактику остеопороза в андропаузе.

Материалы и методы: обследованы 2 группы пациентов от 50 до 65 лет с уровнем тестостерона ниже 12 нмоль/л – диагностического порога ВАД по ISSAM.

Пациенты имели остеопению по Т – критерию по результатам денситометрии поясничного отдела позвоночника (T- 1,7-2,4 SD).

1 группу (n -25) пациенты с ВАД получавшие ЗГТ тестостероном ($57 \pm 4,7$ лет). 2 группа (n-27) с ВАД без ЗГТ ($56 \pm 5,3$ лет)

Результаты: В обеих группах изначально уровень тестостерона был сопоставимо низким $10,53 \pm 0,6$ и $11,1 \pm 0,8$. В 1 группе он увеличился до $16,65 \pm 0,6$ нмоль/л ($p < 0,01$). Во 2 группе снизился до $7,95 \pm 0,8$ нмоль/л. ($p < 0,05$) Уровень гомоцистеина у пациентов 1 группы снизился с $15,32 \pm 2,4$ до $10,91 \pm 1,3$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Во 2 группе без изменений $14,86 \pm 2,1$ и $13,87 \pm 1,4$ мкмоль/л ($p > 0,05$). Денситометрия позвоночника у пациентов обеих групп выявила остеопению на старте исследования (-1,7 до -2,4 SD),

У пациентов 1 группы средние показатели МПК поясничного отдела позвоночника по Т – критерию улучшились от $-2,01 \pm 0,1$ до $-1,6 \pm 0,1$ SD ($p < 0,05$). Во 2 группе МПК поясничного отдела позвоночника не изменилась - $2,07 \pm 0,1$ изначально и $1,96 \pm 0,2$ через 2 года ($p > 0,05$).

Выводы: ЗГТ эффективна в профилактике остеопороза и не повышает риск патологии простаты оказывая разнонаправленное действие на сердечно-сосудистый прогноз,-повышение уровня гематокрита и гемоглобина приводит к гиперкоагуляции, при этом снижается уровень гомоцистеина - маркера сердечно - сосудистой патологии

ОЖИРЕНИЕ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Автор: Проконич Дарья Александровна, polyanskaya_darya7@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ

Соавторы: Саприна Т. В.

Город: Томская обл.

Источник финансирования: Исследование выполнено при инструментальном обеспечении ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Ожирение и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) стали всемирной проблемой общественного здравоохранения из-за их высокой распространенности и смертности. Однако появляется все больше данных, что пациенты, страдающие ХОБЛ и ожирением, имеют более низкий риск смертности и более легкое течение заболевания, что получило название «парадокс ожирения».

Материалы и методы. Было отобрано 2 группы: по 35 больных ХОБЛ с ожирением и нормальной массой тела, проходящих лечение Клиниках СибГМУ. Испытуемые были вне обострения ХОБЛ. Всем пациентам были проведены: антропометрия, анкетирование, биомпедансометрия, спирометрия и проба на обратимость бронхообструкции. Для расчетов использовалось программное обеспечение Statistica версии 10.0.

Результаты. У пациентов с ожирением и ХОБЛ наблюдался больший процент коморбидной патологии, такой как нарушения углеводного обмена, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе. Данная группа пациентов имела самый высокий показатель по опроснику FINDRISK. Однако наибольшее количество пациентов со спирометрической стадией GOLD IV наблюдалось в группе с нормальной массой тела. Примечательно, что больные ХОБЛ со стадией GOLD I имели наибольшее количество висцерального жира. При большем количестве жировой ткани, а также висцерального жира, наблюдаются лучшие показатели функции внешнего дыхания. Спирометрическая стадия ХОБЛ по GOLD имеет отрицательную корреляцию с жировой массой тела в килограммах ($r = -0,26$, $p < 0,05$) и количеством висцерального жира ($r = -0,31$, $p < 0,05$). Висцеральный жир имел взаимосвязь с количеством баллов по опросникам CAT ($r = -0,33$, $p < 0,05$) и CCQ ($r = -0,29$, $p < 0,05$), которые отображают клинические проявления ХОБЛ и влияние заболевания на жизнь пациентов. Со степенью тяжести одышки взаимосвязи не было выявлено (mMRC). При сравнении 2 групп обнаружено, что при нормальной массе тела наблюдались более низкие значения объема форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1), мгновенная объемная скорость при выдохе 25%, 50% и 75% форсированной жизненной емкости легких. Жировая ткань не имела связи с количеством обострений. Также по данным биомпедансометрии у пациентов с ожирением, по сравнению с нормальной массой тела, были выше показатели тощей массы тела, большее количество минеральной массы тела и минеральной костной массы.

Заключение. Согласно результатам нашего исследования, жировая ткань имеет взаимосвязь с тяжестью течения ХОБЛ. А именно в группе с ожирением наблюдались меньше клинических проявлений ХОБЛ и лучшая функция внешнего дыхания. Мы могли бы рекомендовать проведение биомпедансометрии в рутинной практике всем пациентам с ХОБЛ для оценки количества и характера распределения жировой ткани, отслеживания изменения состава тела в динамике.

РОЛЬ АГОНИСТА ГПП-1 СЕМАГЛУТИДА И МЕТФОРМИНА В КОРРЕКЦИИ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫЙ ДИАБЕТОМ ТИП 2 И ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Смирнов Виктор Владимирович, vs@tdom.biz

Место работы: ФГБОУ ВО СПБГПМУ

Соавторы: Иванов В. С., Карповская Е. Б., Федосеева В. В.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

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 уровня 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 $37,3 \pm 2,6$ (46,1 \pm 3,7 лет), на терапии семаглутидом 1 мг/ нед. Вторую пациенты (n=27) с СД тип 2 и ожирением, средний ИМТ (36,9 \pm 3,0), (45,7 \pm 2,9 лет) получавших метформин 3 г/сут. Пациенты обеих групп имели уровнен тестостерона ниже 12 нмоль/л, соответствую критериям АД, по определению ISSAM.

Результаты исследования: В обеих группах средние уровни Hba1c, ИМТ, индекса ИР (HOMA-IR) изначально были сопоставимы: Hba1c -6,71 \pm 0,5 и 6,83 \pm 0,21%, ИМТ: 37,3 \pm 2,6 и 36,9 \pm 3,0 HOMA-IR: 3,1 \pm 0,26 и 2,99 \pm 0,31 На фоне терапии семаглутидом и метформином эти показатели снизились через 3 месяца до Hba1c-6,1 \pm 0,2 и 6,43 \pm 0,36 %; ИМТ-33,3 \pm 2,4 и 34,9 \pm 3,0%; HOMA-IR: 2,70 \pm 0,14 и 2,74 \pm 0,25. На финальном этапе эти показатели достигли - Hba1c: 5,3 \pm 0,31 и 6,0 \pm 0,43 %; ИМТ: 31,3 \pm 1,9 и 32,6 \pm 2,1HOMA-IR-2,12 \pm 0,27 и 2,54 \pm 0,31. Средние уровни тестостерона у пациентов обеих групп были одинаково низкими 8,43 \pm 3,9 и 7,77 \pm 2,87 нмоль/л. В первой группе наблюдалось повышение уровня тестостерона до 13,7 \pm 4,1 и 17,2 \pm 5,1 нмоль/л (p<0,01). Во второй группе уровень тестостерона снизился через 3 месяца до 6,2 \pm 3,1 нмоль/л (p<0,05), затем через 6 месяцев показал тенденцию к повышению до 13,6 нмоль/л \pm 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 Семаглуттида 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, инсулино-резистентности, провоспалительных цитокинов активности ароматазы, положительные эффекты метформина несколько компенсируют его негативные влияния в отношении продукции тестостерона

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЫСОКОЙ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ

Автор: Сивордова Лариса Евгеньевна, seeword@mail.ru

Место работы: ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б.Зборовского»

Соавторы: Полякова Ю. В., Папичев Е. В., Ахвердян Ю. Р., Заводовский Б. В.

Город: Волгоградская обл.

Источник финансирования: Исследование выполнено в рамках плановой научной работы ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского», г. Волгоград за счет средств бюджетного финансирования учреждения

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

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:

1. Остеопороз всегда следует рассматривать в контексте мультиморбидности.
2. Пациенты с полипрагмазией представляют особую группу риска, поэтому при сборе анамнеза у больного остеопорозом в обязательном порядке рекомендуется целенаправленный опрос о принимаемых лекарственных препаратах.
3. При ведении больных остеопорозом патогенетическую терапию следует начинать с учетом противопоказаний конкретных сопутствующих заболеваний и уже получаемых фармакологических средств для их лечения.

КОМБИНИРОВАННАЯ САХАРОСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СОЧЕТАНИЙ

Автор: Совпель Яна Андреевна, yanashovpel@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Соавторы: Супрун О.Е., Совпель Я.А., Михайличенко Е.С., Пылаева Е.А., Багрий А.Э.

Город: Донецкая Народная Республика

Источник финансирования: ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность. Сочетание сахарного диабета 2 типа (СД2) и синдрома раздраженного кишечника (СРК) весьма распространено в клинической практике, при этом особенности назначения сахароснижающей терапии у данной категории больных остаются не в полной мере изученными.

Цель исследования. Оценить эффективность различных комбинаций сахароснижающих препаратов у пациентов с СД2 и СРК.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование с участием 107 пациентов (42 мужчины и 65 женщин, средний возраст - $48,9 \pm 9,4$ года) с СД2 в сочетании с СРК (средняя давность диабета составила $6,9 \pm 2,6$ лет). Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от назначенной комбинации сахароснижающей терапии: группа А ($n=36$) - монотерапия метформином (1000-2000 мг/сут.), группа Б ($n=28$) - метформин (1000-2000 мг/сут.) + саксаглиптин (5 мг/сут.), группа В ($n=22$) - метформин (1000-2000 мг/сут.) + лираглутид (14 больных, доза 1,2 мг/сут под кожу) или эксенатид (8 больных, доза по 5-10 мкг 2 раза в сутки под кожу), группа Г ($n=21$) - метформин (1000-2000 мг/сут.) + дапаглифлозин (10 мг/сут.). Длительность наблюдения составила не менее 5 месяцев. Статистическая обработка была выполнена в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. Применение всех лечебных режимов характеризовалось удовлетворительной переносимостью и сопровождалось положительной динамикой клинико-лабораторных параметров. Во всех группах достигнуто достоверное снижение HbA1c, фруктозамина, инсулина, С-пептида и индекса HOMA-IR, а также увеличение значений индекса HOMA-B ($p < 0,05$). В группах В и Г снижение HbA1c, инсулина и индекса HOMA-IR, а также повышение индекса HOMA-B были более значительными по сравнению с группами А и Б. Так, снижение HbA1c на фоне лечения составило: в группе А - $0,91 \pm 0,18\%$ ($-12,7 \pm 2,4\%$ от исходного), в группе Б - $1,41 \pm 0,23\%$ ($-17,3 \pm 2,9\%$ от исходного), в группе В - $1,84 \pm 0,39\%$ ($-22,4 \pm 3,3\%$ от исходного), в группе Г - $1,67 \pm 0,25\%$ ($-20,3 \pm 2,4\%$ от исходного). Различия между группами В и Г, и группами А и Б достоверны ($p < 0,05$). У всех пациентов отмечено уменьшение проявлений диареи, запора, абдоминальной боли, гастроэзофагеального рефлюкса ($p < 0,05$), при этом более значимое позитивное влияние на выраженность симптомов СРК было отмечено в группе Г (комбинация метформина с дапаглифлозином), $p < 0,05$.

Выводы. Комбинированная сахароснижающая терапия с использованием метформина в сочетании с саксаглиптином, лираглутидом, эксенатидом и дапаглифлозином эффективно снижает клинические проявления СРК (диарею, запор, абдоминальную боль, гастроэзофагеальный рефлюкс), а также улучшает гликемический профиль и показатели инсулиновой чувствительности у пациентов с СД2 и СРК. При этом наиболее эффективной у данной категории больных является комбинация метформина с дапаглифлозином.

САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Автор: Сафонова Юлия Александровна, jula_safonova@mail.ru

Место работы: СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель исследования: оценить частоту саркопенического ожирения у людей пожилого и старческого возраста, выявить связь с гериатрическими синдромами и коморбидностью и определить возможные методы лечения и профилактики.

Материалы и методы. В одномоментное, одноцентровое исследование включены 109 человек (10 мужчин и 99 женщин), средний возраст которых составил $75,5 \pm 6,9$ лет. Всем пациентам выполнена комплексная гериатрическая оценка для выявления гериатрических синдромов. Диагностику саркопенического ожирения проводили в соответствии с консенсусом Европейского общества клинического питания и метаболизма (ESPEN) и Европейской ассоциации по изучению ожирения (EASO). Коморбидность оценивали по индексу Charlson.

Результаты. Саркопения выявлена у 28,7% участников 60 лет и старше. Наблюдалось увеличение частоты саркопении с возрастом с 19,6% в 65–74 лет до 52,9% в 85 лет и старше ($p < 0,05$). Нормальный ИМТ выявлен у 33,9% пациентов, избыточная масса тела и ожирение – у 66,1%. При этом 27,5% пациентов диагностировано саркопеническое ожирение. У пациентов с саркопеническим ожирением чаще выявлялись гериатрические синдромы, такие как ортостатическая гипотензия ($p < 0,05$) и риск мальнутриции ($p=0,021$). У пациентов с саркопеническим ожирением коморбидность была тяжелой (5 ([4; 6] баллов) по сравнению с пациентами без саркопенического ожирения ($p < 0,001$). С целью снижения риска развития саркопенического ожирения пациенты пожилого возраста нуждаются в выполнении комплекса физических упражнений не менее 150 минут в неделю, соблюдении режима питания с увеличением потребления белка в зависимости от состояния функции почек.

Выводы: Выявлена высокая частота саркопенического ожирения у людей пожилого возраста, ассоцииированного с ортостатической гипотензией и риском мальнутриции. У пациентов с саркопеническим ожирением тяжесть коморбидной патологии выше, чем у пациентов без данного фенотипа ожирения.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Автор: Синцова Светлана Владимировна, svvlml@yandex.ru

Место работы: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава РФ

Соавторы: Караваева Н. Г.

Город: Кировская обл.

Страна: Россия

Город: Киров

Место работы: Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой

Почта: karawaeva.natalia@gmail.com

Телефон: +79195256389

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Ведение. Рак щитовидной железы (РЩЖ) в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями составляет около 2 % случаев. Первичным методом визуализации образований является ультразвуковое исследование (УЗИ). Основная его роль при РЩЖ – уточнение показаний к тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), навигация при ее выполнении, оценка местной распространенности процесса и состояния лимфатических узлов для определения оптимального объема оперативного вмешательства. Для ультразвуковой оценки вероятности злокачественности опухоли ЩЖ и определения показаний к ТАБ рекомендуется использовать систему EUTIRADS (European Thyroid Imaging Reporting and Data System). В связи с этим врач ультразвуковой диагностики (УЗД) должен правильно оценивать, выявленные новообразования и четко дифференцировать их УЗ признаки.

Клинический случай. Пациентка 56 лет, в 2020 году при проведении УЗИ щитовидной железы выявлено образование в правой доле: пониженной эхогенности с единичными гиперэхогенными включениями, 14 мм в d. Жалоб пациентка не предъявляла, находилась на диспансерном наблюдении у эндокринолога, ежегодно проходила контрольные УЗИ, заключения: узловое образование Щ.Ж. без динамики роста, по системе EUTIRADS образование не оценивалось. В январе 2024 г, появились умеренные кратковременные боли в горле справа. Обратилась на прием к врачу УЗД в другом медицинском учреждении. На УЗИ выявлено образование пониженной эхогенности 11*11*14 мм, незначительно деформирующее передний контур, с мелкими гиперэхогенными включениями, в режиме ЦДК единичные локусы кровотока (EUTIRADS 4). Была направлена на ТАБ. В препарате обнаружены многочисленные папиллярные структуры из клеток активно пролиферирующего фолликулярного эпителия с полиморфизмом клеток и ядер, что соответствует папиллярному раку (Behtesda-VI (международная цитологическая классификация пунктов из узловых образований ЩЖ). Была проведена тиреоидэктомия. Согласно послеоперационной стратификации риска рецидива РЩЖ, основанной на рекомендациях Американской тиреоидологической ассоциации, пациентка отнесена в группу низкого риска, в связи с чем радиоийодтерапия не показана. В настоящее время пациентка чувствует себя удовлетворительно, регулярно принимает левотироксин 100 мкг/сутки. Уровень тиреотропного гормона от 01.2025 г- 1,06 мМЕ/л (0.4-1,0); тиреоглобулин -0,281 нг/мл (3,5-77). По данным УЗИ Щ.Ж. от 01.2025 г. – состояние после тотальной струмэктомии.

Выводы. Ещё в 2020 г в клинических рекомендациях «дифференцированный рак щитовидной железы» рекомендовано использовать систему EUTIRADS. Однако, до сих пор не все врачи использует эту классификацию, как при проведении УЗИ, так и врачи – эндокринологи, анализируя ультразвуковые заключения пациентов. Смертность, связанная с РЩЖ, при шейных метастазах составляет 11 %, при отдаленных – 50 %. Соответственно, не правильная дифференцировка небольших образований Щ.Ж., отсутствие оценки по системе EUTIRADS, не позволяют вовремя оказать помощь пациенту.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОСТЕОПОРОЗОМ

Автор: Попова Анна Александровна, annpopova24@yandex.ru

Место работы: ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России

Соавторы: Шилов С.Н., Третьяков С.В., Яковлева И.В.

Город: Новосибирская обл.

Источник финансирования: Отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель. Изучить прогностическую роль остеопонтина (ОПН) для стратификации риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и переломов костей у женщин с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), сахарным диабетом (СД) 2 типа и остеопорозом.

Материал и методы. Обследовано 78 женщин в возрасте 50-65 лет (средний возраст $57,1 \pm 4,9$ лет) с ХСН, СД 2 типа и остеопорозом. В 1-ю группу ($n=39$) вошли пациентки с исходным уровнем ОПН $\leq 21,4$ нг/мл, во 2-ю ($n=39$) - пациентки с уровнем ОПН $> 21,4$ нг/мл. В группу сравнения вошли 35 женщин в постменопаузе, в возрасте 50–65 лет (средний возраст $56,0 \pm 4,1$ лет), без нарушений гемодинамики, углеводного и минерального обмена. Содержание сывороточного ОПН определяли твердофазным иммуноферментным методом. Оценка минеральной плотности костной ткани (МПК) проводилась денситометрией с помощью двойной энергетической рентгеновской абсорбциометрии. За первичную конечную точку была принята смерть от сердечно-сосудистых причин. За комбинированную конечную точку принимали смерть от общих причин, нефатальный инфаркт миокарда, мозговой инсульт, случаи госпитализации с декомпенсацией ХСН, остеопоретические переломы костей.

Результаты. В течение 36 месяцев проспективного наблюдения у пациенток с коморбидной патологией и уровнем ОПН $> 21,4$ нг/мл значимо чаще регистрировались неблагоприятные сердечно-сосудистые события и остеопоретические переломы. У пациенток 2-й группы с уровнем ОПН $> 21,4$ нг/мл по сравнению с группой с концентрацией ОПН $\leq 21,4$ нг/мл, риск кумулятивной (объединённой частоты комбинированной конечной точки кардиоваскулярных событий) был повышен (ОШ=6,200 [95% ДИ 2,258-17,024; $p=0,001$]). Раздельный анализ показал существенное повышение риска неблагоприятных событий в течение 36 месяцев при концентрации ОПН $> 21,4$ нг/мл: прогрессирование ХСН (ОШ=4,073 [95% ДИ 1,575-10,531; $p=0,023$]) и остеопоретических переломов костей (ОШ=0,81 [95% ДИ 0,72-0,90; $p=0,01$]); риски ИМ (ОШ=4,343 [95% ДИ 0,463-40,751; $p=0,162$]), мозгового инсульта (ОШ=1,178 [95% ДИ 0,315-31,860; $p=0,498$]) и декомпенсации ХСН (ОШ=1,938 [95% ДИ 0,696-5,391; $p=0,083$]) повышались несущественно. Уровень ОПН $> 21,4$ нг/мл (чувствительность-83%, специфичность-62%) позволяет с высокой вероятностью прогнозировать наступление неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных ИБС с СД 2 типа и остеопорозом.

Выводы. Остеопонтин является независимым фактором риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и переломов костей у женщин с коморбидной патологией, включающей ХСН, СД 2 типа и остеопороз.

БИОМАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА: СВЯЗЬ С ДИАБЕТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Автор: Воробьёва Анна Павловна, a.v.955@yandex.ru

Место работы: Городская детская больница г. Ставрополя

Соавторы: Быков Ю. В., Массоров В. В., Батурина В. А.

Город: Ставропольский край

Источник финансирования: исследование не имеет финансирования

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель: Анализ уровней маркеров деградации эндотелиального гликокаликса (ЭГ), включая эндокан-1 (ЭНД1), гепаран сульфат (ГС), ангиопоэтин-1 (АП1) и гиалуроновую кислоту (ГК) у детей хроническим течением сахарного диабета 1 типа (СД1), а также сравнение этих показателей у пациентов с наличием диабетических осложнений и без них.

Методы исследования: В исследовании участвовали 60 детей, разделенных на 2 группы: 30 детей с СД 1 типа (хроническое течение) и 30 здоровых детей. У всех участников был проведен забор венозной крови, в которой методом иммуноферментного анализа определяли концентрацию АП1, ГС, ЭНД1, ГК. Детей с СД 1 типа дополнительно разделили на две подгруппы в зависимости от наличия осложнений (полинейропатия, ретинопатия, ангиопатия): с осложнениями ($n=16$) и без них ($n=14$). Для статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA.

Результаты: У детей с СД 1 типа выявлено значительное повышение уровня ГС ($p=0,000$), АП1 ($p=0,009$) и ГК ($p=0,000$) по сравнению с контрольной группой. Уровень ЭНД1 не показал значимых различий ($p=0,597$). При сравнении подгрупп детей с СД 1 типа уровень АП1 был выше у пациентов с осложнениями (2,679 [2,342-3,906] нг/мл), по сравнению с теми, у кого осложнений не было (1,819 [1,274-2,606] нг/мл, $p=0,03$). Аналогичная тенденция наблюдалась для ГК: 407,0 [285,2-635,2] нг/мл у детей с осложнениями, против 1,247 [88,7-387,6] нг/мл у детей без осложнений ($p=0,038$). Уровни ГС и ЭНД1 между подгруппами значимо не отличались.

Выводы: Повышенные уровни ГС, АП1 и ГК в сыворотке крови могут свидетельствовать о повреждении ЭГ у детей с СД 1 типа. Концентрации АП1 и ГК могут служить лабораторными критериями для выявления сосудистых осложнений СД 1 типа.

ИНСТРУМЕНТЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Автор: Петряйкина Елена Ефимовна, lepet_morozko@mail.ru

Место работы: Российская детская клиническая больница - Филиал ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Соавторы: Тимофеев А. В., Демина Е. С., Галимов Р. Р., Колесникова Е. А.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: ОМС, внебюджет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Детским эндокринологам доступен богатый арсенал лабораторных тестов для скрининга, диагностики и оценки эффективности лечения сахарного диабета (СД). Для полноценного использования этого арсенала надо хорошо знать особенности разных тестов. Периодически мы сталкиваемся с некорректным назначением диабетологических тестов и неправильной интерпретацией их результатов. Поэтому возникла необходимость обсудить основные ошибки.

Ошибки при мониторинге глюкозы

Мониторинг уровня глюкозы в крови («гликемический профиль») – стандартный метод выявления гипергликемии и гипогликемии у госпитализированных пациентов. С этой целью применяют глюкометры и системы НМГ. Погрешность глюкометров равна $\pm 15\%$, у систем НМГ она достигает $\pm 25\%$. Это надо учитывать при оценке результатов мониторинга.

Ошибки при оценке секреторной активности β -клеток по уровням инсулина и С-пептида

При выдаче результатов измерений этих анализов клинико-диагностические лаборатории (КДЛ) приводят референтные интервалы, рассчитанные для взрослых. Например, для уровня С-пептида натощак многие КДЛ указывают нижнюю границу нормы 0,8 нг/мл. Однако у здоровых детей этот уровень может быть гораздо ниже [Garcia-Cuartero et al., 2007].

Ошибки тестирования маркеров аутоиммунной реакции против β -клеток

К этим маркерам относятся антитела (АТ) к островковым клеткам, инсулину, глутаматдекарбоксилазе, тирозинфосфатазе, транспортеру цинка 8. АТ тестируют для выявления доклинического периода СД 1 типа и дифференциального диагноза между СД 1 типа и другими типами СД.

Для определения АТ к островковым клеткам, инсулину и глутаматдекарбоксилазе во многих КДЛ применяют иммуноферментные тест-системы типа «простой сэндвич». Их диагностическая чувствительность не превышает 20%, то есть результаты определения перечисленных АТ у пациентов с аутоиммунной реакцией против β -клеток в 80% случаев будут ложненегативными, что приведёт к гиподиагностике. Для тестов на АТ к тирозинфосфатазе и транспортеру цинка 8 применяется «мостиковый» иммуноферментный анализ, поэтому эти тесты вполне надёжны.

Трудности при типировании генов HLA

Гены HLA-DRB1, DQA1, DQB1 играют ключевую роль в формировании предрасположенности к СД 1 типа, поэтому их типируют для оценки риска СД 1 типа у сибсов больных. При этом ген DRB1 обычно типируют с низким разрешением, то есть определяют лишь семейство его аллелей. Но предполагающий эффект этого гена зависит от того, каким подсемейством аллелей он представлен. Рассмотрим случай из практики.

Родители девочки с СД 1 типа обратились за консультацией по планированию семьи. У пациентки и родителей типировали HLA, причём DRB1 типировали с низким разрешением. По результатам типирования реконструировали генотип пациентки: DR3/DR16. По данным большинства исследований в области иммуногенетики СД 1 типа, такой генотип является слабым предрасполагающим или даже нейтральным (за счёт присутствия защитного аллеля DRB1*16), и потому эмпирический риск СД 1 типа у сибсов пациентки должен составлять 10—20% [Ziegler and Nepom, 2010]. Однако при повторном типировании DRB1 с высоким разрешением выяснилось, что пациентка несёт аллельный вариант DRB1*16:01. Анализ литературы показал, что этот вариант не является защитным или даже проявляет предрасполагающие свойства, особенно в гетерозиготах с DR3 [Sharp et al., 2019]. На этом основании заключили, что эмпирический риск СД 1 типа у будущих сибсов пациентки составляет 20—50%.

ОТНОШЕНИЕ ПРОИНСУЛИН/С-ПЕПТИД КАК ИНДИКАТОР ДИСФУНКЦИИ β -КЛЕТОК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ПОДРОСТКОВ

Автор: Петряйкина Елена Ефимовна, lepet_morozko@mail.ru

Место работы: Российская детская клиническая больница - Филиал ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Соавторы : Тимофеев А. В., Демина Е. С., Галимов Р. Р., Колесникова Е. А.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: ОМС, внебюджет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Проинсулин (проИНС) образуется в эндоплазматическом ретикулуме (ЭР) β -клеток из прогормона – пре-проинсулина. В ЭР происходит фолдинг проИНС (укладка в трёхмерную конформацию), затем проИНС поступает в комплекс Гольджи и далее – в секреторные гранулы, в которых идёт процессинг проИНС. Процессинг завершается расщеплением проИНС на инсулин и С-пептид (С-п). При экзоцитозе секреторных гранул из β -клеток инсулин, С-п и небольшие количества непроцессированного проИНС.

При сахарном диабете 1 типа (СД1) из-за аутоиммунного разрушения β -клеток возникает дефицит инсулина. Пытаясь компенсировать этот дефицит, выжившие β -клетки работают с перегрузкой. При этом нарушается фолдинг проИНС и он задерживается в ЭР, что приводит к стрессу ЭР. Кроме того, провоспалительные цитокины, продуцируемые аутореактивными Т-лимфоцитами при инсулине, подавляют процессинг проИНС в секреторных гранулах. В результате относительное содержание проИНС в секрете β -клеток и в крови повышается. В частности, увеличивается отношение проИНС/С-п. Таким образом, это отношение может служить индикатором дисфункции β -клеток при СД1.

Цель исследования: выяснить, как изменяется отношение проИНС/С-п при метаболической нагрузке на β -клетки у подростков с СД1.

Методы. В исследование включили 12 пациентов (м:ж = 50%/50%; средний возраст 13,5 лет) с впервые выявленным СД1 (МКБ-10 E10.9 или E10.1), с длительностью заболевания от манифестации не более 4 мес. У пациентов провели тест со стандартной метаболической нагрузкой. В качестве нагрузки использовали жидкую смесь для энтерального питания Нутридринк (Nutricia, Нидерланды); общая доза простых и сложных углеводов в нагрузке составляла 0,38 г/кг веса тела. Кровь для измерений проИНС и С-п брали на 0-й минуте (натощак) и на 120-й минуте теста. В соответствующих образцах сыворотки измерили концентрации проИНС (иммуноферментный метод, тест-система Proinsulin ELISA, Mercodia, Швеция) и С-п (электрохемилюминесцентный иммуноанализ, анализатор Cobas e411, Roche Diagnostics, Германия). Рассчитали отношения проИНС/С-п на 0-й и 120-й минутах теста по формуле проИНС/С-п = (концентрация проИНС)/(концентрация проИНС + концентрация С-п) и сравнили их с применением парного критерия Уилкоксона.

Результаты. Медианы и 95%-е доверительные интервалы отношений проИНС/С-п на 0-й и 120-й минутах составили. соответственно, 2,2 (1,02—3,74) и 3,8 (2,54—9,7) и достоверно различались ($P = 0,0005$).

Выводы.

(1) По данным литературы, отношение проИНС/С-п натощак варьирует у здоровых людей между 0,6 и 2,6 и в среднем равно 1,4, а у пациентов с впервые выявленным СД1 – между 1,9 и 6,2 и в среднем равно 4 [Scholin A et al., 2011; Watkins RA et al., 2016; Sullivan CA et al., 2018; Ellison BR et al., 2020; Egan AM et al., 2021; Vankova M et al., 2023; Desouter AK et al., 2023; Hstrup PE et al., 2025]. В нашем случае отношение проИНС/С-п натощак у подростков с СД1 оказалось ниже среднего значения этого показателя, найденного в литературе, но выше среднего значения проИНС/С-п у здоровых людей.

(2) У подростков с впервые выявленным СД1 отношение проИНС/С-п достоверно возрастает к 120-й минуте теста с метаболической нагрузкой, что, по-видимому, указывает на усиление дисфункции β -клеток на фоне нагрузки.

(3) Отношение проИНС/С-п может быть важным лабораторным индикатором состояния β -клеток в клинических испытаниях и апробациях методов профилактики и терапии СД1.

ИССЛЕДОВАНИЕ F2 G20210A ПОЛИМОРФИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Автор: Акрамова Нигора Турдикуловна, akramovanigoraturdikulovna@gmail.com

Место работы: ташкентская медицинская академия

Город: Ташкентская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Особенностью подагры является частое сочетание с такими заболеваниями, как артериальная гипертензия, метаболический синдром, сахарный диабет II типа, для которых характерен высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. По данным авторов при подагре происходит активация коагуляционной системы организма. Возможно, это связано с наличием F2 G20210A полиморфизма у больных. Ген F2 кодирует аминокислотную последовательность белка протромбина. Наличие полиморфизма F2 G20210A в гомозиготной или гетерозиготной форме значительно (в 3 и более раз, а на фоне курения - в 40 и более раз) увеличивает риск возникновения венозных тромбозов, в том числе тромбозов сосудов мозга и сердца, особенно в молодом возрасте.

Цель. Изучить наличия полиморфизма F2 G20210A у больных с подагрой.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 86 пациентов с подагрой. Материалом для исследования служил венозная кровь больных, в объеме 3 мл. Анализ ДНК проводился методом мультиплексный ПЦР в реальном времени (Real-time TaqMan PCR), аппаратом Rotor-Gene Q 6plex (Сингапур).

Результаты. В результате исследования получились следующие результаты: 42 больных (49%) имели GG вариант; 26 больных (30%) имели GA вариант; 18 (21%) больных имели AA вариант. Наличие гомозиготного варианта GG считается нормой и у этих больных нет нарушений со стороны протромбина. У носителей гетерозиготного GA варианта повышенный риск тромбозов. Пациенты с гомозиготным вариантом AA имеют очень высокий риск тромбозов и тромбоэмболий.

Выводы. При исследовании наличия F2 G20210A полиморфизма гена протромбина у больных с подагрой, выявился что 51% исследованных пациентов имеют высокий риск тромбозов и тромбоэмболий.

ГИСТОСТРУКТУРА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У САМЦОВ И САМОК КРЫС ВИСТАР ПРИ ДИЕТ-ИНДУЦИРОВАННОМ ВИСЦЕРАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Автор: Басалай Анастасия Александровна, anastasiya.basalay@yandex.by

Место работы: Институт физиологии НАН Беларусь

Соавторы: Кузнецова Т. Е., Митюкова Т. А.

Город: Минская обл.

Источник финансирования: Государственная программа научных исследований Национальной академии наук Беларусь «Трансляционная медицина» на 2021 – 2025 гг. (подпрограмма «Экспериментальная медицина», задание 4.1.1.5).

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель – изучить гистоструктуру щитовидной железы у крыс обоего пола при диет-индуцированном висцеральном ожирении.

Материалы исследования. Эксперименты выполнены с соблюдением положений Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях. Исследование одобрено комитетом по биоэтике Института физиологии НАН Беларусь. Моделирование диет-индуцированного ожирения проводилось на половозрелых самцах ($n=14$) и самках ($n=13$) крыс Вистар, начиная с 2-х месячного возраста с использованием высококалорийной диеты (ВКД) в течение 16 недель. ВКД состояла из дополнительного включения жиров животного происхождения (свиное сало) в стандартный рацион из расчета 45% от суточной калорийности корма и замещения воды на 10% раствор фруктозы *ad libitum*. Численность контрольных групп самцов и самок, получавших стандартную диету вивария, была сопоставимой. Исследование микропрепаратов щитовидной железы (ЩЖ), морфометрию и изготовление микрофотографий проводили с помощью светового микроскопа «Альтами ЛЮМ 1». Оцифрованные изображения обрабатывали с помощью программы Image J. Статистическую обработку данных выполняли в программе Statistica 10.0.

Полученные результаты. После 16-ти недельной ВКД у крыс развивалось висцеральное ожирение: статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение массы висцеральной жировой ткани у самцов в 3 раза и у самок в 2 раза по отношению к соответствующим группам контрольных животных. При исследовании препаратов ЩЖ у самцов и самок крыс контрольных групп, находившихся на стандартном рационе питания, установлено, что гистологическая картина органа соответствует физиологической норме. У самцов и самок крыс с висцеральным ожирением сохранялось дольчатое строение железы. Однако, выявлено увеличение размеров фолликулов с накоплением в них коллоида и уплощением тироцитов. Наблюдалась умеренная диффузная воспалительная инфильтрация органа, местами встречались крупные очаги лимфоцитарного инфильтрата. В соединительно-тканых перегородках и вблизи сосудов были зарегистрированы крупные липидные включения. По данным морфометрического анализа зафиксировано статистически значимое ($p < 0,05$) снижение высоты фолликулярного эпителия, увеличение площади фолликулов, их внутреннего диаметра и индекса накопления коллоида по сравнению с контрольными животными. Описанные гистологические и морфометрические изменения характерны для гипофункции органа.

Выводы. При диет-индуцированном висцеральном ожирении у самцов и самок крыс Вистар выявляются морфологические признаки стеатоза и гипофункции щитовидной железы.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ИНСУЛЬТОМ

Автор: Прекина Валентина Ивановна, urekina@mail.ru

Место работы: ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Соавторы: Самолькина О. Г., Есина М. В.

Город: Мордовия

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель. Изучить вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных сахарным диабетом (СД) и ишемическим инсультом (ИИ) по данным суточного мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ).

Методы исследования. Обследовано 108 больных с острым ишемическим инсультом, мужчин - 41 (39,4%) и женщин - 63 (60,6%). Основную группу (ОГ) ставили 24 пациента с СД 2 типа, средний возраст $66,7 \pm 2,3$ лет, группу контроля (ГК) – 84 больных с инсультом без СД, средний возраст $60,2 \pm 1,3$. Критерии исключения: фибрилляция предсердий, прием антиаритмических препаратов I и III классов. Холтеровское мониторирование (ХМ) проводилось с использованием системы «МИОКАРД-ХОЛТЕР» в течение 24 часов на 2-3 сутки инсульта. Оценивали среднесуточную, минимальную, максимальную частоту сердечных сокращений (ЧСС), временные показатели ВСР (SDNN, SDNNi, SDANNi, rMSSD, PNN50). Автоматический анализ интегрально-го заключения ВСР проводился методом «анализа коротких участков», разработанным Г.В. Рябыкиной и А.В. Соболевым. Циркадный индекс (ЦИ) рассчитывали, как отношение средней дневной ЧСС к средней ночной.

Полученные результаты. Минимальная, максимальная и среднесуточная ЧСС у больных ОГ были выше, чем в ГК и составили соответственно $57,91 \pm 1,82$ против $47,93 \pm 0,79$ ($P < 0,05$), $115,57 \pm 4,74$ против $102,87 \pm 2,04$ ($P < 0,05$), $77,0 \pm 1,96$ против $67,02 \pm 1,03$ ($P < 0,05$). Были снижены временные показатели больных ОГ: SDNN - $86,71 \pm 5,86$ против $119,11 \pm 3,75$ мс ($P < 0,05$), SDNNi – $36,38 \pm 2,83$ против $52,07 \pm 1,81$ мс ($P < 0,05$), RMSSD - $20,14 \pm 3,02$ против $29,18 \pm 1,56$ мс, PNN50 – $3,05 \pm 1,2$ против $6,87 \pm 0,85\%$ ($P < 0,05$). При оценке ВСР методом «анализа коротких участков» количество пациентов с нормальной ВСР ОГ составило 14,3 против 40,2 % в ГК ($P < 0,05$), а с резко сниженной ВСР – 71,4 против 34,2% ($P < 0,05$). Средние значения ЦИ ЧСС в обеих группах были снижены в одинаковой степени и составили $1,12 \pm 0,01$. Снижение ВСР у больных СД, вероятно, было обусловлено вегетативной кардиальной нейропатией.

Выводы. По результатам исследования выявлено неблагоприятное влияние СД на ВСР. Отмечено увеличение минимальной, максимальной и среднесуточной ЧСС, снижение всех временных показателей ВСР, что подтверждалось и методом «анализа коротких участков». Предполагаемым механизмом снижения ВСР может быть диабетическая вегетативная кардиальная нейропатия. Снижение ВСР при СД может снизить адаптационные возможности организма и ухудшить прогноз больных при инсульте.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2ТИПА: АССОЦИАЦИЯ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОЛОМ И ВОЗРАСТОМ ПАЦИЕНТОВ

Автор: Бедина Светлана Александровна, clinicalbiochemistry@yandex.ru

Место работы: ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»; ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Соавторы: Папичев Е. В.

Город: Волгоградская обл.

Страна: Россия

Город: Волгоград

Место работы: ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»; ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Почта: e_papichev@mail.ru

Телефон: +79880217880

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) становится все более распространенным заболеванием во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество людей с диабетом продолжает расти, что создает значительную нагрузку на системы здравоохранения. Поддержание уровня глюкозы в крови в пределах целевых значений способствует снижению риска развития осложнений. При контроле гликемии особое внимание следует уделять пациентам СД пожилого возраста и мужского пола. Наиболее надежным индикатором долгосрочного контроля гликемии признан гликеривидный гемоглобин, позволяющий оценивать эффективность лечения и прогнозировать развитие осложнений.

Цель исследования. Сравнить уровень глюкозы плазмы крови натощак и среднесуточной гликемии у больных СД 2 типа и оценить гликемические показатели в зависимости от возраста и пола пациентов.

Материалы и методы. У 30 больных СД 2 типа определяли уровень глюкозы натощак в плазме крови и концентрацию гликеривидного гемоглобина в цельной крови методом количественного турбидиметрического иммуноанализа с ингибирированием. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием программы «STATISTICA 10.0» для Windows. Количественные показатели, подверженные нормальному распределению, представлены в формате $M \pm St.Dev.$ [95%ДИ], ненормальному - Me (Q1-Q3). В качестве критического уровня значимости принято $p < 0,05$.

Результаты. Группу больных СД 2 типа составили 19 (63%) женщин и 11 (37%) мужчин, средний возраст больных – $62,3 \pm 8,4$ года [59,2-65,4]. У 93% больных СД 2 типа выявлены множественные осложнения. Уровень глюкозы натощак составил $8,37 \pm 1,24$ [7,91-8,83], гликеривидного гемоглобина – 8,0 (7,5-8,4)%, среднесуточная гликемия, определенная по расчетной таблице гликеривидного гемоглобина – 10,2 (9,4-10,9) ммоль/л. Показатели среднесуточной гликемии значительно выше по сравнению с уровнем гликемией натощак ($Wilcoxon's T = 19,0$; $p < 0,0001$). Согласно полученным данным, среднесуточная гликемия коррелировала с возрастом больных СД 2 типа ($\rho = 0,52$; $p = 0,003$). Шанс более высокой гликемии был в 2,6 раз выше у пациентов мужского пола ($OR = 2,56$ (95% ДИ 1,14-5,77).

Выводы. Значительное превышение показателей среднесуточной гликемии по сравнению с концентрацией глюкозы натощак свидетельствует о плохом гликемическом контроле. Для долгосрочной оценки гликемии с целью повышения эффективности лечения, предотвращения развития осложнений и улучшения качества жизни пациентов необходимо контролировать уровень гликеривидного гемоглобина. У пожилых пациентов СД 2 типа и у лиц мужского пола определялись более высокие показатели гликемии, что требует более тщательного мониторинга гликемического профиля у данных групп больных из-за высокого риска развития сердечно-сосудистых катастроф.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КО-ТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА В КАЧЕСТВЕ РЕНОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Автор: Трандафилова Мария Николаевна, m.trandafilowa@ya.ru

Место работы: ГОО ВПО ДонГМУ им. М. Горького

Соавторы: Стефаненко А. В., П. Алина В., Багрий А.Э.

Город: Донецкая Народная Республика (ДНР)

Источник финансирования: Нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность темы. Диабетическая нефропатия (ДНП) остается одной из ключевых проблем современной медицины. Высокий ренопротекторный потенциал ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера-2 (иНГЛТ-2) мотивирует дальнейшее изучение их эффективности у больных с ДНП.

Цель. изучить ренопротекторную эффективность и безопасность применения дапаглифлозина у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. В исследовании участвовали 62 пациента с СД2, средний возраст — $63,1 \pm 9,3$ года. Средняя давность диабета - $9,8 \pm 3,3$ лет. Средние уровни гликемированного гемоглобина (HbA1C) – $8,33 \pm 1,38\%$. Все больные получали метформин, 49 больных (79%) принимали препараты сульфанилмочевины, 15 больных (24,2%) – ингибиторы дипептидилпептидазы-4, 12 (19,4%) – инсулин. Пациенты были рандомизированы на две группы: группа А ($n=32$), которые в дополнение к указанным выше сахароснижающим препаратам получали дапаглифлозин в дозе 10 мг ежедневно, и группа Б ($n=30$), которые глифлозины не получали. Длительность наблюдения - 6 месяцев, в динамике оценивали уровни HbA1C, креатинина с подсчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ), цистатина С, альбумин-креатининовое соотношение (ACR) мочи. Для статистической обработки данных использовалась программа MedStat 4.0.

Результаты. У 49 (79%) из обследованных больных была выявлена ДНП. Из них у 11 (22,4%) диагностирована I стадия хронической болезни почек (ХБП), II стадия - у 12 (24,5%), а III стадия — у 26 (53,1%). Сахароснижающий эффект был статистически значимым и существенно не различался между группами. В группе А через 6 месяцев степень возрастания СКФ составила $+10,2 \pm 4,1\%$, $p < 0,05$, в группе Б такого благоприятного эффекта зафиксировано не было. Степень уменьшения ACR в группе А за 6 месяцев в сравнении с исходным уровнем составила $-49,7 \pm 24,2\%$. В группе Б подобный эффект также имел место, но был менее значимым ($-28,4 \pm 48,2\%$), $p < 0,05$. Доли лиц с выраженным снижением ACR, а также с увеличением СКФ на 10% и более оказались достоверно более высокими при III стадии ХБП в сравнении с ХБП I и II стадии или отсутствием ДНП (65,4% vs 44,4% и 53,8% vs 38,9%, соответственно).

Выводы. Пациенты, получавшие дапаглифлозин, показали статистически значимые улучшения в уровнях СКФ и альбуминурии. Явный ренопротекторный эффект дапаглифлозина наблюдался у пациентов с изначальной III стадией ХБП, и значениями ACR выше 300 мг/г, а также концентрациями цистатина С выше 1,4 мкг/мл. Высокая эффективность дапаглифлозина как в снижении уровня глюкозы, так и в защите почек, подтвержденная в данном исследовании, обосновывает его более активное использование с ренопротекторной целью у лиц с СД2 как на этапе развернутой ДНП, так и на более ранних этапах.

УРОВНИ ПРОЛАКТИНА И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Автор: Радионова Ангелина Андреевна, angelinarupp1402@gmail.com

Место работы: Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины — филиал ИЦИГ СО РАН

Город: Новосибирская обл.

Источник финансирования: Грант губернатора Новосибирской области молодым ученым

А.А. Радионова¹, С.М. Воевода^{1,2}, О.Д. Рымар¹ Л.В. Щербакова¹, А.Я. Величко³.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

1. Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины — филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики» СО РАН; Российская Федерация, г. Новосибирск

2. ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины»; Российская Федерация, г. Новосибирск

3. Городское бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница № 11»; Российская Федерация, г. Новосибирск

Актуальность. Биомаркеры, полученные на ранних стадиях заболевания COVID-19, потенциально могут помочь в лечении пациентов во время госпитализации. Одним из таких маркеров является гормон пролактин (ПРЛ), ассоциирующимся с репродуктивной функцией и участвующим в становлении лактации. Однако, известно, что ПРЛ принимает участие во врождённом и адаптивном иммунитете, а его воздействие опосредуется эндокринными, паракринными и аутокринными механизмами. В литературе описано действие ПРЛ как иммуномодулятора, способного вызывать как провоспалительные, так и противовоспалительные реакции: эффекты ПРЛ будут зависеть от его концентрации в крови.

Цель. Изучение уровней пролактина, как биомаркера тяжести заболевания COVID-19, среди госпитализированных пациентов.

Методы исследования. Исследование выполнено в Научно-исследовательском институте терапии и профилактической медицины — филиал ФИЦ ИЦИГ СО РАН. В исследование было включено 1500 человек госпитализированных в стационар. Сформирована простая случайная подвыборка из 250 человек. Пациенты разделены на 2 группы: 100 мужчин и 150 женщин. Сравнение результатов лабораторных данных проводилось между уровнями пролактина, тиреотропного гормона, интерлейкина-6.

Полученные результаты. При сравнительном анализе получено, что женщины имели более длительную давность заболевания до поступления, и при поступлении в стационар чаще получали положительный результат ПЦР теста. Средние уровни ПРЛ в начале госпитализации у женщин составили $432,4 \pm 365,3$ мМЕ/л, ТТГ $2,0 \pm 2,7$ мМЕ/л. Среди мужчин: ПРЛ $344,8 \pm 222,9$ мМЕ/л, ТТГ $2,0 \pm 2,8$ мМЕ/л, без статистически значимой разницы. Однако, при оценке гормонального профиля у пациентов после окончания лечения получена разница в уровнях ПРЛ между мужчинами и женщинами: $284,8 \pm 169,1$ vs $367,2 \pm 413,2$ мМЕ/л.

Выводы. В исследовании не были получены повышенные уровни ПРЛ как среди мужчин, так и среди женщин. Уровни ПРЛ после терапии имели тенденцию к снижению у мужчин и женщин, однако у женщин ПРЛ был достоверно ниже. Учитывая данные о том, что ПРЛ играет сложную роль в иммунном ответе и способствует развитию провоспалительного и противовоспалительного ответа, при имеющихся в настоящий момент результатах исследований об уровнях ПРЛ среди больных COVID-19, актуальным остается дальнейшее изучение вклада ПРЛ в развитие инфекционных заболеваний.

ОЖИРЕНИЕ И РИСК РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Автор: Шапошникова Екатерина Викторовна, catrinaek@yandex.ru

Место работы: КрасГМУ

Город: Красноярский край

Источник финансирования: -

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Рост частоты гестационного сахарного диабета (ГСД) в настоящее время обусловлен как введением в практику клинических рекомендаций по диагностике и акушерской тактике у беременных с нарушениями углеводного обмена, так и распространностью среди женщин репродуктивного возраста избыточной массы тела и ожирения, обусловленных гиподинамией и неправильными пищевыми привычками, увеличением возраста женщин, вступающих в беременность, наличием гипертензивных расстройств и СД 2 типа в популяции в целом. Выявление модифицированных факторов риска развития нарушений углеводного обмена во время беременности на этапе прегравидарной подготовки является значимым условием для снижения перинатальных осложнений.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ факторов риска развития ГСД.

Материалы и методы. Проведен анализ историй родов 811 пациенток с нарушениями углеводного обмена, находившихся на этапе дородовой госпитализации и родоразрешенных в родильном доме за период с января по декабрь 2018 и 2022 гг. Критерием включения беременных в исследование было наличие диагноза ГСД, выставленного на основании двухэтапного скрининга: определения гликемии при первом обращении беременной в женскую консультацию и проведения перорального глюкозотолерантного теста в сроки 24-32 недели.

Результаты. Средний возраст пациенток составил $29,4 \pm 5,8$ года. Количество родов у пациенток с нарушениями углеводного обмена за последние 5 лет увеличилось в 2,3 раза – с 13,6% (315/2320) в 2018 г. до 30,9% (570/1840) в 2022 г. (ОР = 0,58; 95% ДИ 0,53-0,64; $p < 0,001$), за счет пациенток с гестационным сахарным диабетом, число родов у которых по отношению к общему числу родоразрешений увеличилось в 2,5 раза – с 11,7% (271/2320) в 2018 г. до 29,3% (540/1840) в 2022 г. (ОР = 0,55; 95% ДИ 0,49-0,60; $p < 0,001$). В обеих группах наиболее часто встречающимся сопутствующим экстрагенитальным заболеванием было ожирение, имеющее место в 48,3% (131/271) в 2018 г. и в 39,6% (214/540) в 2022 г., причем в структуре пациенток с избыточной массой тела более чем у половины женщин выявлены выраженные формы ожирения. Так, ожирение II-III степени встречалось в 69,5% (91/131) и 64,9% (139/214) случаев в 2018 и 2022 гг. соответственно.

Выводы. Прегравидарное ожирение является одним из значимых факторов риска развития ГСД, причем риск развития нарушений углеводного обмена возрастает пропорционально степени ожирения. Исследования свидетельствуют, при избыточной массы тела риск развития ГСД увеличивается вдвое - ОШ 2,22 (1,72–3,64), а при диагностированном ожирении до беременности - риск увеличивается в 4 раза - ОШ 3,88 (2,97–5,32). Полученные в ходе настоящего исследования данные показали, что наиболее часто встречающимся сопутствующим экстрагенитальным заболеванием было ожирение, имевшее место в 48,3% в 2018 г. и в 39,6% в 2022 г., при наличии более чем у половины женщин выраженных форм ожирения.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ МОТИВАЦИИ, СПОСОБСТВУЮЩИХ ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПО ДАННЫМ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ КРОВИ

Автор: Быкова Наталья Михайловна, NataliBykova@mail.ru

Место работы: ОГАУЗ ИГКБ №10 отделение эндокринологии

Соавторы: Варламова С. В., Мергалий Е. А., Навтанович Н. А., Ткачева Н. С.

Город: Иркутская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель: Провести анализ факторов мотивации, способствующих достижению целевых показателей, по данным непрерывного мониторинга глюкозы крови у больных сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы: Были изучены медицинские документы 45 больных, мужчин–12 (26,7%), женщин–33 (73,3 %). Средний возраст–31,83 ± 0,9 лет. Больные были сравнимы по стажу заболевания, осложнениям, сопутствующей патологией. Все прошли обучение в школе для больных сахарным диабетом. Были изучены показатели: средний уровень сахара крови в течение дня, показатель времени в целевом диапазоне (ВЦД). Исследуемые были разделены на 4 группы в зависимости от фактора мотивации: беременность 23 человека–1 группа (средний возраст $30,34 \pm 1,18$ лет), предполагаемое плановое оперативное лечение 6 человек–2 группа (средний возраст $36,83 \pm 1,8$ лет), профессиональные проблемы 9 человек–3 группа (средний возраст $35 \pm 2,4$ лет), неожиданные события в здоровье 7 человек–4 группа (средний возраст $35,28 \pm 2,25$ лет). Контроль гликемии проводили системой FreeStyle Libre. Целевой диапазон– 3,9 - 10ммоль/л. Время датчика в активном состоянии было не менее 90%. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью прикладных программ Statistica.

Результаты: Исследования были разделены на два этапа. Первый – до наступления фактора мотивации, второй через 2-3 недели после. Средне-суточный уровень сахара на первом этапе у больных 1 группы $10,8 \pm 0,73$ ммоль/л; во 2 группе $9,96 \pm 0,92$ ммоль/л; в 3 группе $10,6 \pm 0,97$ ммоль/л; в четвертой группе $14,1 \pm 1,8$. На втором этапе обсуждаемый показатель уменьшился во всех группах. В 1 группе в 1,44 раза и составил $7,5 \pm 0,32$ ммоль/л ($p < 0,05$). Во второй группе в 1,38 раз и стал $7,2 \pm 0,55$ ($p < 0,05$), в 3 группе в 1,43 раза и составил $7,4 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), в 4 группе в 1,98 раза - $7,4 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). Время в целевом диапазоне (ВЦД) на первом этапе составляло в 1 группе $49,1 \pm 1,7\%$, а на втором этапе повысилось до $76,3 \pm 3,02\%$, разница в 1,55% оказалась статистически значима ($p < 0,05$). У пациентов 2 группы ВЦД на первом этапе оказалось $52,0 \pm 5,4\%$, а на втором этапе $72,5 \pm 7,3\%$, разница в 1,39 так же статистически значима ($p < 0,05$). Средний показатель ВЦД у больных третьей группы составил на первом этапе $49,4 \pm 4,2\%$, а на втором этапе увеличился в 1,6 раза и оказался $76,8 \pm 2,9\%$, что так же статистически значимо ($p < 0,05$). Выявленная разница показателей ВЦД у больных четвертой группы в 1,57 раз (на первом этапе $44,7 \pm 5,2\%$, на втором – $70,42 \pm 3,2\%$) оказалась достоверной ($p < 0,05$).

Выводы: У больных всех групп при наступлении фактора мотивации снизился средний показатель сахара крови и повысилось ВЦД. Причем наиболее значимо это проявляется у женщин при наступлении беременности и у пациентов, у которых уже случилась катастрофа в организме. На втором месте оказались влияние профессионального фактора и предполагаемое хирургическое лечение. Таким образом, при возникновении определенных ситуаций, которые становятся мощным фактором мотивации, пациент становится способен нормализовать уровень гликемии.

ГОДОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ИНЬЕКЦИЙ ПАРИКАЛЬЦИТОЛА В ОКОЛОЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Автор: Жулина Елизавета Михайловна, Elisaveta.zhulina@gmail.com

Место работы: ФГБОУ ВО СибГМУ

Соавторы: Брыкун М. В., Саприна Т. В.

Город: Томская обл.

Источник финансирования: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) – значимое осложнение хронической болезни почек (ХБП). Стимуляция околошитовидных желез (ОЩЖ) существенно ухудшает прогноз пациентов с терминальной стадией ХБП. Введение парикальцитола в ОЩЖ рассматривается как потенциальная альтернатива для быстрого и направленного снижения уровня паратгормона (ПТГ), улучшения минерального обмена и замедления сосудистой кальцификации.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность введения парикальцитола в ОЩЖ у пациентов с ХБП и ВГПТ при уровне ПТГ 300-600 пг/мл через 12 месяцев.

Материал и методы. В исследование включено 48 пациентов с терминальной стадией ХБП и ВГПТ (ПТГ 300–600 пг/мл). Основную группу составили 14 пациентов, которым проводились инъекции парикальцитола в ОЩЖ под ультразвуковым контролем. Группа сравнения (n=34) продолжала получать стандартное медикаментозное лечение. Динамика оценивалась через 12 месяцев по уровню ПТГ, b-CrossLaps, FGF23, минеральной плотности костной ткани, сосудистой кальцификации. Статистическая обработка проводилась с помощью IBM SPSS Statistics (v 30.0.0). Исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол №8476/1 от 30.11.2020г.).

Результаты. Через 12 месяцев в основной группе медиана уровня ПТГ снизилась с 504 (489;601) пг/мл до 208,4 (132,7; 294,1) пг/мл, что составило 58,7% от исходного значения. Однако у 1 пациента зафиксирован рецидив подъема ПТГ через 3 месяца после инъекций, у 3 – через 9 месяцев, у 1 – через 12 месяцев. В группе сравнения уровень ПТГ демонстрировал стойкую тенденцию к повышению с 365 (320;425) пг/мл до 619,7 пг/мл (69,8%) ($p<0,05$). Анализ костного обмена показал, снижение b-CrossLaps с 1,9 (1,19; 2,5) до 0,85 (0,65; 1,2) нг/мл ($p<0,05$), FGF23 с 18,1 (5,3;20,0) до 5,8 (2,5; 12,0) пмоль/л ($p<0,01$) в основной группе. В группе сравнения b-CrossLaps увеличился до 1,55 (0,9;2,2) до 2,4 (1,5; 2,9) нг/мл ($p=0,01$), а FGF23 – с 14,75 (4,73;18) до 24,5 (10,0; 28,0) пмоль/л ($p<0,05$). Частота остеопороза в основной группе за период наблюдения не изменилась, тогда как в группе сравнения увеличилась до 91,2%. Прогрессирование сосудистой кальцификации в основной группе не зафиксировано, в группе сравнения частота возросла до 67,6%. ROC-анализ подтвердил значимость индекса коморбидности (AUC=0,93), длительности дialisса (AUC=0,85) и уровня FGF23 (AUC=0,75) для прогрессирования остеопороза и сосудистой кальцификации. Осложнений в виде осиплости голоса, кровотечений и межмышечных гематом не зарегистрировано. У 8 (57%) пациентов основной группы отмечалась кратковременная болезненность в месте инъекции.

Выводы. За год наблюдения локальные инъекции парикальцитола в ОЩЖ обеспечивают достоверное снижение уровня ПТГ, улучшают показатели костного обмена и замедляют прогрессирование остеопороза и сосудистой кальцификации у пациентов с ВГПТ на фоне ХБП. Метод продемонстрировал хороший профиль безопасности и переносимости, что позволяет рассматривать его в качестве альтернативы хирургическому лечению.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РИСКУ ОЖИРЕНИЯ

Автор: Шемеровский Константин Александрович, constshem@yandex.ru

Место работы: Санкт-Петербургский Медико-социальный институт

Соавторы: Селивёрстов П. В., Кантемирова Р. К., Шемеровский К. А.

Город: Санкт-Петербург и область

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Целью данного исследования было сравнение риска ожирения у лиц с регулярным и нерегулярным ритмом эвакуаторной функции кишечника.

Методы исследования: Использовали персонализированный метод «Хроноэнтерографии», позволяющий по данным одностороннего анкетирования выявлять 4 основных параметра каждого обследуемого лица: 1- Частоту циркадианного ритма дефекации, 2 – Акрофазу (момент обычной реализации этой функции), 3 – Рост в сантиметрах, 4 – Вес (массу тела в кг). Частоту ритма определяли в диапазоне от 7 раз в неделю (Эуэнтезия) до 1-6 раз в неделю (Брадиэнтезия). Акрофазу ритма дефекации определяли по 4 вариантам: 1 – Утро (от 06:00 до 12:00), 2 – День (12:00-18:00), 3 – Вечер (18:00-24:00), 4 – Разное время (00:00-24:00). Индекс массы тела определяли в трёх диапазонах: Норма (18-25 кг/м²), Избыток (25-30 кг/м²), Ожирение (выше 30 кг/м²). Выполнено три серии обследований. Первая серия (356 медиков обоего пола в возрасте 21-32 года) были обследованы на предмет зависимости регулярности ритма дефекации от акрофазы этого ритма. Вторая серия обследований (61 человек обоего пола) выявляла зависимость риска ожирения от регулярности ритма стула. Третья серия обследований сравнивала риск ожирения у 100 лиц с регулярным ритмом стула и 100 лиц с нерегулярным ритмом дефекации (склонность к констипации).

Полученные результаты: В первой серии обследований показано, что персонализированный подход к риску патологии позволил выявить замедление циркадианного ритма кишечника в виде констипационного синдрома почти у каждого второго обследованного, у 167 из 356 опрошенного медика, у 47% лиц. У лиц с Эуэнтезией утренняя акрофаза ритма кишечника встречалась почти в 2 раза чаще, чем её отсутствие (125 против 64 = 1,95). У пациентов с нерегулярным ритмом стула (с констипацией) отсутствие утренней акрофазы встречалось почти в 3 раза чаще, чем её наличие (125 против 42 = 2,97).

Во второй серии обследований установлено, что риск ожирения у лиц с нерегулярным ритмом кишечника был (24%) в 3,4 раза выше, чем риск ожирения у лиц с регулярным кишечным ритмом (7%).

В третьей серии наблюдения показано, что среди 100 лиц с регулярным ритмом кишечника (с частотой не менее 7 раз в неделю) риск ожирения составлял 10%, а среди пациентов с нерегулярным кишечным ритмом (1-6 раз в неделю) риск ожирения составлял 28%. Следовательно, нерегулярный ритм кишечника способствует повышению риска ожирения почти в 3 раза (в 2,8 раза).

Выводы:

1. Персонализированный подход к риску ожирения, основанный на определении регулярности циркадианного ритма кишечника и выявлении лиц с повышенным риском ожирения может быть реализован с помощью метода «Хроноэнтерография».

2. Нерегулярный ритм кишечника в виде констипации при частоте ритма стула от 1-2 до 5-6 раз в неделю способствует повышению риска ожирения почти в 3 раза (в 2,8 – 3,4 раза).

3. Восстановление утренней акрофазы циркадианного ритма стула может понизить риск констипационного синдрома и риск ожирения почти в 3 раза.

КРИТИКА КОНЦЕПТА МЕТАБОЛИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО ОЖИРЕНИЯ: ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ ПРО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СЕКРЕТОРНОГО ПОТЕНЦИАЛА МОНОЦИТОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Бограя Мария Михайловна, mbograya@mail.ru

Место работы: Центр иммунологии и клеточных биотехнологий БФУ им. И. Канта

Соавторы: Малащенко В. В., Х. Ольга Г., Газатова Н. Д., Воронова С. С., Литвинова Л. С.

Город: Калининградская обл.

Источник финансирования: Российский научный фонд № 23-15-00061

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Ожирение способствует возникновению кардиометаболических осложнений: однако в индивидуальном риске их развития существуют различия, которые нельзя объяснить лишь степенью гипертрофии жировой ткани. Эти наблюдения привели к появлению концепции метаболически здорового ожирения (МЗО) и метаболически нездорового ожирения (МНО). Однако, несмотря на нормальные показатели углеводного и липидного обменов и отсутствие артериальной гипертензии, было показано, что у лиц с МЗО регистрируются высокие уровни про-воспалительных медиаторов в крови, что не укладывается в рамки «нормы».

Остается открытым вопрос: за счет каких клеток формируется про-воспалительный фон у лиц с МЗО и МНО? Согласно гипотезе формирования субклинического воспаления при ожирении, перспективными клетками являются моноциты периферической крови, выход которых из костного мозга при ожирении возрастает. Таким образом, целью исследования явилось сравнение секреторного потенциала CD14+ моноцитов крови, полученных у метаболически здоровых доноров с нормальным весом (МЗНВ) и групп МЗО и МНО.

Методы: В исследование были включены 136 пациентов (38 муж. и 98 жен.); объектом исследования явились CD14+ моноциты, полученные из венозной крови, методом иммуномагнитной сепарации. Далее, CD14+ клетки культивировали *in vitro* в течении 24 ч с добавлением индуктора воспаления (ЛПС) и без него. Базальную и ЛПС-стимулированную секрецию про-воспалительных цитокинов (IL1 β , IL6, IL8, IL10, MCP1, TNF α) CD14+ моноцитами оценивали методом ИФА. Статистическую обработку осуществляли в программе GraphPad Prism 9.0.

Результаты: Согласно критериям, предложенными Wildman et al. (2008), нами были выделены три группы: с менее чем 2-мя кардиометаболическими отклонениями: группы МЗНВ (ИМТ<25 кг/м², 46 человек) и МЗО (>30 кг/м², 38 человек); с ≥2 критериями группа МНО (>30 кг/м², 52 человека).

Лица с МЗО и МНО по всем изучаемым факторам (IL1 β , IL6, IL8, IL10, MCP1, кроме TNF α) имели почти идентичный профиль секреции, при этом обе группы значимо отличались от МЗНВ: базальная секреция цитокинов CD14+ клетками в группах МЗО и МНО была значимо снижена по сравнению с МЗНВ (от 1,6 до 6,7 раз), группы МЗО и МНО друг от друга не отличались. Мы предполагаем, что это может быть обусловлено ранним рекрутингом моноцитов из костного мозга на фоне субклинического воспаления при ожирении. Заслуживает внимания тот факт, что моноциты, полученные у лиц с МЗО и МНО, после ЛПС-стимуляции, демонстрировали повышенный уровень секреции изучаемых цитокинов (в сравнении с профилем моноцитов МЗНВ), что может свидетельствовать об их увеличенной реактивности в ответ на ЛПС-стимуляцию. Интересно, что секреторные профили моноцитов, полученных от лиц с МНО и МЗО, были сопоставимы между собой.

Выводы: мы предполагаем, что концепция «здорового» ожирения, в контексте выявленных изменений в сторону про-воспалительного статуса моноцитов, независимо от метаболического фенотипа (группы МЗО и МНО), не состоятельна: ее критерии нуждаются в коррекции.

ОСОБЕННОСТИ СРОКА И СПОСОБА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Автор: Шапошникова Екатерина Викторовна, catrinaek@yandex.ru

Место работы: КрасГМУ

Соавторы: Менцик М. М., Шагеева Е. В.

Город: Красноярский край

Источник финансирования: -

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Течение беременности у пациенток с нарушением углеводного обмена сопряжено с высоким риском материнских и/или перинатальных осложнений и является частой причиной досрочного родоразрешения. Своевременное выявление патологии, наблюдение, выбор срока и способа родоразрешения лежат в основе улучшения перинатальных исходов. Так, при наличии акушерских осложнений матери и/или плода оптимальным сроком родоразрешения является срок не позднее 39 недель, а при компенсации сахарного диабета и отсутствии перинатальных осложнений роды возможны при доношенном сроке.

Цель исследования: провести сравнительный анализ срока и способа родоразрешения у пациенток с нарушениями углеводного обмена.

Материал и методы. Произведен ретроспективный анализ 902 историй родов пациенток, находившихся на этапе дородовой госпитализации в акушерском отделении патологии беременности родильного дома, из них 329 беременных были родоразрешены в 2017г. и 573 женщины, родоразрешенные в 2023 г. Критериями включения беременных в исследование было наличие диагноза прегестационный СД 1 типа, а также ГСД, выставленный на основании результатов двухэтапного скрининга: уровня глюкозы венозной плазмы натощак при первом обращении беременной в женскую консультацию и показателей гликемии в ходе проведения перорального глюкозотолерантного теста в сроки 24–32 недели.

Результаты исследования. Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствовали, что число преждевременных родов у пациенток с нарушениями углеводного обмена уменьшилось в 2,9 раза с 11,9% (39/329) в 2017 году до 4,1% (23/573) в 2023 году ($OP=1,8$; 95% ДИ: 1,47-2,25) и явилось отражением своевременно поставленного диагноза и правильно выбранной тактики ведения. Количество программированных родов увеличилось на 4,4% с 10,3% (34/329) в 2017 году до 14,7% (84/573) в 2023 году ($OP=0,8$; 95% ДИ: 0,57-1,03), что позволило снизить процент операции кесарево сечения за последнее время на 11,5% с 54,1% (178/329) в 2017 году до 42,9% (246/573) в 2023 году ($OP=1,3$; 95% ДИ: 1,11-1,59).

Среди наиболее частых осложнений при влагалищном родоразрешении выявлены преждевременный разрыв плодных оболочек и слабость родовой деятельности, что обусловлено наличием осложнений с отсутствием формирования пояса соприкосновения и развитием аномалий сократительной деятельности матери (многоводие, макросомия плода). Количество рожденных детей живыми в 2023 составило 573 ребенка (100%).

Заключение: рутинно используемые диагностические критерии по скринингу нарушений углеводного обмена при беременности предопределяют оптимальную тактику ведения и выбор срока и способа родоразрешения с целью снижения частоты осложнений и создания благоприятных условий для влагалищного родоразрешения.

ВЛИЯНИЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ У ЛИЦ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД-П), РАЗВИВШИМСЯ ПОСЛЕ АЛКОГОЛЬНОЙ И БИЛИАРНОЙ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Автор: Кутья Анастасия Евгеньевна, Anastasia.kutya.1997@gmail.com

Место работы: ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Соавторы: Никулин И. Ю., Михайличенко Е. С., Кутья А. Е., Пылаева Е. А., Багрий А. Э.

Город: Донецкая Народная Республика

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность: В мире ежегодно развивается примерно 6 случаев СД-П на каждые 100 000 человек общей популяции. Тактика выбора сахароснижающего лечения у больных с различными формами СД-П до настоящего времени окончательно не определена, эффективность и переносимость препаратов при данном заболевании недостаточно изучена.

Цель исследования: Оценить эффективность сахароснижающей терапии у пациентов СД-П разной этиологии.

Ключевые слова панкреатогенный диабет, алкогольная форма панкреатита, билиарная форма панкреатита

Материал и методы: В исследовании, продолжительностью $10,6 \pm 2,7$ месяца, принимал участие 81 пациент, у которых установлен диагноз панкреатита и развившегося на его фоне СД-П – 65 мужчин и 16 женщин в возрасте $54,7 \pm 9,3$ лет. Билиарный вариант СД-П был представлен в 39,5% (n = 32) случаев, алкогольный – в 60,5% (n = 49). В качестве сахароснижающей терапии применялись препараты инсулина в индивидуально подобранных дозах, а так же метформин в начальной дозе 1000 мг/сут, а при уровнях HbA1C > 8% и гликемии натощак > 10 ммоль/л к нему также добавляли препараты инсулина с последующим подбором дозировок. Оценивали исходно и в динамике: гликозилированный гемоглобин (HbA1C), индекс инсулинорезистентности (HOMA-IR), индекс глюкозотоксичности (HOMA-B), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), индекс массы тела (ИМТ), системическое артериальное давление (САД). Статистическую обработку полученных данных выполняли в приложении Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение: На фоне лечения степень снижения HbA1C (показатель Δ – разница между конечным и начальным значением показателя) составила для алкогольной формы СД-П в абсолютном выражении $-1,59 \pm 0,26\%$, в то время как для билиарной формы эти значения составили соответственно $-1,76 \pm 0,23\%$, при этом различия между группами степени статистической значимости не достигли, $p > 0,05$. Достоверно более значительными были позитивные изменения в группе с билиарной формой СД-П в сравнении с алкогольной в отношении динамики индексов HOMA-IR (абсолютная величина Δ соответственно $-0,66 \pm 0,14$ против $-0,31 \pm 0,08$) и HOMA-B (абсолютная величина Δ соответственно $+9,2 \pm 0,9$ против $+5,4 \pm 0,6$), а также САД (абсолютная величина Δ соответственно $-24,4 \pm 4,9$ против $-16,1 \pm 3,5$), все $p < 0,05$. Также отмечается менее выраженная степень снижения функции почек за время наблюдения при билиарной форме СД-П в сравнении с алкогольной формой – для СКФ, например, абсолютные величины Δ составили соответственно $-3,6 \pm 0,7$ мл/мин/1,73m² против $-7,1 \pm 1,3$ мл/мин/1,73m², $p < 0,05$. В группе с алкогольной формой СД-П период лечения сопровождался небольшим повышением ИМТ, в группе с билиарной формой СД-П за это время отмечено его умеренное снижение (абсолютная величина Δ соответственно $-+0,5 \pm 0,3$ против $-1,2 \pm 0,7$).

Выводы: На фоне проводимого лечения, включавшего метформин, как при алкогольной, так при билиарной форме СД-П наблюдалась положительная динамика представленных клинико-лабораторных параметров, с достоверным в сравнении с исходными значениями снижением уровней HbA1C, индекса HOMA-IR и системического артериального давления, а также повышением величин индекса HOMA-B. Что позволяет судить о более широком применении метформина у больных с разными формами СД-П.

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПРОЛАКТИНОМАХ

Автор: Сиднева Юлия Геннадьевна, ysidneva@nsi.ru

Место работы: НМИЦ нейрохирургии им.Н.Н.Бурденко МЗ РФ; НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ

Соавторы: Астафьева Л.И., Калинин П.Л., Зайцев О.С., Воронина И.А., Клочкова И.С., Шкарабо А.Н., Кутин М.А., Бадмаева И.Н.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность: Новообразования головного мозга нередко становятся причиной развития пароксизмальных состояний. По данным разных авторов частота встречаемости приступов варьирует от 12 до 76%; определяется гистологией опухоли, топографией поражения, размером и направлением роста, нарушением ликвородинамики и другими факторами.

При опухолях гипофиза пароксизмальные состояния выявляются в 8-46% случаев; и помимо общих факторов, зависят от гормональной активности объемного образования. Диагностика пароксизмальных состояний при опухолях гипофиза имеет свои особенности и трудности в дифференциации приступов.

Уточнение структурно-функциональных связей с подтверждением этиологии приступов позволит выстроить комплексную междисциплинарную помощь пациентам с опухолями гипофиза на разных этапах хирургического и медикаментозного лечения.

Цель: изучить пароксизмальные состояния у пациентов с пролактиномами; выделить особенности типов приступов с уточнением структурно-функциональных связей и влияющих факторов.

Материал и методы: 81 пациент (55 мужчин, 26 женщин; от 18 до 71 лет, медиана 41) спролактиномой; уровнем пролактина 11870 - 1039000 мЕд/л (медиана 186000 мЕд/л). У всех пациентов опухоль имела супраселлярный рост с направлением влево (57%) или вправо (14%), в сторону базально-лобных отделов (22%) и III желудочка (7%); из них 45 пациентов с большим размером опухоли в диаметре от 36 мм, 23 - с гигантским более 60 мм. Методы: клинико-психопатологический, в сопоставлении с данными нейроэндокринологического, неврологического, рентгенологического, нейрофизиологического, лабораторных методов исследований.

Результаты: Пароксизмальные состояния выявлялись у 18 пациентов (22%). По типу приступов они делились на: вторично-генерализованные в 62% случаев, сложные парциальные - в 25%, простые парциальные - в 13%, у части имели сочетания. Вторично-генерализованные приступы чаще возникали у пациентов с ростом в височную область влево (48%) или вправо (14%); сложные парциальные приступы - с ростом опухоли влево (19%) и вверх в III желудочек (6%); простые (психосенсорные) - супраселлярно (13%). У всех пациентов при ЭЭГ-исследовании выявлялись характерные изменения активности головного мозга согласно имеющимся приступам.

Заключение: У 22% пациентов с пролактиномами пароксизмальные состояния можно квалифицировать как «структурная эпилепсия», т.к. клинические данные соответствуют определенным типам приступов и локации поражения, что подтверждается нейровизуализацией и характерными ЭЭГ-признаками изменения эпилептической активности. Возникновение приступов и их семиотика во многом определяются объемом опухоли, направлением роста с вовлечением в патологический процесс соответствующих областей головного мозга.

Выделение эпиприступов в клинической картине пролактином позволяет сопровождающим врачам более дифференцированно выстраивать алгоритм оказания комплексной помощи пациентам в составе междисциплинарной команды на всех этапах лечебного процесса.

ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Автор: Клочкова Ирина Сергеевна, Klochkova.irina@gmail.com

Место работы: НМИЦН им.Н.Н. Бурденко МЗ РФ

Соавторы: Астафьева Л.И., Калинин П.Л., Кутин М.А., Коновалов А.Н., Шкарубо А.Н., Фомичев Д.В., Сиднева Ю.Г.

Город: Москва и Московская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Краниофарингиомы (КФ) характеризуются высокой частотой поражения структур третьего желудочка с развитием гипоталамического ожирения (ГО), резистентного к лечению. Данные о распространенности ГО у взрослых с КФ малочисленны. Оценка повреждения гипоталамуса до и после операции необходима для выбора хирургической тактики и возможности раннего терапевтического вмешательства, сдерживающего увеличение веса.

Цель: оценить распространность ГО и особенности увеличения веса при КФ у взрослых.

Материалы и методы: 99 пациентов (49 мужчин, 50 женщин), медиана возраста - 40 лет [28;52], катамнез был известен у 82 человек. Все пациенты были прооперированы (63 – эндоскопическим трансфеноидальным доступом, 36 – транскраниальными), поражения гипоталамуса оценивалось на основании предоперационной МРТ и интраоперационных данных. Масса тела оценивалась до и через 3, 6, 12 и 24 месяца после операции. Индекс массы тела $\geq 25,0$ и $\geq 30,0$ принят для избыточной массы тела и ожирения, соответственно. Пациенты с гипопитуитаризмом и несахарным диабетом получали заместительную гормональную терапию. Катамнез был известен у 82 человек.

Результаты: До операции ожирение выявлено у 32 (32%), избыточный вес - у 30 (30%) пациентов; из них быстрая прибавка веса наблюдалась у 18 пациентов, медиана - 17% [11,4;29,2] или 13,5 кг [8,5;17,8]. Вовлечение гипоталамуса различной степени выявлено у 85% (26 случаев с дислокацией дна 3 желудочка, 59 - с частичным или полным его замещением). Доля тотального удаления КФ составила 61%. Клинически значимое увеличение массы тела ($\geq 5\%$) после операции зарегистрировано у 59 (71%) пациентов; медиана прибавки- 15% [8,8;24,0] или 11 кг [7;17]. После операции медианные показатели массы тела - 90 кг [72;103] и ИМТ =30,61 кг/м² [25,9; 35,5] были значимо выше по сравнению с дооперационными (вес -76 кг [66; 92], ИМТ = 25,83 кг/м² [22,5; 32,3], p <0,001. Увеличение веса наблюдалось в первые 3-6 месяцев после операции с последующей его стабилизацией. После операции имели избыточный вес - 18 (23%) пациентов, ожирение- 46 (57%): 1 степ. - 26,8%, 2 степ.- 20,7 %, 3 степ.- 9,7%. Распространенность ГО была сопоставима в группе пациентов с тотальным и нерадикальным удалением КФ (59% и 54%, соответственно), но степень увеличения веса была значимо выше в группе тотального удаления 13% [4;24] против 7% [3;13] у пациентов с нерадикальным удалением КФ. Пациенты с нормальным уровнем ИМТ по сравнению с пациентами с ожирением до операции имели наибольшую частоту (67,8% против 23,1%) и степень увеличения веса после хирургического лечения (медиана прибавки 13,9 % против 6,0%, p=0,003).

Выводы: Выявлена высокая распространенность ГО среди взрослых пациентов с КФ, частота которого значимо увеличилась после операции. Степень увеличения массы тела отрицательно коррелировала с предоперационным ИМТ, была выше при тотальном удалении. Гипоталамическое повреждение вследствие роста опухоли либо ее хирургического лечения приводит к сопоставимой степени увеличения веса.

МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ ФЕОХРОМОЦИТОМА: ТРУДНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Автор: Малышенко Юлия Александровна, doctor-yula85@mail.ru

Место работы: ГБУЗ КОКБ

Соавторы: Реброва Д.В., Малышенко Ю.А., Митюков А.Е., Воеводина Е.В.

Город: Калининградская обл.

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. По современным представлениям все феохромоцитомы/параганглиомы (ФЕО/ПГ) относят к злокачественным опухолям в связи с наличием метастатического потенциала. Метастазирование при ФЕО/ПГ может быть синхронным, при котором метастазы диагностируются одновременно с выявленной первичной опухолью, или метахронным, при котором метастазы определяются через какой-то промежуток времени (иногда годы) после удаления первичной опухоли.

Цель исследования: представить клинический случай поздней диагностики метастатической феохромоцитомы.

Описание случая. Пациентка К., 45 лет, в течение двух лет страдает повышением уровня артериального давления (АД) максимально до 200/100, слабо поддающимся коррекции на фоне 3- компонентной гипотензивной терапии. Такж пациентка предъявляла жалобы на боли в области левой половины грудной клетки, в связи с чем в анамнезе выполнена коронарография, при которой значимых изменений коронарных артерий выявлено не было. Кроме того, лабораторно неоднократно выявлена гипергликемия до 6,1-6,3 ммоль/л. В течение последних трех месяцев уровень АД стал неуправляемо колебаться с резким подъёмом до 220/120 и последующим снижением до 90/60 мм рт.ст.

В связи с трудностью подбора необходимой терапии госпитализирована в стационар, где выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и грудной клетки с контрастированием, при которой визуализировано многоузловое новообразование правого надпочечника кистозно-солидного характера, размером до 66x63x85мм, с бугристыми, местами нечётким медиальным и нижним контурами, интенсивно и неравномерно накапливающее контрастное вещество (примерно в 2 раза), в отсроченную фазу выявляются множественные септы и множественные сливающиеся узлы по медиальному контуру. Также выявлены множественные очаги в лёгких, вероятно, вторичного характера, а также остеобластический очаг в теле Th9 позвонка. При сцинтиграфии костей всего тела зафиксированы очаги гиперметаболизма радиофармпрепарата в проекции переднего отрезка V ребра слева (260%), в теле Th9 (196%), в проекции левого грудино-ключичного сочленения (170%).

Лабораторно выявлено повышение уровня кортизола в крови как утром до 881,2 нмоль/л , так и вечером – до 488,6 нмоль/л (140-700 нмоль/л), альдостерона до 120,1 пг/мл (17,6-230,2 пг/мл), ренина – более 184,3 мкМед/мл (менее 77,5 мкМед/мл). При этом после ночного теста с 1 мг дексаметазона не было получено подавления уровня кортизола - 289,4 нмоль/л (до 50). Суточная экскреция свободных метанефрина и норметанефрина была значимо повышенна, составив 1272,0 мкг/сут (2,2-48,9) и 981,0 мкг/сут (5,1-77,6) соответственно.

При ПЭТ/КТ с 18F-DOPA подтверждена феохромоцитома правого надпочечника сT4N1M1 с метастатическим поражением забрюшинных лимфатических узлов, легких, костей, подозрением на вторичное поражение молочных желез. Пациентка направлена в федеральный центр с целью оперативного лечения с последующей химиотерапией.

Выводы: 1) У пациентов с повышением уровня АД, не поддающимся коррекции трем и более гипотензивным препаратам, должен быть заподозрен вторичный генез артериальной гипертензии.

2) Гормональное обследование с целью исключения эндокринных причин артериальной гипертензии является надежным маркером скрининга.

3) При подозрении на метастатическую ФЕО/ПГ обследование должно быть дополнено выполнением ПЭТ/КТ.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ТИРЕОТОКСИКОЗА ПОСЛЕ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЛИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

Автор: Валуевич Виктор Владимирович, viktor.val@mail.ru

Место работы: Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «БГМУ»
Соавторы: Данилова Л. И., Красько О. В.

Город: Минская обл.

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Целью лечения радиоактивным йодом (^{131}I) в случае аутоиммунного тиреотоксикоза (болезни Грейвса) является полная абляция тиреоидной ткани с формированием гипотиреоза, а неиммунного – селективная абляция автономных очагов с формированием эутиреоза. В некоторых случаях после лечения развивается рецидив заболевания.

Цель исследования: выявить предикторы рецидива тиреотоксикоза после радиоийодтерапии (РИТ) функциональной автономии (ФА) щитовидной железы (ЩЖ) или болезни Грейвса и разработать прогностические номограммы.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы демографические и клинико-инструментальные показатели 120 пациентов (81 женщина и 39 мужчин) с тиреотоксикозом аутоиммунного и неиммунного генеза до и после РИТ. Данные в работе представлены в виде медианы (1-й и 3-й квартили). Возраст обследованных составил 63 года (52; 70). 39 пациентов (32,5 %) имели в семейном анамнезе заболевания ЩЖ. У 58 была диагностирована унифокальная автономия, у 7 – бифокальная, у 14 – мультифокальная, у 21 – диссеминированная и у 21 – болезнь Грейвса. Для выявления потенциальных предикторов применяли унивариантный и мультивариантный логистический регрессионный анализ. Для оценки прогностической точности моделей и их клинической пользы использовали ROC-анализ, методы машинного обучения и анализ решающих графиков.

Результаты. Через 4 месяца (4; 5) после РИТ эутиреоз развился у 53% пациентов, гипотиреоз – у 35%, рецидив гипертиреоза – у 12%. Созданные с помощью мультивариантной логистической регрессии модели, включающие диагноз заболевания (болезнь Грейвса vs ФА ЩЖ), индекс массы тела (ИМТ) и терапевтический индекс (ТИ) (модель 1), а также диагноз заболевания (болезнь Грейвса vs ФА ЩЖ), ИМТ $<25,972 \text{ кг}/\text{м}^2$ и ТИ $\geq 12,5$ баллов (модель 2) показали хорошую дискриминацию, измеренную по AUC: 0,811 с 95% ДИ 0,707–0,914 ($P<0,001$) и 0,844 с 95% ДИ 0,760–0,928 ($P<0,001$), соответственно. Значения точности прогнозирования при 10-кратной кросс-валидации в тестовых выборках с использованием метода обобщенных линейных моделей «GLM» составили 0,857 с 95% ДИ 0,697–0,952 и 0,886 с 95% ДИ 0,733–0,968, соответственно. Модели визуализированы номограммами. Анализ решающих графиков продемонстрировал превосходство модели 2 над моделью 1.

Выводы. Разработанная номограмма, включающая диагноз заболевания (болезнь Грейвса vs ФА ЩЖ), ИМТ $<25,972 \text{ кг}/\text{м}^2$ и ТИ $\geq 12,5$ баллов, может быть использована для персонифицированной предикции рецидива тиреотоксикоза после РИТ доброкачественных аутоиммунных и неиммунных заболеваний ЩЖ с синдромом тиреотоксикоза.

Ключевые слова: функциональная автономия щитовидной железы, болезнь Грейвса, радиоийодтерапия, рецидив тиреотоксикоза

ОЦЕНКА РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Автор: Есина Марина Валентиновна, esina.marina.val@yandex.ru

Место работы: ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Соавторы: Сергеева М. А., Ямашкина Е. И., Прекина В. И., Ефремова О. Н., Есин Я. А.

Город: Мордовия

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Для сохранения здоровья и работоспособности с пищей должно поступать необходимое количество энергии, рацион питания должен быть сбалансированным, что позволит поддержать оптимальный вес, снизить риск развития многих заболеваний.

Цель. Анализ фактических пищевых рационов студентов медицинского института. **Материалы и методы.** Проанализированы фактические рационы питания 60 студентов медицинского института ФГБОУ ВО «МГУ им Н.П. Огарёва». Оценены рост, вес, индекс массы тела. Анкеты с фактическими рационами питания анализировались с помощью программы Nutrilogic, где оценивались калорийность рационов питания, наименование и количество употребляемых продуктов, кратность их потребления. Адекватность рационов питания студентов по калорийности и содержанию макро - и микронутриентов оценивали в соответствии с Методическими рекомендациями МР 2.3.1.0253-21 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».

Результаты. Средний возраст студентов, включенных в исследование, составил $22,03 \pm 0,32$ года. 36 студентов были с нормальной массой тела, 8 – с дефицитом, 6 – с ожирением, 10 – с избыточной массой тела. Энергетическая ценность рационов питания студентов была в норме у 33% человек, в избытке – у 37%, в дефиците – у 30%. Потребление белка было в норме у 30%, в избытке – у 32%, в дефиците – у 38% студентов. Оптимальное потребление с пищей жиров было лишь у 7% студентов, у 63% наблюдался избыток, у 30% – дефицит. Потребление углеводов было оптимальным у 33% человек, в избытке у 15%, в дефиците у 52%. Поступление с пищей пищевых волокон было недостаточным у 65% студентов. В норме поступление холестерина с пищей было лишь у 33% студентов, у 67% выявлен избыток. Потребление продуктов, содержащих йод и железо было недостаточным у 83 и 50% соответственно. Дефицит кальция выявлен у 37%, цинка у 73%. Потребление воды было недостаточным у 53% студентов, а поступление натрия избыточным у 43%.

Выводы. Энергетическая ценность рационов питания студентов медицинского института была оптимальной лишь у 33% человек. Две трети студентов избыточно потребляли продукты содержащие жиры и холестерин, поэтому необходимо ограничить прием продуктов с высоким содержанием данных нутриентов. Учитывая, что более чем у половины студентов выявлено недостаточное поступление углеводов и дефицит в рационе пищевых волокон, необходимо обогатить рацион овощами и фруктами. Из-за выраженного дефицита в пище студентов железа, цинка, йода, нужно включать в рацион питания продукты содержащие данные микроэлементы.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОГО МОНИТОРИНГА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Автор: Ярец Юлия Игоревна, artyut@mail.ru

Место работы: Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека

Соавторы: Величко А.В.

Город: Гомельская обл.

Источник финансирования: Отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Проанализирована динамика лабораторных показателей костного обмена (общий кальций и неорганический фосфор, интактный паратиреоидный гормон (иПТГ), витамин Д, остаза) у пациентов с первичным гиперпаратиреозом ($n=394$), разделенных на 4 группы: 1 ($n=97$) – паратиреоидэктомия из центрального мини-доступа с двухсторонней ревизией паращитовидных желез и применением конфокальной лазерной микроскопии; 2 ($n=150$) – из мини-доступа с односторонней ревизией; 3 ($n=72$) – из мини-доступа без инспилатеральной ревизии (местная анестезия); 4 ($n=75$) – из доступа Кохера на шее. Топическая диагностика новообразований паращитовидных желез проводилась с использованием комплекса инструментальных методов – УЗИ, КТ-ангиографии, МРТ, сцинтиграфии с ^{99m}Tc -sestamibi, с помощью разработанного нами алгоритма диагностики и компьютерной программы «Гиперпаратиреоз». В сравниваемых группах пациентов отсутствовали дооперационные различия в дооперационных значениях перечисленных лабораторных показателей, что обеспечивало сопоставимость групп.

У пациентов группы 1 в 100% случаев ($n=97$) достигались целевые интраоперационные значения иПТГ – нормализация в 84,6% случаев ($n=82$) или снижение на 50% и более от дооперационных значений в 15,4% случаев ($n=15$). При других вариантах доступов (группы 2, 3, 4) нормализация иПТГ была в 61,3% случаев ($n=182$), снижение иПТГ на 50% и более – в 25,6% ($n=76$), в 13,1% случаев ($n=39$) не достигались целевые значения иПТГ. Только в группе 1 через 3 месяца после операции происходила полная нормализация кальция ионизированного и иПТГ. В группах 2, 3, 4 в ряде случаев сохранялись значения ионизированного кальция более 1,35 ммоль/л, у 30,3 % пациентов ($n=90$) – значения иПТГ более 68,3 пг/мл. Послеоперационное снижение содержания общего кальция регистрировалось у 7,1 % пациентов группы 2, 3 и 4. Через 3 месяца после операции во всех группах пациентов выявлена минимальная частота встречаемости дефицита (7,9%) витамина Д, недостаточность выявлялась у 31,2% пациентов, что позволяет изменить тактику ведения пациентов после паратиреоидэктомии.

Исследование обосновывает новый подход к хирургическому лечению пациентов с первичным гиперпаратиреозом с использованием конфокальной лазерной микроскопии, обеспечивающей достижение в 100% случаев целевых значений иПТГ (в пределах референтного диапазона или снижение на 50% и более от исходного уровня) и нормализации ионизированного кальция. Данный подход позволяет отказаться от обязательного интраоперационного исследования иПТГ, что приведет к существенному снижению длительности оперативного вмешательства без уменьшения его радикальности. Как показывают наши наблюдения, ТАТ (turn-around time, время «оборота» лабораторного теста) иПТГ составляет не менее 40–45 минут, включая доставку пробы в лабораторию, пробоподготовку и постановку исследования иПТГ на анализаторе, валидацию и передачу результатов в медицинскую информационную систему учреждения или непосредственное информирование врача-хирурга.

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ КОЖНОГО КРОВОТОКА КАК НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ.

Рыжкова Е.Г.

Место работы: ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, e.g.ryzhkova@bk.ru

Соавторы: Моргунова Т.Б., Амергулов И.И., Фадеев В.В.

Город: Москва

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Гипотиреоз ассоциирован с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений. Основное патофизиологическое значение в развитии этих осложнений отводится патологии миокарда и макроангиопатии. Однако, есть данные, что снижение уровня тиреоидных гормонов приводит к изменению микроциркуляторного русла с увеличением периферического сосудистого сопротивления, дисфункцией эндотелия и повышением жесткости сосудистой стенки. Метод лазерной допплеровской флюметрии (ЛДФ) длительно используется для оценки кожной микроциркуляции при различных заболеваниях, однако, существуют лишь единичные работы, оценивающие микроциркуляцию при гипотиреозе.

Цель. Выявить потенциальные диагностические маркеры нарушения микроциркуляции у пациентов с первичным гипотиреозом и оценить зависимость этих нарушений от тяжести гипотиреоза.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включены 50 здоровых добровольцев и 51 пациент с гипотиреозом. Пациенты с гипотиреозом разделены на две подгруппы согласно уровню тиреоидных гормонов: явный гипотиреоз ($n=14$) и субклинический гипотиреоз ($n=37$). У испытуемых регистрировали АД, ЧСС, температуру тела, рассчитывали ИМТ; определяли уровень ТТГ, свT4, свT3, общего холестерина (ХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ). Микроциркуляцию в коже оценивали методом ЛДФ («ЛАЗМА СТ») на тыльной стороне предплечья в течение 4 мин. Рассчитывали параметры: среднее значение показателя микроциркуляции (M , пф.ед., отражает перфузию кожи), среднеквадратичное отклонение показателя микроциркуляции (σ , пф.ед.), коэффициент вариации кожного кровотока ($Kv=\sigma/M\%$). Методом вейвлет-анализа рассчитывали амплитуды колебания кровотока в частотных диапазонах, соответствующих нейрогенным, миогенным, дыхательным и пульсовым механизмам модуляции микроциркуляции (An , Am , $Aresp$, $Acard$).

Результаты. M не различалась между исследуемыми группами и в среднем составляла 6-7 пф.ед. Вариабельность кровотока (σ) была снижена у пациентов с явным гипотиреозом по сравнению со здоровыми ($p=0,025$) и субклиническим гипотиреозом ($p=0,037$). Kv был ниже при явном гипотиреозе по сравнению с субклиническим ($p=0,041$). При явном гипотиреозе $Acard$ была ниже, чем у здоровых ($p=0,001$) и пациентов с субклиническим гипотиреозом ($p=0,012$). Уровни ХС, ЛПНП и ТГ при явном и субклиническом гипотиреозе были выше по сравнению со здоровыми ($p<0,05$). Явный и субклинический гипотиреоз различались только по уровню ХС ($p=0,001$).

Выводы. Нарушения кожной микроциркуляции при первичном гипотиреозе проявляются снижением общей вариабельность кожного микрососудистого кровотока (σ и Kv) за счет снижения амплитуды пульсовых колебаний кровотока ($Acard$). При явном гипотиреозе эти нарушения выражены в наибольшей степени и сопровождаются повышением ХС, ЛПНП и ТГ. Выявленные нарушения микроциркуляции у пациентов с первичным гипотиреозом требуют дальнейшей валидации как диагностические и прогностические маркеры сердечно-сосудистых осложнений гипотиреоза.

ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ Г. ГОМЕЛЯ ПО ДАННЫМ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГУ «РНПЦ РМИЭЧ»

Автор: Ярец Юлия Игоревна, artyut@mail.ru

Место работы: Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека

Город: Гомельская обл.

Источник финансирования: Отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Проанализированы результаты исследований состояния щитовидной железы у 33 394 пациентов за период 2023–2024 гг. Определяли тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (T4), антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТП) (анализатор Architect i2000). Референтными значениями считали: ТТГ 0,35–4,94 мМЕд/л, T4 9,0–19,0 пмоль/л, АТ-ТП 0–5,61 МЕ/мл.

У 23 270 пациентов (69,7%) в крови выявлено отсутствие АТ-ТП (до 5,61 МЕ/мл). В этой подгруппе в 91,0% случаев (n=21 178) выявлены нормальные значения ТТГ: 0,35–4,94 мМЕд/л. При этом у 225 пациентов обнаружены снижение T4 от 6,46 до 8,0 пмоль/л, у 26 пациентов – повышение T4 до 19,5–61,06 пмоль/л. У 20 927 пациентов были нормальные значения ТТГ, T4 и АТ-ТП. У 573 (2,5%) пациентов с нормальными показателями АТ-ТП уровень ТТГ был от 0,0 до 0,34 мМЕд/л. Низкий уровень ТТГ в 12,7% случаев (n=73) сопровождался повышением T4: 21,5 (20,1; 26,78) пмоль/л, в 1,4% случаев (n=8) – снижением T4 менее 9,0 пмоль/л, в 85,9% случаев (n=492) – нормой T4. У 1 519 человек (6,5%) ТТГ был повышен до 6,09 (5,4; 7,69) мМЕд/л с максимумом до 95,38 мМЕд/л.

У 10 124 (30,3%) пациентов были повышены АТ-ТП: 133,86 (24,58; 475,43) МЕ/мл, при этом 1 211 пациентов имели уровень АТ-ТП, превышающий 1000,0 МЕ/мл. В подгруппе пациентов с высокими АТ-ТП у 399 человек был снижен уровень T4 до 8,24 (7,46; 8,74) пмоль/л, у 129 пациентов был повышен T4 с максимумом до 63,16 пмоль/л, у 9 596 человек T4 был в норме. Низкий ТТГ сопровождался нормальным (n=378; 75,6%), сниженным (n=6; 1,2%) или повышенным T4 (n=116; 23,2%) до 25,39 (21,69; 30,63) пмоль/л. Высокий ТТГ сочетались с нормальным (n=1939; 88,7%) или со сниженным T4: 7,83 (6,95; 8,53) пмоль/л (n=246, 11,3%). Лабораторные признаки первичного гипотиреоза обнаруживался чаще в подгруппе пациентов, имеющих повышенный уровень АТ-ТП, чем в случаях, когда АТ-ТП не обнаруживались или были в норме ($\chi^2=42,10$; $p<0,001$).

Большинство значений АТ-ТП были от 5,62 до 100 МЕ/мл (n=4 550; 44,9%) и от 200 до 1000 МЕ/мл (n=3 089; 30,5%). С одинаковой частотой выделялись подгруппы пациентов с уровнем АТ-ТП от 100 до 200 МЕ/мл (1 274; 12,6%) и более 1000 МЕ/мл (n=1 211; 12,0%). С увеличением титра антител наблюдалось снижение частоты обнаружения референтных значений ТТГ. В подгруппе пациентов, имеющих уровень АТ-ТП от 5,62 до 100 МЕ/мл, наиболее часто встречались нормальные значения ТТГ: 84,2% (n=3832), при титре АТ-ТП от 100 до 200 МЕ/мл – в 75,6% случаев (n=964), при АТ-ТП от 200 до 1000 МЕ/мл – в 67,5% случаев (n=2086). При превышении АТ-ТП 1000 МЕ/мл нормальный ТТГ регистрировался только у 51,1% пациентов (n=619) ($p<0,001$). Нормальный T4 чаще встречался в подгруппе пациентов, у которых АТ-ТП не превышали 100 МЕ/мл – в 96,0% случаев (n=4370), реже – в подгруппе пациентов с уровнем АТ-ТП от 200 до 1000 МЕ/мл: 66,7% (n=2064) ($\chi^2=1182,89$; $p<0,001$). Наиболее высокие значения АТ-ТП более 1000 МЕ/мл чаще сочетались с лабораторными признаками субклинического гипотиреоза – повышенный ТТГ 8,41 (6,26; 15,29) мМЕд/л выявлялся в 40,6% случаев (n=492), при этом частота обнаружения нормальных значений T4 в этой подгруппе пациентов составила 85,9% (n=1040).

Таким образом, на выборке 33 394 пациентов показана 30,3% частота обнаружения АТ-ТП, наличие которых чаще сопровождалось признаками первичного гипотиреоза, чем отсутствие антител. При интерпретации результатов АТ-ТП необходимо констатировать не только факт их изменения относительно референтного диапазона, но и учитывать степень их увеличения по причине выявленной взаимосвязи с показателями ТТГ и T4.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЬДОСТЕРОНА, РЕНИНА И АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ, ВЫПОЛНЕННЫЕ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Автор: Ярец Юлия Игоревна, artyut@mail.ru

Место работы: Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека

Город: Гомельская обл.

Источник финансирования: Отсутствует

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Проанализированы результаты лабораторных исследований пациентов, выполненные на базе клинико-диагностической лаборатории ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» за период 2023–2024 гг. У 446 пациентов назначалось однократное определение альдостерона и ренина, у 36 пациентов выполнялась проба с каптоприлом. Альдостерон и ренин определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа, анализатор Liaison (DiaSorin, Италия). Ренин выражали в мМЕ/мл, альдостерон – в нг/дл, референтные значения: 4,4–46,1 мМЕ/мл и 2,56–44,5 нг/дл, соответственно. Порогом принятия решения для альдостерон-ренинового (АРС) соотношения считали отклонение от значения 3,5.

По результатам исследований у 402 пациентов АРС было менее 3,5: 0,35 (0,17; 085). В этой группе пациентов в 69,2 % случаев (n=278) были выявлены нормальные уровни ренина: 17,75 (9,9; 26,8) мМЕ/мл, сопровождаемые в 89,2 % случаев (n=275) нормальными значениями альдостерона: 8,84 (4,63; 14,3) нг/дл. У 3-х пациентов на фоне нормального уровня ренина наблюдались незначительно повышенные показатели альдостерона, составляющие 45,4–67,6 нг/дл. У 23 пациентов (5,7%) уровень ренина был снижен: 2,6 (1,8; 4,1) мМЕ/мл, из них – у 5 пациентов также были сниженные уровни альдостерона: 2,11 (1,04; 2,38) нг/дл, у 18 пациентов альдостерон был в нижней зоне референтного интервала: 6,43 (3,39; 7,70) мМЕ/мл. В 25,1 % случаев (n=101) выявлен повышенный уровень ренина: 80 (63,2; 146,9) мМЕ/мл, наиболее высокие значения которого – от 342,6 до 489,7 мМЕ/мл наблюдались при наличии новообразований надпочечников. В этой подгруппе пациентов чаще (89,1 %, n=90) встречались нормальные значения альдостерона: 12,5 (7,55; 16,7) нг/дл. Реже (4 %, n=4) повышенные уровни ренина сопровождались превышением референтных пределов альдостерона: 46,8 (45,55; 64,35) нг/дл, либо пониженными значениями (6,9 %, n=7): 1,3 (1,05; 2,27) нг/дл.

У 44 пациентов АРС составляло более 3,5: 8,09 (6,015; 15,17), преимущественно (90,9 %, n=40) за счет низких значений ренина: 1,15 (0,6; 1,9) мМЕ/мл. Увеличение АРС за счет высоких значений альдостерона выявлено у 4-х пациентов (9,1 %): от 50 до 98,1 нг/дл.

У пациентов, которым проводилась проба с каптоприлом, утренние значения ренина составляли 18,5 (39,24; 63,11) мМЕ/мл, альдостерона – 10,25 (4,99; 80,3) нг/дл. После пробы с каптоприлом ренин был 21,45 (10,25; 45,45) мМЕ/мл, альдостерон – 7,53 (5,14; 9,74) нг/дл. Диагностически значимое снижение альдостерона на более, чем 30% (в среднем 52,05 (41,52; 56,61) %) от исходного выявлено у 16 пациентов (44,5%). У 20 пациентов (55,5 %) после пробы уровень альдостерона снизился на 17,53 (14,59; 20,5) %.

Таким образом, выявленные сочетания значения ренина и альдостерона у обследованных пациентов могут иметь диагностическое значение. Однако необходимо учитывать возможность ложноотрицательных, ложноположительных, а также сомнительных результатов, которые могут быть обусловлены отсутствием учета факторов, влияющих на результат АРС – прием лекарственных препаратов, уровень калия, факт ограничения приема соли, необходимость соблюдения определенных правил взятия крови и т.д.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТФОРМИНОМ

Автор: Ямашкина Екатерина Ивановна, eyamashkyna@gmail.com

Место работы: ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

Соавторы: Есина М. В., Лобина К. А., Вешкина Е. В., Ефремова О. Н., Ямашкин Ю. В.

Город: Мордовия

Источник финансирования: НЕТ

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Цель исследования: Анализ распространенности симптомов экзокринной недостаточности поджелудочной железы у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: Проведена оценка симптомов экзокринной недостаточности поджелудочной железы (ЭНПЖ) с помощью опросника PEI-Q у 25 амбулаторных пациентов с СД 2 типа на моно- и комбинированной терапии метформином. Пациенты не имели гастроинтестинальных осложнений СД и сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Результаты: Среди опрошенных 28% мужчины. Медиана возраста респондентов 64,4 года [57,0; 71,0], стаж заболевания 9,42 года [4,0; 15,0]. Уровень гликемии натощак по данным самоконтроля 8,0 ммоль/л [6,75; 9,5], постпрандиальной гликемии 12,0 ммоль/л [9,5; 14,0], индекс массы тела 32,7 кг/м² [27,1; 35,1]. У 12% дефицит массы тела, у 20% нормальный вес, у 44,4% избыточная масса тела, у 68% ожирение. Монотерапию метформином получали 12% пациентов, двойную терапию – 56%, тройную – 32%. Пациенты не предъявляли гастроэнтерологических жалоб активно. Все пациенты получают смешанное питание. При дополнительном опросе 60% пациентов отметили постоянные или эпизодически возникающие симптомы желудочно-кишечной диспепсии. За последнюю неделю в 12% случаев пациенты отмечали боли в животе, в 56% вздутие живота, в 65% урчание, в 72% избыточное газообразование, в 20% отсутствие аппетита. В 12% случаев отмечались жалобы на диарею, в 4% изменения цвета стула, в 8% изменение запаха. По опроснику PEI-Q медиана общего балла составила 0,21 [0,07; 0,44]. У 20% пациентов выявлены признаки ЭНПЖ по данным опроса. Все пациенты с избыточной массой тела либо ожирением.

Выводы. У 60% пациентов с СД 2 типа, получающих терапию метформином, отмечаются симптомы желудочно-кишечной диспепсии постоянно или эпизодически. При этом по опроснику PEI-Q распространенность ЭНПЖ составила 20%, что свидетельствует о необходимости дополнительной оценки желудочно-кишечной симптоматики у всех пациентов с сахарным диабетом 2 типа и обследования у гастроэнтеролога с целью коррекции.

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Автор: Есина Марина Валентиновна, esina.marina.val@yandex.ru

Место работы: ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Соавторы: Исаикина Н. А., Прекина В. И., Ямашкина Е. И., Ефремова О. Н., Романькова В. О.

Город: Мордовия

Источник финансирования: нет

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Гипотиреоз – одно из наиболее распространенных эндокринных заболеваний. Первичный гипотиреоз составляет более 99% всех случаев гипотиреоза, на долю вторичного гипотиреоза приходится не более 1%. У пациентов с гипотиреозом из-за дефицита тиреоидных гормонов развиваются изменения во всех органах и системах. Наличие у пациентов с гипотиреозом коморбидных заболеваний способствует увеличению продолжительности стационарного лечения, повышает риск инвалидизации, уменьшает качество и продолжительность жизни, особенно у пожилых пациентов.

Цель. Анализ коморбидности при гипотиреозе.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения ГБУЗ РМ «РКБ №4» г. Саранск, ретроспективно проанализировано 40 историй болезней пациентов с гипотиреозом (20 мужчин и 20 женщин). Оценивались: вес, рост, индекс массы тела, длительность гипотиреоза, уровень артериального давления, показатели тиреограмм, наличие коморбидных заболеваний и индекс коморбидности Charlson, проводимое лечение.

Результаты. В структуре гипотиреоза первичный составил 98%, вторичный – 2%. Основная причина первичного гипотиреоза – хронический аутоиммунный тиреоидит (у 79% пациентов), у 21% – оперативные вмешательства на щитовидной железе. Длительность гипотиреоза до 5 лет была у 45%, от 6 до 10 лет – у 30%, более 10 лет – у 25% пациентов. В норме индекс массы тела был у 30% пациентов, у 35% – избыточный вес, у 35% – ожирение, у женщин ожирение выявлялось чаще (у 57,5%), чем у мужчин (у 22,5%). У 55% пациентов гипотиреоз был компенсирован, у 32,5% – декомпенсация заболевания, у 12,5% наблюдался медикаментозный тиреотоксикоз. Целевые показатели артериального давления были у 60% пациентов. При оценке коморбидного фона у пациентов с гипотиреозом преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (у 70%): артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца; на втором месте – заболевания желудочно-кишечного тракта (у 47,5%): гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический панкреатит; на третьем – заболевания органов кроветворения (у 35%), прежде всего анемия. В среднем индекс коморбидности Charlson составил 3,8 балла, причем у женщин он был выше (5,2), нежели у мужчин (2,5).

Выводы. Среди коморбидных заболеваний у пациентов с гипотиреозом на первом месте – заболевания сердечно-сосудистой системы, на втором – заболевания желудочно-кишечного тракта, на третьем – заболевания органов кроветворения. Индекс коморбидности Charlson у пациентов с гипотиреозом составил 3,8 балла, десятилетняя выживаемость при таком индексе составляет 53%, у женщин индекс Charlson был выше, нежели у мужчин в два раза.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ И ПРЕГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Конради К.С., Чашина Д.М.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность. Диабетическая фетопатия (ДФ) — это осложнение беременности, возникающее у женщин с неконтролируемым течением сахарного диабета (СД) любого типа. Гипергликемия у беременной и гиперинсулинанизм у плода приводят к инсулиновезистентности, которая проявляется в постнатальном периоде, играя ключевую роль в нарушениях ранней неонатальной адаптации, а также в долгосрочных изменениях кардиометаболического профиля новорожденных. Анализ случаев ДФ поможет выявить факторы риска ее развития, что будет способствовать улучшению перинатальных исходов.

Цель. Анализ случаев ДФ у пациенток с гестационным (ГСД) и прегестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы. Проведено проспективное наблюдательное исследование, в которое включены 23 пациентки с диагнозом ГСД во время настоящей беременности, а также 11 и 6 беременных с установленными до беременности сахарным диабетом 1 и 2 типа соответственно, планирующих родоразрешение в Перинатальном центре «ФГБУ НМИЦ им. В.А.Алмазова» в период с 2020-2024 гг., родоразрешенных в доношенном сроке с неблагоприятным исходом беременности в виде развития ДФ.

Результаты Средний возраст беременных в обследуемых группах составил с ГСД $34,2 \pm 5,4$, СД 1 типа $28,3 \pm 4,7$, СД 2 типа $36 \pm 4,04$ лет, беременность у всех наступила без прегравидарной подготовки. Стаж СД 1 типа $12,4 \pm 7,9$, СД 2 типа $3,6 \pm 3$ года. Уровень гликированного гемоглобина до наступления беременности у пациенток с СД 1 типа $7,7 \pm 0,6\%$, в 1 триместре беременности $7,5 \pm 1,1\%$, у пациенток с СД 2 типа уровень гликированного гемоглобина не контролировался. При изучении клинических характеристик было выявлено, что избыточная масса тела и ожирение на момент родоразрешения у 92% пациенток с ГСД, 90,9% с СД 1 типа и у 100% с СД 2 типа, патологическая прибавка веса до беременности у пациенток с ГСД 83%, СД 1 типа 27%, СД 2 типа 83%, отягощенная наследственность по СД 2 типа у родственников первой линии родства у пациенток с ГСД в 57% случаев, СД 2 типа 83%, роды крупным плодом (более 4000 грамм) в анамнезе 48 % у пациенток с ГСД, СД 2 типа 67%. Рекомендация по физической активности проигнорирована всеми пациентками. Систематическое нарушение диеты происходило у пациенток с ГСД в 87%, СД 1 типа в 73%, СД 2 типа в 100% случаев, отсутствие ежедневного контроля гликемии у 87 % пациенток с ГСД, 70 % с СД 1 типа, 73% СД 2 типа, целевого уровня гликемии при этом достигли 0% пациенток. У пациенток с ГСД инсулинотерапия была назначена несвоевременно у 30 %, СД 2 типа в 50 % случаев, в то время как 22 % женщин с ГСД отказались от терапии.

Заключение. При ведении беременных с ГСД и прегестационными формами диабета имел место неблагоприятный фактор в виде отсутствия прегравидарной подготовки, включающей мероприятие, направленные на модификацию образа жизни до наступления беременности, коррекцию питания с целью снижения массы тела, достижение целевого уровня гликированного гемоглобина у пациенток с прегестационными формами, что привело к неблагоприятному исходу для плода. В исследовании было отмечено несоблюдение рекомендаций по физической активности во время беременности, систематическое несоблюдение диеты, отсутствие регулярного гликемического контроля, отказ и/или несвоевременное начало лечения инсулином, что свидетельствует о низком уровне комплаентности пациентов и способствовало формированию ДФ.

Позволяют предположить отягощающее влияние для развития диабетической фетопатии у пациенток с СД такие факторы, как патологическая прибавка веса до и во время беременности, отягощенная наследственность по СД, а так же роды крупным плодом в анамнезе.

ВЕДЕНИЕ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Конради К.С., Чашина Д.М., Лаврищева Ю.В., Дронова А.В.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Актуальность. У беременных с сахарным диабетом 1 типа (СД) диабетическая нефропатия (ДН) наблюдается в 25% случаев, при этом у 60% из них развивается преэклампсия (ПЭ), осложняющая течение беременности. Длительно существующий декомпенсированный СД – это фактор риска развития ДН, прогрессирование которой может привести к терминальной стадии почечной недостаточности. Освещение подобных клинических случаев необходимо для управления высоким риском осложнений для беременной и плода.

Результаты. Первобеременная пациентка 24 лет поступила в ФГБУ “НМИЦ им. В.А. Алмазова” с неконтролируемым течением СД 1 типа при сроке гестации 19/20 недель. В возрасте 8 лет установлен диагноз СД 1 типа, диета не соблюдалась, гликемия не контролировалась, инсулинотерапию получала в свободном режиме с пропусками введения. С 10 лет нефротический синдром, артериальная гипертензия (АГ) без терапии. На фоне декомпенсированного СД, неконтролируемого течения АГ наступила беременность, прегравидарная подготовка не проведена. Учитывая категорический отказ от прерывания беременности при сроке 19/20 недель, досрочного родоразрешения в 22 недели, принято решение о prolongировании беременности. На фоне проводимой многокомпонентной высокодозной антигипертензивной терапии (АГТ) наблюдалась стабилизация артериального давления на уровне 140/90 мм.рт.ст., имело место прогрессирующее поражение почек суточная экскреция белка с мочой 17 г/сутки, азотемия (креатинин 210 мкмоль/л, мочевина 12 ммоль/л), достигнут уровень общего белка и альбумина в крови на уровне 45 г/л, 24 г/л соответственно, отмечался регресс отечного синдрома. Инсулинотерапия в базис-болюсном режиме с ежедневной коррекцией доз привела к целевому уровню гликемии. По данным УЗИ, допплерометрии плода при сроке 27 недель – задержка развития плода (ЗРП), нарушение плодово-плацентарного кровотока (НППК) 1Б степени. Учитывая срок беременности 28 недель, длительное течение ПЭ умеренной степени на фоне вторичной нефрогенной АГ, СД 1 типа, ДН, нефротический синдром, ЗРП, НППК 1Б степени, высокий риск материнской летальности, антенатальной гибели плода, полученное согласие пациентки на досрочное родоразрешение пациентка родоразрешена путем операции кесарева сечения, общая кровопотеря составила 600 мл. Родилась недоношенная девочка массой 936 гр, длиной 34 см с оценкой по шкале Апгар 4/6 баллов, выписана на 69 сутки с диагнозом ретинопатия недоношенных. В послеродовом периоде имело место прогрессирование почечной недостаточности с показателями креатинина до 670 мкмоль/л, развитием олигоурии, которая разрешилась на фоне стимуляции диуреза фуросемидом. Общая продолжительность госпитализации - 132 дня. Катамнез составляет 9 месяцев. В настоящее время пациентка находится на гемодиализе, состоит в листе ожидания трансплантации почки и воспитывается здорового ребенка.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость прегравидарной подготовки у пациенток с СД, достижение и поддержание целевых значений АД и гликемии, исключение течения или уточнение стадии хронической болезни почек (ХБП), а также оценка возможности планирования беременности, наблюдение междисциплинарной командой специалистов для улучшения течения беременности и исхода родов. СД в сочетании с ХБП повышает риск неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и для плода, способствуя прогрессированию почечной недостаточности, развитию преэклампсии, преждевременному оперативному родоразрешению.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ

Авторы:

Сиднева Юлия Геннадьевна, Астафьева Л.И., Калинин П.Л., Воронина И.А., Шкарубо А.Н., Кутин М.А., Клочкова И.С., Фомичев Д.В., Андреев Д.Н., Шарипов О.И., Чернов И.В., Донской А.Д., Бадмаева И.Н., Иванов Д.В.

ФГАОУ НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, МЗ РФ,
125047, Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, д. 16

Контакты автора (докладчика): +7(916)277-43-06; ysidneva@nsi.ru

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Акромегалия — хроническое заболевание, характеризующееся прогрессирующими морфологическими и системными соматическими проявлениями, в том числе и нарушениями психической деятельности.

Возникновение психопатологии возможно вследствие органического генеза, когда в процесс вовлекаются соответствующие отделы головного мозга с дисфункциональными последствиями, в частности таламо-гипоталамо-гипофизарные структуры с последующей нейрогуморальной/нейромедиаторной дисрегуляцией, проявляющейся эмоционально-личностными, аффективно-поведенческими и когнитивными нарушениями. А также ввиду влияния стресса с последующими дезадаптивными, невротическими проявлениями в эмоционально-мотивационной сфере. Тревога и депрессия — являются одними из распространенных вариантов психопатологии при акромегалии (до 58% и до 32% наблюдений соответственно).

В таких случаях встает вопрос о необходимости дифференциальной диагностики психических расстройств для уточнения вида нарушений, их генеза с целью выбора маршрутизации пациента по оказанию междисциплинарной комплексной помощи, включая возможности специализированной медикаментозной коррекции.

Расстройства психической деятельности при акромегалии, в том числе тревога и депрессия, являются значимыми факторами, отягощающими восстановление пациентов на протяжении их длительного процесса лечения. Представление о целостной картине заболевания с возможными дисфункциональными проявлениями позволит специалистам вовремя оказывать междисциплинарную помощь, улучшая качество жизни пациентов с акромегалией.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ АДЕНОМ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Погосян К.А., Каронова Т.Л., Цой У.А., Гринева Е.Н.

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение: В соответствии с обновлённой классификацией IARC–WHO, аденомы околошитовидных желез (ОЩЖ), являющиеся причиной развития первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ), относятся к нейроэндокринным неоплазиям. Известно, что около 10–15% случаев ПГПТ ассоциированы с наличием герминальных мутаций в ряде генов, включая *MEN1*, *RET*, *CDKN1B*, *MAX*, *CDC73*, *GCM2* и *CASR*. Однако, развитие методов высокопроизводительного секвенирования нового поколения (NGS) позволило выявить герминальные варианты и в других генах, ранее не описанных в связи с развитием ПГПТ. Тем не менее, необходимо проведение дополнительных исследований для подтверждения причинно-следственных связей между этими вариантами и развитием аденом ОЩЖ.

Цель исследования: Провести молекулярно-генетическое исследование у больных первичным гиперпаратиреозом для выявления предикторов развития множественных аденом околошитовидных желез.

Материалы и методы: В исследование было включено 86 больных ПГПТ, прошедших скрининг на наличие мутаций в *MEN1*. У 20 пациентов было подтверждено наличие синдрома множественной эндокринной неоплазии 1 типа. Среди *MEN1*-негативных больных случайным образом были отобраны 39 для проведения NGS лейкоцитарной ДНК с использованием целевой панели из 78 генов, ассоциированных с развитием различных НЭН, включая НЭН ОЩЖ. Данная панель была разработана в НМИЦ им. В.А. Алмазова. При выявлении герминативных вариантов опухолевая ткань (при наличии) анализировалась методом секвенирования по Сэнгеру с целью подтверждения наличия выявленных вариантов.

Результаты: По данным NGS у 12 из 39 пациентов были обнаружены варианты в ряде генов: в двух случаях – в генах, ранее описанных в связи с развитием ПГПТ (*APC* и *RET*); восьми случаях – в генах, ранее не ассоциированных с ПГПТ (*NFI* – 2 случая, *ZNRF3*, *CDH1*, *SDHB*, *SPRED1*, *TP53* и *ATP1A1*); в двух случаях – комбинации вариантов в нескольких генах (*CDH1* + *ABCC8* и *SPRED1* + *KCNJ11* + *CDH1*). Секвенирование по Сэнгеру опухолевой ДНК подтвердило наличие герминативных вариантов в шести случаях, для которых был доступен опухолевый материал.

Выводы: Результаты исследования показали, что перечень генов, ассоциированных с развитием множественных аденом околошитовидных желез, как причины возникновения первичного гиперпаратиреоза, может быть шире, чем предполагалось ранее. Однако причинно-следственные связи между выявленными генетическими вариантами и множественным поражением околошитовидных желез требуют дальнейшей валидации.

ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Швец З.В., Халимов Ю.Ш., Дора С.В., Лискер А.В., Семикова Г.В., Погорелова М.А., Мурзина О.С.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Санкт-Петербург

Россия

ТЕКСТ ТЕЗИСА:

Введение. Ожирение является одной из ведущих причин нарушения репродуктивной функции у женщин, что связано с инсулинерезистентностью, гиперандrogenемией и изменением секреции гонадотропинов. Бариатрическая хирургия, включая продольную резекцию желудка (ПРЖ), широко применяется для лечения ожирения и ассоциирована с улучшением метаболических показателей. Однако ее влияние на овариальный резерв остается недостаточно изученным. Исследования показывают противоречивые результаты в отношении уровня антимюллерова гормона (АМГ) и количества антравальных фолликулов (КАФ) после значительного снижения массы тела.

Методы. Проведено одноцентровое обсервационное исследование, включившее 49 женщин с ожирением (индекс массы тела $\geq 35 \text{ кг}/\text{м}^2$) в возрасте 18–40 лет, которым была выполнена ПРЖ. Всем участникам проводились антропометрические измерения. Оценка овариального резерва проводилась на основе уровня АМГ плазмы и КАФ по данным ультразвукового исследования до операции и через 12 месяцев после вмешательства.

Результаты. Через 12 месяцев после ПРЖ у всех пациенток отмечено значительное снижение ИМТ (с $44,2 \text{ кг}/\text{м}^2$ до $31,3 \text{ кг}/\text{м}^2$, $p=0,000$), улучшение инсулинерезистентности (HOMA-IR до ПРЖ – 8,1, после – 4,8). Средний уровень АМГ статистически значимо не изменился (2,2 и 2,5 нг/мл, $p=0,119$), однако у 38,7% пациенток отмечено его снижение менее 1,1 нг/мл, что может свидетельствовать о снижении овариального резерва. Количество антравальных фолликулов снизилось с 6,5 до 4,8 ($p=0,006$).

Корреляционный анализ показал, что снижение уровня АМГ положительно коррелировало с ИМТ ($p<0,001$), индексом HOMA-IR ($p<0,001$) и длительностью ожирения ($p=0,002$). Также выявлена значимая корреляция между снижением АМГ и числом эпизодов значимого снижения массы тела в анамнезе ($p=0,003$), курением ($p=0,004$) и наличием у матери ранней или преждевременной менопаузы ($p=0,003$).

Выводы. Влияние ПРЖ на овариальный резерв неоднозначно: у части пациенток отмечается снижение АМГ и КАФ, особенно при наличии факторов риска, таких как высокая степень ожирения, инсулинерезистентность, длительный анамнез ожирения и курение. Выявленные корреляции указывают на возможное влияние метаболических и наследственных факторов на динамику овариального резерва после значительного снижения массы тела. Дальнейшие исследования необходимы для индивидуализации тактики ведения пациенток, планирующих беременность после бариатрической хирургии.

